



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE PÚBLICA
MESTRADO EM SAÚDE PÚBLICA**

SIRLÉSIA VIGARANI SCALCO

**MODELO PARA AVALIAÇÃO DA EFICÁCIA DA GESTÃO DE
RECURSOS HUMANOS EM SAÚDE.**

FLORIANÓPOLIS (SC)

2008

SIRLÉSIA VIGARANI SCALCO

**MODELO PARA AVALIAÇÃO DA EFICÁCIA DA GESTÃO DE
RECURSOS HUMANOS EM SAÚDE.**

Dissertação apresentada ao Curso de Pós-Graduação em Saúde Pública, da Universidade Federal de Santa Catarina, como requisito para a obtenção do título de Mestre em Saúde Pública.

Orientadora: Prof^ª Josimari Telino de Lacerda Dr^ª
Co-orientadora: Prof^ª Maria Cristina Marino Calvo, Dr^ª

FLORIANÓPOLIS (SC)
2008



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE PÚBLICA
MESTRADO EM SAÚDE PÚBLICA**

**MODELO PARA AVALIAÇÃO DA EFICÁCIA DA GESTÃO DE
RECURSOS HUMANOS EM SAÚDE.**

AUTORA: SIRLESIA VIGARANI SCALCO

Essa dissertação foi julgada e aprovada para a obtenção do grau de **Mestre em Saúde Pública** no Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública da Universidade Federal de Santa Catarina. Área de Concentração: Planejamento e Avaliação de Sistemas e Serviços de Saúde.

Florianópolis, 27 de agosto de 2008.

Marco Aurélio de Anselmo Peres
Coordenador do PPGSP/UFSC

BANCA EXAMINADORA:

Josinari Telino de Lacerda
Presidente (orientadora)

Ana Maria Malik
Membro externo

Sérgio Fernando Torres de Freitas
Membro Interno

Maria Cristina Marino Calvo
Membro Interno (Suplente)

AGRADECIMENTOS

Agradeço à Prof^ª. Josimari Telino de Lacerda, orientadora, pelo apoio, contribuições e carinho com que auxiliou em todos os momentos durante a construção e desenvolvimento da proposta.

À prof^ª. Maria Cristina Calvo, co-orientadora do projeto, pela paciência e incentivo e idéias recebidas e aos demais professores do Mestrado em saúde Pública.

Aos membros da banca de qualificação que muito contribuíram para o aperfeiçoamento do projeto.

À minha família que sempre apoiou minha participação no mestrado e compreendeu minhas ausências e preocupações durante a caminhada.

À Secretaria Estadual da Saúde, pelo apoio à flexibilização de horários para a participação das aulas e, em especial aos colegas da Diretoria de Educação Permanente que acompanharam e incentivaram esta trajetória.

A Gerência de Atenção Básica, Gerência de Saúde do Trabalhador e Coordenação de Estágios Curriculares da SES, pela participação na construção dos indicadores de avaliação.

A Gerência de Saúde da 18^a Secretaria de Desenvolvimento Regional, que propiciou acesso aos gestores municipais de saúde para lançamento da pesquisa.

Aos municípios da região da Grande Florianópolis, que colaboraram com o levantamento dos dados para a composição pesquisa.

RESUMO

A gestão dos recursos humanos tem se configurado como um dos grandes desafios para os serviços públicos de saúde. As instituições dependem de seus trabalhadores com seus saberes, habilidades e atitudes para a realização de serviços com qualidade. Entretanto, fatores como rotatividade, falta de profissionais qualificados e dificuldades no campo legal afetam a eficácia da gestão neste campo. A avaliação das políticas de recursos humanos constitui-se como grande aliada para a melhoria desta realidade, pois permite a identificação dos problemas, o planejamento e o acompanhamento da área oferecendo informações capazes de subsidiar a tomada de decisões. Este estudo propôs e aplicou um modelo de avaliação da gestão de recursos humanos com indicadores de eficácia, com base nos Princípios e Diretrizes da Norma Operacional Básica de Recursos Humanos NOB-RH/SUS. O modelo é composto pelas dimensões Gestão do Trabalho no SUS, Desenvolvimento do Trabalhador no SUS, Saúde do Trabalhador do SUS e Controle Social da Gestão de Recursos Humanos no SUS. Utilizou-se um conjunto de 12 indicadores para a gestão de recursos humanos, elaborados a partir de discussões com profissionais da gestão estadual de saúde. A proposta foi aplicada nos municípios da macrorregional da Grande Florianópolis – SC, com a participação de 15 municípios. O modelo demonstrou validade de aplicação em municípios de diversos tamanhos permitindo sua utilização em regiões de maior abrangência. Os resultados da aplicação demonstraram bom desempenho para mais de 50% dos municípios apenas nos indicadores: “educação permanente em serviço”, “impacto de ações de prevenção contra acidentes de trabalho” e “adequação do ambiente psicológico de trabalho”. A amostra analisada indicou fragilidades na gestão de recursos humanos nas quatro dimensões estudadas com maior gravidade nas dimensões Gestão do Trabalho no SUS e no Controle Social da Gestão de Recursos Humanos no SUS.

Palavras-chave: recursos humanos, avaliação em saúde, serviços de saúde

ABSTRACT

The human resources management has been configured as one of the greatest challenge for health public services. The institutions depend on their workers with their knowledge, skills and attitudes for holding the services with quality. However, factors such as turnover, lack of skilled workers and difficulties in the legal area affect the management effectiveness in this field. The human resource policy assessments constitute as great allied for the improvement of this reality as it allows the problem identifications, the area planning and accompanying, offering information able to subsidize the decision making. This study proposed and investigated an assessment model of human resource management based on effectiveness indicators on the base of Principles and Policies of the Basic Operational Norm of Human Resource – BON-HR/SUS. The model is composed by the following dimensions: SUS Work Management, SUS Worker's Development, SUS Worker's Health and Social Control of Human Resource at SUS. It was used a set of indicators for human resource management elaborated from discussions with professionals of the State health management. The proposal was applied to 15 municipalities in Florianópolis – SC macro-region. The model showed application validity in municipalities of several sizes, allowing its utilization in larger scope regions. The application results found showed good performance for more than 50% of the municipalities only on the indicators: “permanent education in service”, “impact on injunctions against occupational accident”, “suitable work psychological environment”. The sample analyzed indicated fragilities on the human resource management on four dimensions studied with higher seriousness at SUS Work Management and Social Control of Human Resource Management at SUS.

Key-words: human resources, health assessment, health services.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AMQ	Avaliação para Melhoria da Qualidade da Estratégia Saúde da Família
CEDRHUS	Centro de Desenvolvimento de Recursos Humanos
CNES	Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
CNGTES	Conferência Nacional de Gestão do Trabalho e da Educação Na Saúde
CNRHs	Conferências Nacionais de Recursos Humanos ...
CNS	Conselho Nacional de Saúde
CNSs	Conferências Nacionais de Saúde
CNST	Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador
CONASS	Conselho Nacional dos Secretários de Saúde
DAB	Departamento de Atenção Básica
DEGERTS	Departamento de Gestão e da Regulação do Trabalho em Saúde
DEGES	Departamento de Gestão da Educação na Saúde
EFOS	Escola de Formação em Saúde
ESF	Estratégia de Saúde da Família
ESTUS	Escolas Técnicas do SUS
FURB	Universidade Regional de Blumenau
GERUS	Projeto de Desenvolvimento Gerencial de Unidades Básicas do Sistema Único de Saúde
LDB	Lei de Diretrizes Curriculares da Educação Nacional
MS	Ministério da Saúde
NOB-RH/SUS	Norma Operacional Básica de Recursos Humanos para o SUS
NRECSF	Núcleos Regionais de Estudos e Capacitação em Saúde da Família
ONGs	Organizações Não Governamentais
OSCIPs	Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público
OSs	Organizações Sociais
PACS	Programa de Agentes Comunitários em Saúde
PCCS	Plano de Cargos, Carreira e Salários
PROESF	Projeto de Expansão e Consolidação do Programa Saúde da Família
ProgeSUS	Programa de Qualificação e Estruturação da Gestão do Trabalho no Sistema Único de Saúde
PROMED	Programa de Incentivo a Mudanças Curriculares nos Cursos de Medicina

PRÓ-SAÚDE	Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde
PSF	Programa de Saúde da Família
RH	Recursos Humanos
SES	Secretaria Estadual de Saúde
SGTES	Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação Na Saúde
SIG-PROFAE	Sistema de Informações Gerencias do Programa de Profissionalização dos Profissionais de Enfermagem
SMS	Secretarias Municipais de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
UFSC	Universidade Federal de Santa Catarina
UNISUL	Universidade do Sul de Santa Catarina
UNIVALI	Universidade do Vale do Itajaí
UNOESC	Universidade do Oeste de Santa Catarina

LISTA DE FIGURAS, QUADROS E TABELAS

PARTE 1:

Figura 1 - Hierarquia das necessidades do ser humano na concepção de Maslow	21
Figura 2 - Abordagens de Eficácia Organizacional.....	58
Tabela 1 - Proporção de empregos de saúde por nível de escolaridade no Brasil, Região Sul e Santa Catarina- 2005.....	49
Tabela 2 - Disponibilidade de profissionais de saúde (por 1.000 habitantes), no Brasil, Região Sul e Santa Catarina - 2005	50
Tabela 3 - Trabalhadores do SUS de Santa Catarina, vinculados à administração direta federal, estadual e municipal - maio de 2007.	51
Tabela 4 - Salários médios em reais (SM-R\$), média de horas semanais contratadas (MHSC), média salarial por hora (MSH-R\$), por ocupações de saúde (regime CLT) no Brasil (BR) e Santa Catarina (SC) – janeiro à dezembro de 2005.....	52
Quadro 1 - Cuidados na elaboração de indicadores	59

PARTE 2:

Quadro 1- Matriz de avaliação: dimensões, indicadores, medidas e parâmetros de análise....	82
Figura 1- Modelo de classificação da eficácia da gestão de RH do município.....	87
Tabela 1- Resultados da avaliação da gestão de recursos humanos segundo dimensão e indicador, por município, na Macrorregional da Grande Florianópolis – SC.....	88

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO AOS LEITORES	12
PARTE I: PROJETO DE PESQUISA	13
1 INTRODUÇÃO	14
2 REFERENCIAL TEÓRICO	18
2.1 Conceitos e funções da gestão de recursos humanos	18
2.2 Políticas de recursos humanos na saúde: complexidades e desafios	24
2.2.1 Aspectos administrativos da gestão de recursos humanos no SUS	26
2.2.2 Desenvolvimento do trabalhador do SUS – questões educacionais	33
2.2.3 Controle Social das políticas de recursos humanos na saúde	35
2.2.4 Saúde do trabalhador no SUS	40
2.3 Políticas de recursos humanos na saúde em Santa Catarina	44
2.3.1 Composição da força de trabalho na saúde em Santa Catarina	48
2.4 Avaliação na saúde	52
3 OBJETIVOS	61
3.1 Objetivo Geral	61
3.2 Objetivos específicos	61
4 METODOLOGIA.....	62
4.1 Características do estudo	62
4.2 Etapas de construção do modelo de avaliação.....	63
4.2.1 Definição de indicadores	63
4.2.2 Elaboração de um modelo avaliativo.....	64
4.2.3 Composição dos indicadores e análise	64
4.3 Métodos e instrumentos.....	65
4.3.1 Levantamento de dados	65
4.3.2 Tratamento dos dados.....	66
4.4 Aspectos éticos da pesquisa.....	66
REFERÊNCIAS	67
PARTE II - ARTIGO CIENTÍFICO INÉDITO	76
APÊNDICES	<u>98</u>

S281m Scalco, Sirlésia Vigarani

Modelo para avaliação da eficácia da gestão de recursos humanos em saúde / Sirlésia Vigarani Scalco ; orientadora Josimari Telino de Lacerda, co-orientadora Maria Cristina Marino Calvo. – Florianópolis, 2008. 108f.

Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal de Santa Catarina, Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública, 2008.

Inclui bibliografia

1. Recursos humanos. 2. Avaliação em saúde. 3. Serviços de saúde.
I. Lacerda, Josimari Telino de. II. Calvo, Maria Cristina Marino.
III. Universidade Federal de Santa Catarina. Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública. IV. Título.

CDU: 614

Catálogo na fonte por: Onélia Silva Guimarães CRB-14/071

APRESENTAÇÃO AOS LEITORES

Esse documento foi apresentado ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública da Universidade Federal de Santa Catarina como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre.

As normas do curso estabelecem que o documento final inclua um artigo, formatado e encaminhado para uma revista especializada da área.

Atendendo a essa determinação, essa dissertação está apresentada em duas partes:

- **Projeto de pesquisa:** apresentado para a banca examinadora de qualificação, incluindo: introdução, fundamentação teórica, objetivos, metodologia, referências bibliográficas e apêndices da pesquisa.
- **Artigo científico inédito:** apresentando os resultados da pesquisa;

A organização desse documento tem como objetivo acelerar a divulgação dos resultados das pesquisas. O artigo está formatado de acordo com as normas da revista “Cadernos de saúde Pública”.

PARTE I: PROJETO DE PESQUISA

MODELO PARA AVALIAÇÃO DA EFICÁCIA DA GESTÃO DE RECURSOS HUMANOS EM SAÚDE

1 INTRODUÇÃO

As crescentes exigências da sociedade por melhores resultados têm gerado grandes desafios para os gestores públicos da saúde. A diversidade de serviços prestados pelo setor para atender a necessidades crescentes da população, com recursos quase sempre limitados, gera pressões que interferem no funcionamento do sistema. Internamente, a produção dos serviços de saúde depende da estrutura física, material e tecnológica disponível e da existência de profissionais qualificados e motivados para transformar insumos em resultados. Devido à complexidade do setor, conseguir dispor e gerenciar saberes e habilidades torna-se fundamental para o desenvolvimento das atividades.

Dentre os fatores que caracterizam a complexidade do setor saúde está a forma como o trabalho é produzido. O desenvolvimento do trabalho depende de um conjunto amplo e variado de categorias profissionais que vem crescendo ao longo dos últimos anos, mesmo com a incorporação de tecnologias mais avançadas (BRASIL, 2003a).

As instituições de saúde dependem de seus trabalhadores e do ambiente sócio-político a qual fazem parte. Seu funcionamento é influenciado pela regulação externa, o que limita o alcance dos resultados (BRASIL, 2003a).

Neste contexto, a qualidade dos serviços e ações de saúde nem sempre consegue ser alcançada. Conforme Seixas (2002), o desafio em garantir ações de saúde com qualidade para a população está orientado pelos movimentos de reordenamento das funções gerenciais, reguladoras e de prestação dos serviços do sistema buscando eficiência, eficácia, qualidade e produtividade. É neste cenário que a política de recursos humanos deve ser proposta, trazendo ações de formação e desenvolvimento, de gestão do trabalho e de regulação.

Não é recente que a gestão de recursos humanos enfrenta um confronto: a realização de uma gestão eficaz e o atendimento das demandas e expectativas do usuário sem desconsiderar as necessidades e direitos dos trabalhadores.

Cherchiglia (2004) ao analisar as dificuldades presentes na questão de recursos humanos na América Latina e Caribe expôs uma situação bastante característica na realidade brasileira. Segundo a autora, problemas como baixos salários, dificuldades no acompanhamento de desempenho dos profissionais, poucos incentivos para a manutenção do

profissional na rede, fragmentação do processo de trabalho, baixo impacto das capacitações, debilidade técnica e rigidez normativa somam-se a outras dificuldades de gestão, tornando-a ainda mais complexa.

A descentralização da gestão alcançada com o Sistema Único de Saúde - SUS não garantiu as condições necessárias para a gestão de recursos humanos. Os múltiplos regimes de trabalho, as limitações legais quanto aos gastos públicos e as dificuldades na formação de profissionais para a realidade do sistema representam problemas comuns para os municípios.

Para os trabalhadores, a precarização do trabalho e a falta de incentivos não estimulam a permanência nas funções por muito tempo, levando-os a buscar melhores oportunidades. A rotatividade gera custos de reposição de pessoal, novas necessidades de capacitação e dificuldades no atendimento ao usuário.

A adequação das políticas de recursos humanos às necessidades reais da gestão contribui no direcionamento das ações de saúde rumo aos objetivos do SUS. Da mesma forma, novos enfoques teóricos e tecnológicos são apresentados pelo sistema de saúde do país exigindo novos perfis profissionais e adequação dos mecanismos de gestão (BRASIL, 2005a). Na atual conjuntura, faz-se necessário alinhar necessidades, políticas e instrumentos de gestão a fim de direcionar os esforços em um mesmo sentido.

A qualidade da atenção depende de profissionais com perfil adequado, com competências que possam qualificar a atenção individual e a coletiva (BRASIL, 2005a). Na atenção básica, a Estratégia de Saúde da Família - ESF, por exemplo, por assumida como proposta de organização do sistema para o alcance dos objetivos do SUS, tem enfrentado dificuldades na gestão de recursos humanos. Para Mendes (2002), um dos obstáculos à implantação da ESF no Brasil está na inadequação dos profissionais de saúde. O sistema formador do país reproduz a “ideologia flexneriana e a cognitivo-tecnológica” fazendo com que os conhecimentos não atendam a realidade. Assim, os trabalhadores são preparados para o modelo tradicional, focalizando as especialidades.

Iniciativas como o Programa de Incentivo às Mudanças Curriculares para as Escolas Médicas – PROMED e o Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde – PRO – SAUDE, desenvolvidos pelo Ministério da Saúde, têm buscado a aproximação entre a formação de graduação e as necessidades da atenção básica.

Campos (2005) afirma que direcionar o ensino para a atenção básica não significa migrar para um novo paradigma, pois a atenção básica também reproduz com frequência o modelo de atenção à saúde dos serviços especializados. É necessário reformular o paradigma biomédico vigente. Este processo depende de “tomar o sujeito em sua família e em seu

contexto econômico, social e cultural” e também de conseguir “envolver os usuários na gestão da saúde e na construção de sua própria saúde”.

Além disso, na atenção básica há também problemas relacionados à política de pessoal adotada pelos municípios, que nem sempre valoriza e reconhece os direitos trabalhistas.

Neste contexto, cabe às Secretarias Estaduais de Saúde - SES o acompanhamento das políticas de recursos humanos desenvolvidas pelos municípios visando o desenvolvimento de políticas e ações conforme os Princípios e Diretrizes para a Gestão do Trabalho no SUS - Norma Operacional Básica de Recursos Humanos -NOB-RH/SUS.

Um dos instrumentos que pode contribuir neste sentido é a avaliação das políticas de recursos humanos de forma a permitir a identificação dos problemas, o planejamento e o acompanhamento da área. Avaliação consiste em fazer julgamento de valor a respeito de intervenções ou de seus componentes, para subsidiar a tomada de decisões, por meio de dispositivo que possa fornecer informações válidas e legítimas (CONTANDRIOPOULOS, 2006). Isto significa ir além do simples acompanhamento e monitoramento de ações buscando subsídios para as transformações necessárias.

A gestão de recursos humanos é composta por um conjunto de ações como a contratação dos trabalhadores, o treinamento, a avaliação, a remuneração e o desenvolvimento de um ambiente de trabalho adequado (DESSLER, 2003). Tomar decisões nesta área implica em modificar determinadas realidades, processos, estruturas de trabalhos, direitos e deveres, afetando a vida dos trabalhadores e o modo como os serviços são operacionalizados.

Diante deste desafio, desenvolveu-se este estudo com o objetivo de propor um modelo de avaliação da gestão de recursos humanos na saúde, aplicado à atenção básica, em Santa Catarina.

O interesse da pesquisadora sobre o tema surgiu de sua atuação na área de recursos humanos onde foi possível observar dificuldades tais como:

a) tradicionalmente, a avaliação em recursos humanos é aplicada apenas para medir o desempenho do trabalhador, como se este, fosse o único responsável pelos resultados que produz. Este tipo de avaliação verifica se o resultado da atuação dos trabalhadores está de acordo com as metas estabelecidas sem questionar a gestão destas metas, sua importância e adequação para o sistema. Ao desempenhar suas funções, o trabalhador age de acordo com as condições de trabalho disponibilizadas. Seu desempenho depende de fatores como: os materiais e equipamentos para realização das atividades, a organização do processo de trabalho, a qualidade das relações com o grupo de trabalho e o modelo gerencial adotado pela organização, de forma que, nem sempre é o maior responsável pelo resultado que produz.

b) as políticas de recursos humanos afetam a motivação das pessoas, e dificilmente são avaliadas. Estas políticas estimulam o trabalhador quando conseguem aproximar as necessidades organizacionais das necessidades dos indivíduos e dos grupos de trabalho. Planos de carreira, cargos e salários - PCCS, programas de valorização, educação permanente são formas importantes de incentivar a permanência do trabalhador por mais tempo no local onde atua e de motivá-lo para o bom desempenho do trabalho. A avaliação dos resultados que estas políticas, projetos ou ações alcançam é fundamental para acompanhamento dos investimentos realizados e para a verificação do alcance dos objetivos propostos.

c) a área de recursos humanos caracteriza-se pela transversalidade na execução das políticas e ações com seus resultados pulverizados junto às demais áreas, tornando-os pouco visíveis. A qualidade dos serviços e ações pode ser fruto das políticas de recursos humanos como de outras ações desenvolvidas conjuntamente dificultando a identificação da origem dos resultados. Neste sentido, a avaliação pode contribuir para relacionar ações e resultados.

d) por não ser uma “área fim”, a gestão dos trabalhadores nem sempre se traduz em prioridade nos investimentos. Os resultados das ações de saúde são percebidos de acordo com as expectativas e interesses de quem os realiza e/ou de quem espera ou utiliza o serviço. Normalmente, as ações que visam manter os serviços em funcionamento - reforma, materiais, equipamentos - recebem mais atenção do que aquelas destinadas a melhorar a qualidade profissional dos trabalhadores, haja vista sua maior concretude. Além disso, os investimentos na formação e desenvolvimento profissional nem sempre apresentam resultados imediatos gerando descrença quanto às possibilidades reais de resultados: “investir hoje para colher no futuro”, nem sempre se configura como uma meta para a gestão.

Em Santa Catarina, assim como na maioria dos estados, a precariedade de dados sobre a gestão de recursos humanos e a limitação de estudos sobre esta questão impossibilitam uma visão mais aprofundada sobre a realidade, indicando a necessidade de pesquisas nesta área.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 Conceitos e funções da gestão de recursos humanos

O termo recursos humanos, originário da administração clássica, tem recebido críticas por apresentar a idéia de trabalhador como recurso. Este debate continua atual e identificam-se na literatura alguns termos utilizados como substitutos da palavra “recurso”, cada qual procurando atribuir novos significados, principalmente pelo sentimento desagradável que emerge ao considerar seres humanos como meios de produção.

No campo da ciência da administração, o termo gestão de recursos humanos foi substituído por gestão de pessoas. “Gestão de pessoas é uma função que permite a colaboração eficaz das pessoas, empregados, funcionários, recursos humanos ou qualquer outra denominação - para alcançar os objetivos organizacionais e individuais” (CHIAVENATO, 1999, p.9). Este conceito retrata a importância de serem considerados os interesses dos trabalhadores nas relações de trabalho e no seu cotidiano, valorizando-se o indivíduo. Esta valorização, porém, não tem como finalidade o próprio ser humano, mas, a valorização do humano para a geração de motivação, sentimento de bem-estar e reconhecimento como propulsores de energia para o crescimento da qualidade e da produtividade.

Na saúde, observa-se a utilização de gestão do trabalho como sinônimo de recursos humanos, com variação quanto ao significado e sua aplicação. O documento Princípios e Diretrizes para a Gestão do Trabalho - NOB/RH-SUS define gestão do trabalho de forma ampliada incluindo todos os aspectos relacionados ao gerenciamento dos trabalhadores do SUS, estando assim conceituada:

[...] gestão e gerência de toda e qualquer relação de trabalho necessária ao funcionamento do sistema, desde a prestação dos cuidados diretos à saúde dos seus usuários até as atividades - meio necessárias ao seu desenvolvimento. Inclui ações de gestão/administração em geral do trabalho; de desenvolvimento do trabalhador para o SUS; de saúde ocupacional para o trabalhador do SUS; de controle social da gestão do trabalho no SUS, dentre outras. (BRASIL, 2005a, p. 31).

Porém, ao longo do documento (NOB/RH-SUS) relaciona o termo gestão do trabalho com os aspectos administrativos da gestão, o que demonstra contradição entre o conceito e o seu uso. Apesar da ampliação conceitual observada com o uso deste termo, manteve também no título do documento o termo “recursos humanos”, definindo-o da seguinte forma:

Recursos Humanos é a expressão utilizada, normalmente para designar e especificar os trabalhadores, em relação aos outros recursos necessários ao desenvolvimento de uma ação, uma operação, um projeto, um serviço, etc., tais como os recursos físicos, recursos materiais, recursos financeiros, dentre outros. (BRASIL, 2005a, p. 31).

Utilizou-se o termo recursos humanos no presente estudo, tendo em vista ser a NOB-RH/SUS a base utilizada para a construção dos indicadores de avaliação da pesquisa. Porém, assumiu-se para o termo, outros significados apresentados por Dessler (2003) e Pierantoni, Varella e França (2004), os quais se discute a seguir.

Para Dessler (2003), administração de recursos humanos relaciona-se a práticas e políticas necessárias ao gerenciamento das pessoas dentro das organizações, como a contratação, o treinamento, a avaliação, a remuneração e a promoção de um ambiente de trabalho adequado ao desenvolvimento das atividades. Neste conceito, pode-se entender a gestão de recursos humanos como um conjunto de ações gerenciais capazes de articular o planejamento do corpo de trabalhadores necessários à organização, a entrada destes no sistema, a organização do trabalho, os mecanismos de manutenção, o incentivo e a segurança dos trabalhadores, o acompanhamento do desempenho e inclusive, as ações de desligamento.

Para Pierantoni, Varella e França (2004), a abordagem inicial de recursos humanos tem incorporado o conceito de “força de trabalho” da economia política, com as análises do mercado de trabalho, e da sociologia do trabalho envolvendo na discussão a relação: trabalho, trabalhador como “ser social” e “sociedade”. Concluem pela evolução do conceito recursos humanos. Nesta lógica, as análises das questões de recursos humanos vão além da análise interna da organização e da percepção do trabalhador na forma taylorista.

A utilização de termos ou conceitos novos, mais humanizados para esta área, faz sentido na medida em que as palavras puderem contribuir na formulação de análises e conhecimentos que possibilitem mudanças nas práticas de gestão. Caso contrário, existe o risco de, por meio de palavras amistosas, encobrir-se a realidade, criando-se um cenário irreal em torno de questões não resolvidas.

Ao refletir-se sobre a história do capitalismo, sobre os problemas pelo qual passaram e continuam passando os trabalhadores como as pressões no ambiente de trabalho, os baixos salários, ausência de direitos trabalhistas e a falta de condições de trabalho, pode ser

percebida uma questão cujas respostas não estão claramente respondidas: *Em que medida os trabalhadores realmente deixaram de ser gerenciados como recursos humanos para serem gerenciados como seres humanos?* Não é pretensão do estudo responder a esta questão. Porém, apresentam-se, a seguir, alguns aspectos que podem contribuir com esta reflexão.

A história da organização do trabalho e a evolução do pensamento administrativo, retratado nas diversas teorias, registram diferentes pensamentos e estratégias que buscaram solucionar os problemas vivenciados na relação entre trabalhador e gestão do trabalho, ao longo dos séculos. As teorias de Relações Humanas e a Teoria Comportamental trouxeram contribuições importantes para a humanização do pensamento administrativo.

O enfoque comportamental da administração foi construído a partir de diversos conceitos e movimentos, que incorporaram a idéia de sistemas sociais formados pelas pessoas com suas necessidades, sentimentos, atitudes e seu comportamento perante o grupo e a organização (MAXIMIANO, 2005). Estas concepções buscaram contrapor os pensamentos anteriores que consideravam o trabalhador como ser individual, mero executor de trabalhos fragmentados.

Para Maximiano (2005), a corrente que enfatiza o bem-estar dos trabalhadores tem origem antiga. Durante a Revolução Industrial as condições de trabalho eram muito difíceis. Os trabalhadores ficavam totalmente à disposição do empregador, não podiam reclamar dos salários e das condições de trabalho, perderam o controle sobre os meios de produção e a visão do conjunto de bens que produziam, tornando-se dependentes do emprego e explorados em seu trabalho, em uma relação desumanizada. Estas dificuldades geraram iniciativas de pessoas e instituições que buscaram melhorar esta condição. Dentre elas, o autor menciona a ação dos sindicatos, criados a partir dos anos 1800, para defender os trabalhadores e suas condições de trabalho e o Marxismo que defendia a desapropriação dos bens e o seu uso coletivo na busca de acabar com as desigualdades e alcançar a justiça.

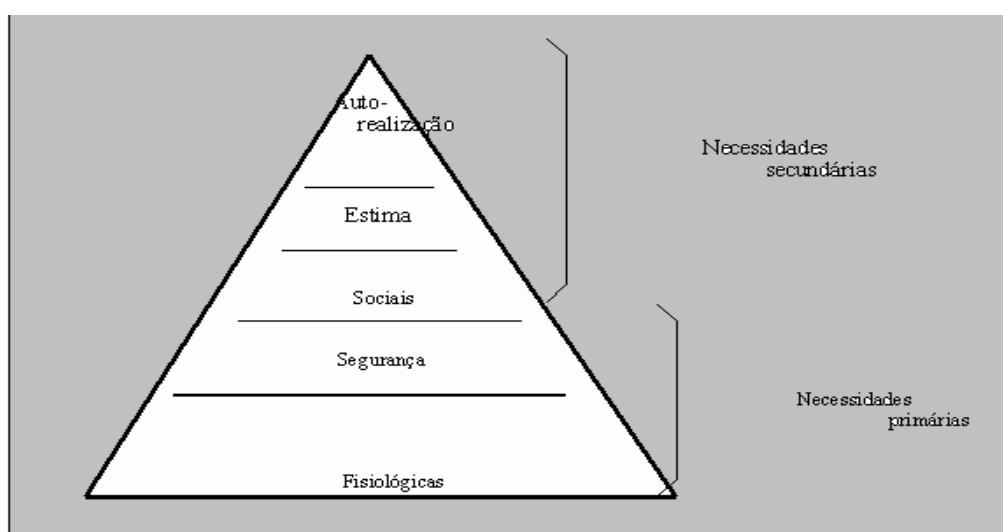
A Teoria das Relações Humanas (século XX) buscou corrigir a tendência a desumanização do trabalho, resultante da aplicação dos métodos rigorosos e precisos utilizados pela gestão na busca da eficiência dos sistemas técnicos. Esta teoria surgiu nos Estados Unidos, a partir de 1924, como conseqüência das experiências de Hawthorne, desenvolvidas por Elton Mayo e seus colaboradores, onde puderam concluir questões importantes como: o nível de produção da organização é resultante da integração social; o comportamento do indivíduo se apóia no comportamento do grupo, fazendo com que este se comporte de acordo com as normas e padrões sociais; os grupos informais constituem a organização humana da empresa; a especialização do trabalho não é a melhor forma de

divisão do trabalho; é necessário considerar os aspectos emocionais e mesmo irracionais do comportamento humano. O desenvolvimento das ciências humanas (sociologia e psicologia) contribuiu para demonstrar a inadequação dos princípios da teoria clássica e favoreceu o desenvolvimento desta teoria (CHIAVENATO, 1983).

A *Teoria Comportamental*, criada no final da década de 40, como desdobramento da Teoria das relações humanas, foi influenciada fortemente pelas idéias do behaviorismo. Iniciada a partir das idéias de Hebert A Simon com o livro: O comportamento Administrativo, teve como tema fundamental de estudo “a motivação humana”. Os estudos mais conhecidos neste temas foram desenvolvidos por Abraham H. Maslow (Teoria da motivação) e por Frederick Herzberg (Teoria dos dois fatores) (CHIAVENATO, 1983).

A teoria apresentada por Maslow considera que o ser humano possui um conjunto de necessidades que podem ser hierarquizadas por ordem de importância. Novas necessidades vão surgindo conforme a satisfação das necessidades já existentes. Estas necessidades foram categorizadas pelo autor e organizadas em forma de pirâmide partindo das necessidades básicas de sobrevivência até chegar, em seu topo, às necessidades relacionadas à auto-realização.

Dentro desta concepção, o trabalho ocupa um lugar importante, uma vez que por meio dele o indivíduo pode satisfazer tanto as necessidades básicas de sobrevivência, como oportunizar o convívio com grupo social no trabalho e o alcance de seus objetivos mais amplos como auto-realização profissional.



Fonte: Chiavenato (1999: p. 360).

Figura 1 - Hierarquia das necessidades do ser humano na concepção de Maslow .

Na teoria desenvolvida por Herzberg, a motivação está relacionada a dois fatores que orientam o comportamento das pessoas dentro da organização:

- Fatores higiênicos ou extrínsecos: localizam-se no ambiente onde as pessoas desenvolvem o trabalho e são administradas pela organização. São eles: salário, benefícios sociais, tipo de gestão, condições de trabalho, políticas e diretrizes, regulamentos, clima organizacional. Estes fatores apenas evitam a insatisfação, mas não conseguem elevar a satisfação por muito tempo.
- Fatores motivacionais ou intrínsecos: relacionados com o conteúdo do cargo e com a natureza das tarefas e estão sob o controle do indivíduo. Envolvem o sentimento de crescimento profissional e necessidades de auto-realização. O significado do trabalho atribuído pelo trabalhador gera efeito sobre o grau de motivação para o trabalho.

Mesmo com a evolução teórica e com os avanços tecnológicos, a relação capital-trabalho, não se equilibrou como muitos esperavam. O produto do trabalho continua enriquecendo poucos, enquanto muitos trabalham.

Segundo Lessa (2006), não existe consenso sobre o momento em que vivemos. Previsões otimistas de décadas atrás não se confirmaram, como as de Alvin Toffler e Daniel Bell que afirmavam que estaríamos em uma sociedade pós-industrial, com superação da miséria com melhoria na vida das pessoas advindas do desenvolvimento das tecnologias e do aumento das riquezas produzidas.

Na questão do trabalho, Lessa considera que as pessoas são aquilo que fazem. Os trabalhadores são guardiões de sua força de trabalho. Vivemos em uma sociedade em que o dinheiro, criado pelo homem, é tudo e o domina. A desumanidade do capitalismo gerou uma sociedade onde o humano não tem lugar, exceto quando “transmutado em mercadoria”, onde os indivíduos lutam entre si. Nesta relação o homem passa a ser solitário, competitivo, isolado do mundo exterior. O desemprego é apresentado como uma situação de desqualificação do indivíduo e não resultado da crise do capital, mascarando um problema social sob o rótulo da “empregabilidade”. Segundo o autor, os humanos estão destruindo-se nesta lógica de guardiões de mercadoria, onde as pressões objetivas transformam-se em pressões afetivas.

Para Oliveira (1998) o trabalho não pode ser concebido enquanto castigo, escravidão e muito menos como uma mercadoria, mas deve ser visto como meio de que o homem utiliza para criar o mundo que o cerca. Assim, o homem não pode “coisificar-se” ao inserir-se no trabalho e não pode ser considerado “uma peça, um mecanismo que se substitui ou se

reforça, que se coloca e ou que se tira, e cuja depreciação se calcula e de que se desfaz quando se torna não útil”. Segundo o autor, o trabalho é um direito para assegurar a subsistência e para ter acesso a outros bens.

Para Friedmann (1983) o trabalho é um fator de equilíbrio para o indivíduo, capaz de desenvolvê-lo e inserí-lo no mundo ao qual faz parte, nos diferentes grupos da sociedade. Logo, o trabalho exerce um papel que vai além da execução coagida de atividades para a produção de um resultado.

Concordando com esta idéia, Kanaane (1999), afirma que a partir do momento em que o indivíduo tem a possibilidade de sentir-se participante de um processo de trabalho sente-se mais responsável por ele, consciente de si mesmo, tende a desenvolver sua liberdade de opção diante do contexto do trabalho. Conseqüentemente, apropria-se de sua cidadania e aumenta suas condições de desenvolvimento e equilíbrio psicológico.

Se o trabalho exerce importância na vida das pessoas, seja para sobrevivência ou para desenvolvimento pessoal, profissional ou social, é importante a adoção de mecanismos que possam contribuir para a redução dos problemas do trabalhador em seu ambiente de trabalho e com isso minimizar as conseqüências do capitalismo, que transcêdem a governabilidade do indivíduo. É neste momento, que a gestão de recursos humanos precisa ser trabalhada.

Vieira e Oliveira (1999), afirmaram que para atender às necessidades dos serviços são necessárias políticas de gestão que assumam, no mínimo, as seguintes premissas: valorização profissional; atração e manutenção de pessoas de alto potencial e qualificação; condições favoráveis de motivação e mobilização; possibilidade de crescimento e desenvolvimento profissional; vinculação de incentivos a resultados; adaptação das políticas de recursos humanos à realidade da empresa e ao contexto externo econômico-social e político na qual atua. Estas necessidades apresentadas pelos autores à quase uma década continua presente.

Os modelos de gestão precisam considerar o indivíduo como parte da organização: um trabalhador cujas competências se transformam em ações direcionadas aos outros, mas, que é, ao mesmo tempo, produtor e receptor de seu próprio trabalho, não de forma individual, mas fruto do trabalho coletivo. No campo da saúde, com suas especificidades e sua história de participação popular, o trabalho pode ser construído de uma forma mais estimulante pela interação dos trabalhadores e usuários, com flexibilização das fronteiras corporativas, e utilização das diferenças – saberes e práticas diversas - para a construção do trabalho de forma mais coletiva (Brasil, 2005d).

2.2 Políticas de recursos humanos na saúde: complexidades e desafios

A gestão de recursos humanos deve ser desenvolvida a partir de políticas e ações capazes de atrair, preparar, desenvolver e incentivar os trabalhadores para um desempenho com qualidade.

Esta tarefa implica em reconhecer a gestão do trabalho em saúde como processo destinado a evitar a desumanização e os riscos no atendimento dos serviços de saúde originados pelo descompromisso e pela falta de motivação dos trabalhadores, a possibilitar a mediação de conflitos e a contribuir para o controle da execução dos serviços (SANTANA, 1999).

Segundo Arias (2006), até pouco tempo, a gestão do trabalho recebia pouca atenção por parte do governo. Apesar de ser uma área de regulamentação do Estado, pode ser percebida uma desarticulação entre saúde como bem público e as pessoas que a produzem. Problemas como baixos salários, condições precárias de trabalho, ausência de incentivos, falta de qualificação e de políticas contínuas são problemas ainda enfrentados em nível nacional. A partir da criação da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde - SGTES, com os Departamentos de Gestão da Educação na Saúde - DEGES e de Gestão e Regulação do Trabalho na Saúde – DEGERTS, em 2003, o Ministério da Saúde - MS assumiu com mais clareza seu papel, atuando na formulação e execução das políticas de RH para o SUS.

Segundo esta autora, a gestão do trabalho e suas formas de regulação foram desenvolvidas em parte, de forma empírica e burocratizada, não considerando adequadamente as questões jurídicas, sociológicas e éticas envolvidas. Isso ocorreu principalmente em função da ampliação do número de trabalhadores no sistema em razão das políticas públicas de saúde.

Com a implantação do SUS, a atenção básica ganhou prioridade no país visando o alcance da descentralização dos serviços e a melhoria do acesso à saúde. A atenção básica é de responsabilidade da gestão municipal, cabendo aos municípios, entre outras responsabilidades, a manutenção de um quadro de trabalhadores adequado para a execução das políticas de saúde de acordo com as necessidades locais.

Conhecida internacionalmente como atenção primária, a atenção básica tem sido utilizada para organizar os sistemas de saúde na busca de atender as necessidades da população de maneira adequada (MENDES, 2002). Representa o “nível do sistema que oferece a entrada para as novas necessidades e problemas, fornece atenção sobre a pessoa [...], fornece atenção para todas as condições, exceto as muito incomuns ou raras, e coordena ou

integra a atenção fornecida em algum outro lugar ou por terceiros” (STARFIELD 2004, p. 28).

Para a organização da atenção básica no Brasil, o Ministério da Saúde implantou em 1994 o Programa de Saúde da Família – PSF. Este programa teve como principais objetivos a busca da integralidade e da melhoria da qualidade do atendimento, a organização do acesso ao sistema, a ampliação da cobertura e a conscientização da população sobre os problemas de saúde e suas causas, além de buscar incentivar a população à participação no controle do sistema de saúde. Posteriormente, o MS transformou este programa em Estratégia de Saúde da Família - ESF estendendo-o para todo país, a fim de reestruturar a atenção sob novas bases que considerassem continuamente o meio e a forma de organização social do indivíduo (LACERDA; TRAEBERT, 2006).

Este modelo trouxe consigo uma necessidade crescente de profissionais para possibilitar a ampliação da estratégia visando atingir a todos os municípios do país. A necessidade de ampliação do quadro de trabalhadores da saúde confrontou-se com exigências legais que dificultaram a realização das contratações nos municípios. Entre eles está o artigo 37 da Constituição Federal, inciso II, que define que a investidura em cargo ou emprego público depende de aprovação prévia em concurso público e a Lei de Responsabilidade Fiscal que limita em 60% os gastos com pessoal na gestão municipal. Sob a alegação de que havia dificuldades para contratação dentro de tais exigências, muitos gestores buscaram alternativas paralelas incorrendo em proibições legais, gerando a precarização do trabalho na saúde.

Além da dificuldade nas contratações, a ESF trouxe novas necessidades de formação profissional para os municípios. A operacionalização da ESF exigiu mudanças conceituais e organizativas interferindo no desenvolvimento do processo de trabalho dos profissionais. O novo modelo está assentado em uma forma de interiorização dos serviços que permite a organização do espaço de atuação das equipes de saúde. Nesta estratégia, a família é o centro da atenção e a unidade de atuação dos profissionais. A estratégia permite identificar necessidades de mudanças para a melhoria da comunidade e a mobilização da sociedade para a participação na solução dos problemas junto com o governo local (BRASIL, 2003a).

Para tanto, os profissionais que atuam na atenção básica precisam apresentar um perfil adequado e conhecimentos específicos.

O mercado profissional não conseguiu disponibilizar profissionais preparados para a atuação na atenção básica em quantidade suficiente e com as competências necessárias para a atuação dentro do novo modelo de atenção. Assim, o MS, em conjunto com os estados e municípios, assumiram a responsabilidade na capacitação e formação complementar dos

profissionais inseridos nos serviços e a preparação de novos profissionais para ingressar no mercado de trabalho da saúde de acordo com a Constituição Federal, no art. 200, que responsabiliza o SUS pela ordenação dos recursos humanos para o seu funcionamento.

Além das questões contratuais e de qualificação dos profissionais, a manutenção do trabalhador no cargo, a saúde do trabalhador e seu desempenho são aspectos da gestão que também merecem atenção no desenvolvimento de políticas.

Uma das grandes conquistas para a gestão de recursos humanos foi a publicação da Norma Operacional Básica de Recursos Humanos em 2005. A norma é resultado de discussões que se estabeleceram com as conferências e seminários realizados em diversas regiões do país. O instrumento traz subsídios para a definição de políticas e operacionalização de ações de recursos humanos, em nível nacional. É composta pela definição dos Princípios e Diretrizes para a gestão do trabalho no SUS, para o desenvolvimento do trabalhador do SUS, para a política de saúde ocupacional do trabalhador do SUS e para o controle social da gestão do trabalho no SUS (BRASIL, 2005a). Em novembro de 2003, o Conselho Nacional de Saúde deliberou pela aplicação dos Princípios e Diretrizes da NOB/RH-SUS como Política Nacional de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. A Norma, efetivada aos poucos, com apoio da SGTES, serve para o direcionamento para a gestão de recursos humanos.

A implantação das políticas de recursos humanos e a execução de suas ações necessitam de acompanhamento contínuo por parte dos agentes de controles internos e externos da administração pública, quais sejam: Tribunal de Contas, Ministério Público, Legislativo e população. A atuação do controle social, por meio dos Conselhos de Saúde e das Conferências tem representado uma estratégia importante para participação popular e para a condução e controle das políticas de recursos humanos de cada região. Os problemas relativos à gestão de recursos humanos são discutidos constantemente nas conferências e aos poucos estão se incluindo nas pautas dos Conselhos de Saúde.

2.2.1 Aspectos administrativos da gestão de recursos humanos no SUS

A) Precarização do trabalho

As mudanças no mundo do trabalho e as reformas na administração pública trouxeram entraves para a gestão de recursos humanos que conduziram a precarização do trabalho no SUS.

Em meados da década de 90, seguindo a proposta neoliberal de reforma estrutural do estado, passou-se a adotar também no SUS a idéia de flexibilização das relações de trabalho. A reforma estava fundamentada na necessidade de reduzir o aparato do estado e buscar formas de gerar economia e promover autonomia gerencial, sob o argumento de que a administração pública era excessivamente formal, burocrática e pouco eficiente (ARAÚJO, 2006). Esta reforma introduzida pelo Ministério da Administração Federal e Reforma do Estado passou a considerar as ações e serviços de saúde como atividades não exclusivas de Estado, podendo ser desenvolvidas também pela iniciativa privada.

Para possibilitar o funcionamento dos serviços, os estados e municípios poderiam adotar outras formas de contratação. A terceirização de pessoal passou a ser uma prática bastante utilizada no SUS, utilizando-se alternativas como as Organizações Não Governamentais - ONGs, Fundações, Organizações Sociais (OSs)¹, Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público (Oscips) ou Cooperativas². Estas contratações estão em grande parte relacionadas a precarização no trabalho devido a possibilidades de contratações ilícitas e vínculos informais de trabalho. A diversidade de modalidades de contratação também gerou dificuldades operacionais para a gestão de recursos humanos e desigualdades e conflitos entre os trabalhadores.

Trabalho precário pode ser entendido como situação relacionada a baixos vencimentos, condições inadequadas de trabalho e outros tipos de problemas. Para o Ministério da Saúde a precarização no trabalho está relacionada a irregularidades. Refere-se à situação de desobediência às normas vigentes do direito administrativo e do direito do trabalho³. Incluem-se aqui os problemas relacionados aos regimes de trabalho e formas de

¹ As OSs e as Oscips são entidades de direito privado, sem fins lucrativos, declaradas de interesse social e utilidade pública destinadas a atuar no ensino, pesquisa, desenvolvimento tecnológico, proteção e preservação do meio ambiente, cultura, saúde e promoção de direitos humanos, cidadania, democracia e outros valores universais. As OSs têm representação do governo na gestão, diferentemente das Oscips (ARAÚJO, 2006).

² As cooperativas são consideradas como uma modalidade expressiva de organização dos trabalhadores e de terceirização de serviços no SUS. São utilizadas para prestação ou gerenciamento de serviços de saúde. Caracterizam-se pela ausência da busca de lucro, reunindo agentes econômicos num empreendimento comum, em condição de autonomia e de igualdade. Sua atuação no SUS, tem sido questionada por ser utilizada, muitas vezes, como forma de escamotear relações de trabalho convencionais (NOGUEIRA, 2002).

³ Regime estatutário - Regime estatutário é a forma que se estabelecem as relações jurídicas entre o funcionário público e a administração, com base nos princípios constitucionais e nos preceitos legais e regulamentares da entidade estatal a que pertence (MEIRELLES, 1987).

Regime autônomo - Quando um profissional oferece seus serviços ao público em geral, atendendo pessoas físicas ou jurídicas (OLIVEIRA, 1998)

Regime associativo - Envolve co-participação de pessoas que se obrigam mutuamente a combinar seus esforços para obtenção de fins propostos. Implica fundamentalmente em fornecimento de capital (em dinheiro e/ou em bens e serviços), administração, participação em lucros e perdas. Pode ser feita de vários modos, como na forma cooperativa onde o lucro é gerado a partir do trabalho dos próprios cooperados (OLIVEIRA, 1998).

Regime de emprego- Consiste no trabalho de alguém para outrem envolvendo a subordinação e a contraprestação pelo trabalho executado. A ação desta relação de trabalho implica em um tomador dos serviços que é o empregador e o prestador dos mesmos, que é o empregado (OLIVEIRA, 1998). Modalidade típica da forma celetista, regulada pela Consolidação das Leis do Trabalho.

vinculação. Mesmo quando os direitos estão garantidos em contrato, porém não foram observadas exigências como o concurso público (art. 37, inciso III, CF), por exemplo, o trabalho é considerado precário.

No país, um grande contingente de profissionais da saúde encontra-se nesta situação, devido às diversas formas contratuais atualmente utilizadas. Dados do Departamento de Atenção Básica do Ministério da Saúde – DAB identificaram que em torno de 20 a 30% dos trabalhadores da Estratégia de Saúde da Família - ESF do país e grande parte dos Agentes Comunitários de Saúde possui inserção precária no sistema. Esta situação contribui para a alta rotatividade, insatisfação profissional e aumento de processos judiciais na busca de direitos trabalhistas (BRASIL, 2005c).

Para atuar nesta questão, o MS criou em 2003, o Programa Nacional de Desprecarização do Trabalho no SUS e o Comitê Nacional Interinstitucional de Desprecarização do Trabalho no SUS com o objetivo de elaborar políticas e formular diretrizes para a desprecarização do trabalho na saúde, iniciativas ainda em fase de consolidação.

B) Negociação do Trabalho no SUS

A toda sociedade cabe a responsabilidade de fazer com que o Estado seja capaz de promover o exercício da cidadania. Dentro do Estado, agentes públicos e agentes políticos devem priorizar o alcance deste objetivo (JÚNIOR; BRAGA, 1999).

Para estes autores, setores como saúde, previdência e educação são essenciais ao exercício da cidadania, e podem tomar iniciativas que desenvolvam as relações de trabalho no setor público democratizando-as e permitindo a negociação dos conflitos. Conflitos são expressões que demonstram as expectativas das partes envolvidas onde cada uma tem interesses específicos. Os trabalhadores desejam a proteção do trabalho, salários dignos, possibilidades de crescimento, condições satisfatórias de trabalho. Os gestores desejam que os trabalhadores desempenhem seu trabalho da melhor maneira, com interesse, dedicação e qualidade. Para os usuários importa ter os serviços disponíveis quando necessitam, com profissionais qualificados e que prestem um bom atendimento. Os prestadores de serviço desejam lucro. A decisão por uma medida, ou outra, normalmente implica em ganhos para uma parte e exigências para a outra.

Na área da saúde as negociações das relações de trabalho eram desencadeadas geralmente pelos sindicatos no cumprimento de suas responsabilidades com as categorias

profissionais e filiados. Esta forma de articulação não conseguiu minimizar a precarização no trabalho no SUS e os conflitos dela decorrentes.

Como espaço de negociação dos conflitos, a Resolução nº 52/1993 do Conselho Nacional de Saúde instituiu a Mesa Nacional de Negociação do Sistema Único de Saúde, representando um espaço democrático para concretizar as reivindicações dos trabalhadores manifestadas por meio das conferências. A mesa permaneceu praticamente desativada até 1997, quando foi reinstalada e não teve continuidade. Em 2003, foi instalada novamente com a denominação de Mesa Nacional de Negociação Permanente do SUS. Compõem a mesa gestores, prestadores de serviço e entidades representativas de trabalhadores. Esta proposta foi ampliada por meio de criação de mesas estaduais e municipais para discutir as questões específicas de cada região (BRASIL, 1993b, 2006a).

Segundo Machado et al (2006), dentre as conquistas da Mesa Nacional de Negociação Permanente do SUS está a criação do Comitê Nacional de Desprecarização do Trabalho no SUS, a elaboração das Diretrizes Nacionais para a elaboração dos Planos de Carreira, Cargos e Salários dos trabalhadores do SUS e o Protocolo de cedência de pessoal do SUS.

C) Estrutura da área de gestão de recursos humanos na saúde

As políticas e ações da área de recursos humanos na saúde são desenvolvidas por meio do Ministério da Saúde - MS, das Secretarias Estaduais de Saúde - SES e principalmente das Secretarias Municipais de Saúde – SMS, que possuem o maior contingente de trabalhadores do SUS.

A estruturação das áreas de recursos humanos de cada secretaria possui dificuldades no campo organizacional que precisam ser ultrapassados. A gestão dos recursos humanos depende da existência de estrutura física, material, financeira e de profissionais qualificados, específicos para a função.

O registro de informações de forma precária dificulta a gestão rumo à eficiência e à produtividade. As principais fontes de informação nesta área ainda são oriundas de documentos e banco de dados limitados que nem sempre possibilitam a retirada de informações padronizadas, necessárias ao planejamento das ações e das políticas de recursos humanos.

É importante a criação de estruturas apropriadas para a realização das ações de recursos humanos, incluindo-se sistemas de informações capazes de armazenar dados para os três níveis de gestão, possibilitando acesso a informações que possam subsidiar o processo de tomada de decisões. O compromisso dos gestores em fortalecer as estruturas que desenvolvem

atividades de recursos humanos, incluso no pacto de gestão, poderá representar um início importante de mudanças neste campo.

A fragilidade das áreas de gestão do trabalho e da educação na saúde presente nas secretarias estaduais e municipais de saúde, foi uma das razões que levaram o MS a desenvolver diretrizes organizacionais e oferecer ferramentas, suporte e mecanismos para a organização, a modernização e a profissionalização desta área. Por meio da portaria no 2.261, de 22 de setembro, de 2006, o MS instituiu o Programa de Qualificação e Estruturação da Gestão do Trabalho no Sistema Único de Saúde (ProgeSUS) pelo qual apóia técnica e financeiramente a execução de projetos destinados ao fortalecimento e à modernização dos setores relacionados à recursos humanos das secretarias de saúde dos estados, Distrito Federal e municípios. A intenção do programa é qualificar e desenvolver as estruturas que atuam na gestão do trabalho e na educação na saúde por meio de investimentos sistematizados, organizados e coordenados pelas três instâncias de gestão (BRASIL, 2006b).

O ProgeSUS é composto pelos seguintes componentes: estruturação da gestão do trabalho e educação no SUS; sistema de informação gerencial para o setor de gestão do trabalho e educação na saúde; capacitação da equipe de gestão no trabalho e da educação na saúde; sistema nacional de informações em gestão do trabalho no SUS (BRASIL, 2006e).

D) Valorização dos profissionais da saúde

O desenvolvimento das atividades depende diretamente da existência de profissionais em quantidade suficiente, com perfil adequado e que permaneçam na função para que haja continuidade nos serviços. A permanência dos profissionais nos cargos assegura o aproveitamento dos incentivos e dos investimentos de capacitação realizados, além de estimular a qualidade por meio da experiência acumulada no decorrer dos anos. A rotatividade dos profissionais pode ser benéfica para a organização quando renova o quadro de trabalhadores, trazendo novas idéias e competências, sem tornar-se excessiva.

Rotatividade é considerada como resultado da saída de funcionários e entrada de outros para substituí-los. A rotatividade de pessoal gera perda de energia, conhecimentos e habilidades e apresenta custos de reposição. O desligamento dos trabalhadores pode ser motivado por situações como aposentadorias, finalização de contrato, morte ou demissão (CHIAVENATO, 1999).

Diversas causas têm sido apontadas como geradoras de alta rotatividade na saúde: formas de contratação, falta de condições apropriadas de trabalho, salário insuficiente, (BORRELLI, 2004), insatisfação no trabalho (CAMPOS E MALIK, 2008;

CHIAVENATO,1999). O nível de rotatividade deve ser acompanhado pela organização para que possa intervir quando necessário.

Poucos estudos sobre rotatividade na saúde no Brasil são encontrados na literatura levando os pesquisadores a utilizarem parâmetros de outros países. Estudos norte-americanos apontaram que taxas maiores que 26% geram altos custos; outro estudo considerou que taxas maiores que 30% são pouco aceitáveis e que acima de 50% além de gerar altos custos de substituição podem comprometer a produtividade (JONES 1990a, 1990b; PRICE, MUELLER, 1981apud ANSELMi, ANGERAMI E GOMES 1990).

Estudo realizado por Anselmi, Angerami e Gomes em 1990, na rede hospitalar do Município de Ribeirão Preto, São Paulo com os trabalhadores de enfermagem (enfermeiros, técnicos, auxiliares e atendentes) evidenciou um crescimento da força de trabalho em enfermagem naquele ano. Porém, identificou também alta rotatividade principalmente nos hospitais filantrópicos e privados com taxas de substituição de 32% e 39% ao ano e mediana de tempo de serviço de 8 meses e 12 meses respectivamente. As categorias de enfermeiro e atendente de enfermagem apresentaram maior grau de substituição.

Borrelli (2004), realizou uma pesquisa com profissionais de saúde da zona rural de Sergipe com o objetivo de analisar a rotatividade dos profissionais de saúde em cinco municípios do estado. Utilizou questionários para coletar opiniões de todos os profissionais de saúde, incluindo gestores municipais. A rotatividade foi calculada em um período de dois anos. Como resultado, a pesquisadora identificou que as principais explicações do descontentamento profissional e dos desligamentos estavam associadas à grande distância da capital, salário insuficiente, vínculo trabalhista precário, condições inadequadas de trabalho, falta de incentivos, atrasos no pagamento, carga horária e desejo de atuar em uma equipe de PSF. O tempo médio de permanência encontrado revelou que os agentes comunitários de saúde foram os que apresentaram maior tempo de trabalho nas equipes, seguidos pelos auxiliares de enfermagem, enfermeiros e por último, os médicos. A média geral de permanência no emprego foi de 15 meses para enfermeiras e 13,5 meses para médicos. Segundo a autora, a mudança de local de trabalho está mais associada ao poder de barganha e a capacitação profissional do que com as condições de trabalho. As taxas de rotatividade encontradas variaram de 0 a 300% entre os municípios estudados, com uma média geral de 84,9%, considerada alta pela pesquisadora.

Outra pesquisa, realizada por Campos e Malik (2008), no município de São Paulo, em agosto de 2004, com o objetivo de identificar os fatores que levam à rotatividade dos médicos generalistas do Programa de Saúde da Família, identificou a existência de correlação entre

rotatividade de médicos e satisfação no trabalho. Foram coletados dados de 36,2% dos profissionais existentes e posteriormente o índice de rotatividade dos médicos por instituição. A pesquisadora considerou o período de um ano. Os resultados encontrados sobre satisfação no trabalho foram correlacionados com os índices de rotatividade da instituição. A pesquisa identificou insatisfação em relação ao stress, ambiente físico e capacitação e satisfação adequada em relação ao uso de habilidades, crescimento no trabalho, confiança nas relações de equipe, adesão, imagem externa, qualidade do serviço no setor, qualidade do atendimento no PSF e reuniões da unidade. O resultado geral quanto ao grau de satisfação no trabalho dos médicos foi de 74,7%, mostrando satisfação parcial. O índice de rotatividade encontrado foi de 37,4%, (variação de 14,3% a de 61,1% ao ano) considerado pela pesquisadora, como ruim. Para avaliação da rotatividade, a autora utilizou como parâmetros: índice de rotatividade adequado de 0 a 25% ao ano; ruim de 25% a 50% ao ano e crítica cima de 50% ao ano.

A valorização do trabalhador está associada à idéia de recompensa pelo trabalho realizado que significa retribuição, prêmio ou reconhecimento pelos serviços prestados. A valorização pelo trabalho pode assumir diversas formas: recompensas financeiras diretas como salário, prêmios, comissões; recompensas financeiras indiretas que podem ser oferecidas por meio de férias, gratificações, horas-extras, 13º salário, adicionais; e recompensas não financeiras como oportunidades de desenvolvimento, reconhecimento, segurança no emprego, qualidade de vida no trabalho, promoções, liberdade e autonomia (CHIAVENATO, 1999).

A valorização profissional deve considerar o desempenho profissional estimulando a melhoria da produtividade nos serviços de saúde e a responsabilização pelo trabalho. Isso significa que o trabalhador deve assumir o compromisso de atingir os objetivos desejados pela instituição.

Para Santana (1999b), propostas de incentivos e produtividade são componentes constituídos por estímulos financeiros, ou não, que tem por objetivo otimizar os componentes do processo produtivo nos serviços de saúde que devem subordinar-se exclusivamente aos interesses do usuário. Segundo o autor, as propostas de incentivos devem considerar os seguintes pressupostos: são mecanismos de gratificação pelo trabalho que não substituem o salário; sua aplicação só deve ocorrer a partir da produção de um trabalho, além da produção relativa à remuneração básica; não devem ser permanentes ou automáticas; não devem ser associados a pagamento por produção e sim a objetivos relacionados à satisfação do usuário e ao atendimento das necessidades de saúde.

Nos últimos anos, entidades representativas de trabalhadores têm reivindicado a implantação de planos de carreira em todas as esferas da administração pública. Os poucos planos implantados no campo da saúde e não atualização em vários deles tem demonstrado a necessidade de intervenção na questão (BRASIL, 2006b).

O MS criou em 2004 a comissão Especial para Elaboração das Diretrizes do Plano de Carreira, Cargos e Salários do SUS - PCCS. Como resultado, foi elaborado um documento visando subsidiar a elaboração/reestruturação dos PCCS na saúde, de acordo com a realidade local, porém buscando estruturas semelhantes. O documento também orienta sobre a necessidade de um programa de avaliação de desempenho para todos os trabalhadores como processo pedagógico e participativo na instituição.

As diretrizes são norteadas pelos seguintes princípios: universalidade visando incluir todos os trabalhadores da instituição; equivalência, onde os cargos deverão ter correspondência com os demais planos de carreira dos entes federados; concurso público para o acesso à carreira; mobilidade para assegurar a movimentação do trabalhador no SUS sem perda de seus direitos e progressão na carreira; flexibilidade, garantindo a permanente adequação dos planos às necessidades e à dinâmica do SUS; gestão partilhada, que estabelece a participação dos trabalhadores na formulação e gestão do plano de carreira; carreira como instrumento de gestão; educação permanente; avaliação de desempenho e compromisso solidário (BRASIL, 2006a).

2.2.2 Desenvolvimento do trabalhador do SUS – questões educacionais

O modelo tradicional de educação, centrado nas capacitações e treinamentos imediatos onde os trabalhadores são vistos como únicos responsáveis pela qualidade da atenção e da gestão, não são suficientes e adequados para a realidade do sistema de saúde. Com a criação do SUS tornou-se necessário a efetivação de uma política educacional para os trabalhadores dentro da nova realidade. “A qualidade da atenção à saúde exige a formação de profissional específica com domínio de tecnologias que qualifiquem a atenção individual e coletiva. Os novos enfoques teóricos e de produção tecnológica [...] passam a exigir novos perfis profissionais. (BRASIL, 2005a, p.53).

A complexidade das questões educativas no campo da saúde está relacionada com a não adequação da formação às necessidades do sistema, de forma quantitativa e qualitativa

apresentando uma diversidade de problemas que ensejam ações em diferentes vertentes. “O SUS foi mais rápido do que a reforma do ensino” (CAMPOS, 2006, p.55).

A partir de 2003, a educação na saúde ganhou importância como política pública para a formação e desenvolvimento no âmbito do SUS (BRASIL, 2005b).

A Política Nacional de Educação Permanente para o SUS é uma proposta de ação estratégica que busca readequar as ações educativas direcionando-as para as necessidades locais. Parte do pressuposto da aprendizagem significativa e propõe a transformação das práticas profissionais por meio da reflexão crítica do processo de trabalho. Nesta perspectiva, os processos de capacitação do pessoal da saúde devem ser estruturados a partir da problematização do processo de trabalho, tomando como referencial as necessidades de saúde das pessoas, a gestão setorial e a promoção da saúde (Brasil, 2004c).

Esta proposta foi iniciada em 2004, desencadeada por meio dos Pólos de Educação Permanente, configurados como instâncias compostas de representações locais da gestão, do controle social, dos estudantes e das instituições de ensino. Em 2007, a proposta foi reformulada, fazendo com que as decisões sobre educação permanente passassem a serem realizadas pelos Colegiados de Gestão Regional, e fossem criadas Comissões de Integração Ensino-Serviço – CIES, em substituição aos Pólos, com uma composição similar ao modelo anterior (BRASIL, 2007).

A profissionalização dos trabalhadores de nível médio, que representam mais da metade dos profissionais da área da saúde, é uma luta travada há anos no país, e que deve ser ampliada para contribuir com o avanço real do sistema. A criação das Escolas Técnicas do SUS (ETSUS) foi uma importante estratégia que contribuiu com a formação de milhares de trabalhadores nos últimos anos. As ETSUS são entidades criadas pelo governo para promover a profissionalização dos trabalhadores de nível médio para o desenvolvimento das ações de saúde (BRASIL, 2003a).

Um dos grandes desafios no campo da formação está na orientação dos cursos de graduação na área da saúde para a compreensão do sistema de saúde vigente no país; na construção conceitual e prática da integralidade da atenção e na gestão em saúde; na aprendizagem concreta sobre o trabalho em equipes multiprofissionais com caráter interdisciplinar (BRASIL, 2005b).

Estas mudanças dependem da formação de professores para assumirem este compromisso, de mudanças nos currículos universitários, de ações articuladas entre os Ministérios da Educação e da Saúde para o cumprimento do inciso III do art. 200 da Constituição Federal.

Para alcançar a transformação desta realidade é necessário que as instituições de ensino modifiquem suas práticas educativas, que haja mudanças na prática profissional e na organização do trabalho em saúde (BRASIL, 2005a).

A flexibilização dos currículos possibilitada pela nova Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional – LDB facilitou o desenvolvimento de iniciativas pelo Ministério da Saúde como o Programa de incentivo a Modificações Curriculares dos Cursos de Medicina - PROMED. Esse Programa objetiva a reorientação da formação médica de acordo com as mudanças do modelo de atenção à saúde, visando: estabelecer protocolos de cooperação entre o SUS e as escolas médicas; desenvolver como eixo central da formação médica a noção de integralidade e de promoção da saúde; propiciar a ampliação/diversificação dos cenários de desenvolvimento da prática profissional, com ênfase aos serviços de atenção primária; incentivar a adoção de metodologias pedagógicas ativas e centradas nos estudantes (PADILHA, 2002).

Inspirado no PROMED, surgiu no final de 2005, o PRÓ-SAÚDE - Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde que também visa a aproximação entre a formação de graduação na demais áreas do setor e as necessidades da atenção básica. Esta proposta, desenvolvida inicialmente para os cursos de enfermagem, odontologia e medicina, selecionou 90 cursos que receberam apoio financeiro do MS para a realização de modificações no modelo de formação desenvolvido (BRASIL, 2007d).

Diversos cursos de especialização e de residência têm sido financiados pelo Ministério da Saúde, nos últimos anos, por meio da Política Nacional de Educação Permanente e de iniciativas de áreas específicas do ministério, contribuindo com a preparação de profissionais para o SUS.

Mesmo com as propostas efetivadas nos últimos anos ainda não foi possível equacionar necessidades e demandas de profissionais no setor, indicando a necessidade de investimentos contínuos nesta área.

2.2.3 Controle Social das políticas de recursos humanos na saúde

As Leis 8080/90 e a 8142/90 regulamentaram e institucionalizaram a participação popular e o controle social na saúde, adotando como instâncias legais as conferências e os conselhos de saúde. O controle social tem o propósito de possibilitar o exercício da democracia, da cidadania e da realização do homem como construtor de sua sociabilidade. A

prática da participação estimula a consciência crítica, conscientiza e mobiliza as pessoas para maior interação na sociedade. Considerando que a concepção de gestão do SUS é essencialmente participativa e democrática, cabe aos gestores ouvir e consultar a sociedade levando em conta as necessidades do poder executivo, dos usuários, as experiências dos profissionais de saúde e dos prestadores de serviço. (JÚNIOR; MESSIAS; SAMPAIO, 2006).

A atuação do controle social nas questões de recursos humanos é fundamental para impulsionar a adoção dos princípios e diretrizes da NOB-RH/SUS na gestão municipal de saúde mobilizando pessoas e idéias para frente às melhorias que precisam ser estabelecidas.

A) Discussões sobre Recursos Humanos nas Conferências Nacionais de Saúde e nas Conferências Nacionais específicas de Recursos Humanos e de Saúde do Trabalhador

Saúde se faz com gente. Gente que cuida de gente, respeitando-se as diferenças de gênero, étnico-raciais e de orientação sexual. Por isso, os trabalhadores não podem ser vistos como mais um recurso na área da saúde (BRASIL, 2004a, p.115).

Historicamente, é possível perceber os avanços e dificuldades da gestão de recursos humanos na saúde por meio dos relatos das Conferências Nacionais de Saúde – CNS's e das Conferências Nacionais de Recursos Humanos - CNRH's. Tais relatos que guardam mais de vinte anos de discussão sobre o tema e as políticas desencadeadas pelo governo nas últimas décadas expressam como a gestão tem enfrentado as dificuldades nesta área.

Diversas questões sobre recursos humanos foram discutidas no país desde a primeira CNS, realizada em 1941. As discussões demonstram as lutas e conquistas dos movimentos que participaram ativamente nos debates, tendo como resultante a composição das políticas de recursos humanos em vigor atualmente.

As primeiras três conferências nacionais de saúde (1941-1963) abordaram basicamente questões relativas à formação profissional e colocaram a figura do médico como protagonista central das discussões. Os anais das duas primeiras conferências não foram publicados. A 3ª CNS realizada em 1963, tinha como tema central “a municipalização dos serviços de saúde”. Levantou o problema do preparo e do aproveitamento do pessoal técnico e trouxe a proposta de descentralização do ensino desse pessoal. Nestas três conferências prevaleceu a visão sanitarista “clássica” que considerava a saúde como condição para o desenvolvimento econômico e social (BRASIL, 1993a).

O período entre 1967 a 1980 foi marcado pelo controle burocrático-autoritário do estado no contexto do regime militar com uso das forças armadas e como ideologia a

segurança nacional. Ocorreu nesta época, uma acentuada expansão do ensino médico e o crescimento de movimentos populares, contribuindo para o movimento pela Reforma Sanitária. Realizaram-se neste intervalo quatro conferências (4º CNS a 7º CNS). Entre as discussões estavam: avaliação da força de trabalho para o planejamento das ações de formação profissional; regime de trabalho em dedicação exclusiva para o sanitarista; necessidade de aproveitamento do pessoal egresso do sistema formador; concessão de incentivos funcionais; formação de especialistas versus generalistas; o papel e a educação continuada do pessoal de nível médio e elementar; a descentralização e a adequação da formação às necessidades do serviço por meio da integração docente-assistencial (BRASIL, 1993a).

No período entre 1986 a 1993, caracterizado principalmente pela Reforma Sanitária realizaram-se quatro conferências, sendo duas específicas de recursos humanos (8º CNS, 9º CNS e I CNRH e II CNRH). A 8º CNS discutiu os temas “saúde como direito, reformulação do sistema nacional de saúde e financiamento setorial”. Representou o alicerce para o a criação do Sistema Único de Saúde, trazendo diversas contribuições, como o conceito ampliado de saúde⁴. Entre os temas abordados estavam: remuneração, isonomia salarial, concurso público, equipes multiprofissionais, compromisso com o usuário, dedicação exclusiva, direito à greve e à sindicalização, formação integrada ao sistema de saúde, inclusão nos currículos de práticas alternativas, incorporação dos agentes populares de saúde como pessoal remunerado, plano de cargos e salários, avaliação de desempenho, direitos trabalhistas, escolha dos cargos de chefias (BRASIL, 1993a).

Decorrente desta conferência aconteceu, ainda em 1986, a I Conferência Nacional de Recursos Humanos - CNRH com o tema central a Política de Recursos Humanos Rumo à Reforma Sanitária. Envolveu profissionais do campo da saúde, da educação, do trabalho, da administração, usuários e representantes da classe trabalhadora organizada. Demonstrou que as Áreas de Recursos Humanos - ARH devem extrapolar as questões de formação de pessoal para a realidade brasileira e incorporar o estudo e o trabalho de questões como recrutamento e seleção, concurso, plano de cargos e salários, isonomia salarial, avaliação de desempenho, direitos trabalhistas, escolha dos cargos de chefias, entre outros. (BRASIL, 1993a, p.138).

A II CNRH, realizada em 1993, acrescentou ao debate a revisão dos currículos de formação; a criação de estruturas de desenvolvimento de recursos humanos nas secretarias

⁴ Conceito ampliado de saúde: “saúde é a resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse da terra e acessos a serviços de saúde. [...] resultado das formas de organização social da produção [...]” (BRASIL, 1993, p.121).

estaduais e municipais de saúde; a criação de um sistema de recursos humanos; a criação das Câmaras Técnicas de Recursos Humanos nos Conselhos de Saúde (CAMPOS et al, 2006).

Neste período, destaca-se também, a criação da Comissão Interinstitucional de Recursos Humanos do Conselho Nacional de Saúde e os debates que se estabeleceram envolvendo os diferentes segmentos do controle social e dos gestores para a conformação da NOB/RH.

Entre 1996 a 2000, período caracterizado pela implantação e organização do Sistema Único de Saúde, aconteceram duas CNS's (10º CNS e 11º CNS). Destaca-se aqui, a aprovação da Norma Operacional Básica de Recursos Humanos para o SUS na 11º CNS. Dentre as discussões, entraram em pauta: a criação de um sistema de informações sobre doenças e acidentes de trabalho na saúde; implantação das Mesas Nacional e Estaduais de Negociação; organização de bancos de dados sobre a força de trabalho em saúde; criação de uma Comissão Especial para elaborar proposta de criação e operacionalização do Plano de Carreira, Cargos e Salários (PCCS) para todas as esferas de governo; importância de que o Ministério da Saúde – MS assumisse a responsabilidade legal (art. 200 da CF) de ordenar a formação de recursos humanos; convocação da III Conferência Nacional de Recursos Humanos; (BRASIL, 1996; 2001a).

Em 2003, a 12º CNS reafirmou as discussões sobre recursos humanos iniciadas e “reiterou aos gestores da três esferas de governo a imediata adoção de uma política nacional de gestão do trabalho no SUS como instrumento para a consolidação do SUS” (Brasil, 2005a, p.12).

Em 2006, foi realizada a 3º Conferência Nacional de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde - CNGTES (a 1º e 2º foram chamadas de Conferências de Recursos Humanos). Teve como objetivo propor diretrizes nacionais para a implementação da política de gestão do trabalho e da educação na saúde, tendo como referência a Norma Operacional Básica sobre Recursos Humanos do Sistema Único de Saúde. Temas como desprecarização e regulação do trabalho, fortalecimento da capacidade gestora dos estados e municípios, Pólos de Educação Permanente, interação com o movimento estudantil, formação do Agente Comunitário em Saúde e interação com o usuário incorporaram-se ao debate (Brasil, 2005b).

A 13ª CNS, realizada em 2007, teve como tema central “saúde e qualidade de vida: políticas de estado e desenvolvimento”, e discutiu os seguintes eixos temáticos: I desafios para a efetivação do direito humano à saúde no século XXI; estado, sociedade e padrões de desenvolvimento; II políticas públicas para a saúde e qualidade de vida: o SUS na seguridade

social e o pacto pela saúde; III a participação da sociedade na efetivação do direito humano à saúde. Dentre os temas relacionados à gestão de recursos humanos, estavam inseridos: a depreciação salarial, funcional e a precarização dos vínculos empregatícios dos profissionais de saúde; a contratação dos trabalhadores mediante fundações, cooperativas, organizações sociais e outras alternativas existentes (Brasil, 2007a).

Além das treze conferências nacionais de saúde e das três específicas de recursos humanos, é importante ressaltar-se a realização de conferências específicas de saúde do trabalhador. No período de 1986 a 2005 foram realizadas três conferências nacionais de saúde do trabalhador - CNST. A 1º CNST realizada em um contexto que buscava viabilizar a “saúde como direito de todos e dever do estado”, discutiu os seguintes temas: diagnóstico da situação de saúde e segurança dos trabalhadores, alternativas de atenção à saúde dos trabalhadores e política nacional de saúde e segurança dos trabalhadores. A 2ª CNST (1994) teve como tema central “construindo uma política de saúde do trabalhador”. Dentre as questões discutidas, chamou a atenção para o desenvolvimento de ações de promoção e prevenção da saúde do trabalhador na lógica da integralidade com o desenvolvimento dos serviços de forma interinstitucional e multidisciplinar, envolvendo a rede pública de saúde. A 3º CNST discutiu os seguintes eixos: como garantir a integralidade das ações do estado? Como incorporar a saúde dos trabalhadores nas políticas de desenvolvimento sustentável no país? Como efetivar e ampliar o controle social em saúde dos trabalhadores? (Brasil, 2005e).

B) Atuação dos conselhos de saúde no SUS

Os conselhos de saúde, instituído pela lei 8.142/90 têm a responsabilidade de contribuir na formulação de estratégias de operacionalização de políticas de saúde e atuar no controle da execução destas políticas. A existência dos conselhos contribui na descentralização do SUS, no controle do cumprimento dos seus princípios e facilita a participação da população na gestão dos serviços de saúde.

A forma colegiada e deliberativa de seu funcionamento favorece o diálogo, a contestação e a negociação democrática das necessidades e interesses de cada segmento participante - usuários, prestadores de serviços, profissionais e governo (Brasil, 2001c).

Neste espaço democrático, a população pode exercer sua cidadania, incorporando suas necessidades e reivindicações por meio de seus representantes.

A Resolução nº 333 de 4 de novembro de 2003b referente às diretrizes para a criação, reformulação, estruturação e funcionamento dos conselhos de saúde, definiu no inciso XII, que compete aos conselhos de saúde: aprovar, encaminhar e avaliar a política para os recursos

humanos do SUS. Esta responsabilidade, em âmbito municipal, pode revestir-se de ações importantes como o acompanhamento das transferências dos trabalhadores dentro do município garantindo a manutenção dos serviços nas áreas mais distantes; discussões sobre contratação, Plano de Carreira, Cargos e Salários e proposição de programas de educação permanente para os trabalhadores do SUS.

Conforme os Princípios e Diretrizes da NOB-RH/SUS, a gestão do trabalho deverá ser submetida aos fóruns de participação popular (Conferências de Saúde) e de controle social do SUS (Conselhos de Saúde), devendo incluir nas discussões, questões como: concurso e seleção públicos; lotação do trabalhador; desenvolvimento dos trabalhadores com base na realidade epidemiológica local e Plano de Carreira, Cargos e Salários (PCCS). Deverão ser constituídas, no âmbito dos estados e municípios Comissões Intersetoriais de Recursos Humanos dos conselhos para acompanhar a implementação das deliberações acerca do trabalho no SUS, na respectiva instância de gestão. A norma também aponta como responsabilidade dos conselhos a realização de denúncias junto ao Ministério Público em razão da prestação insuficiente ou de baixa qualidade dos serviços de saúde, gerada pela falta de profissionais ou devido à sua baixa qualificação. Cabe ainda aos Conselhos de Saúde o estímulo à organização de mesas permanentes de negociação na sua respectiva região (BRASIL, 2005a, p.75-78).

2.2.4 Saúde do trabalhador no SUS

Saúde do trabalhador significa ter condições dignas de vida; emprego; trabalho estável e bem remunerado; lazer; organização e participação livre, autônoma e representativa de classe; informação sobre todos os dados acerca da relação vida, saúde, trabalho; acesso a serviços de saúde, com capacidade resolutiva, em todos os níveis; recusa ao trabalho que desconsiderem os direitos. O direito à saúde precisa expressar também o direito ao trabalho, à informação, à participação e ao lazer (BRASIL, 2005e).

Cabe diferenciar saúde ocupacional - termo utilizado na NOB-RH/SUS - de saúde do trabalhador, conceito atualmente utilizado nas políticas públicas de saúde.

Conforme Mendes e Dias (1991), saúde ocupacional surge como alternativa para atuação sobre o ambiente, com organização de equipes multiprofissionais e ênfase na higiene industrial. É uma concepção baseada na multicausalidade que reconhece a interação dos agentes físicos, químicos, mecânicos e biológicos como causadores de acidentes e doenças;

valoriza aspectos externos ao trabalhador. Saúde do trabalhador tem como objeto a relação saúde/doença dos grupos humanos no trabalho. Busca entender o adoecimento por meio do estudo do processo de trabalho; baseia-se na determinação social do processo saúde/doença.

A saúde do trabalhador é condição indispensável para o desenvolvimento das atividades nos ambientes de trabalho. Trabalhar na saúde significa estar sujeito a diversos fatores de riscos causadores de agravos, doenças, lesões e acidentes de trabalho provocados por riscos biológicos, sofrimentos psíquicos, físicos, químicos e problemas ergonômicos. A saúde dos trabalhadores constitui-se em um valor social público que demanda o estabelecimento de políticas, planos programas, projetos e ações de promoção e proteção da saúde, controle e vigilância de riscos, prevenção e identificação de agravos, recuperação e reabilitação da saúde, da capacidade de trabalho e da qualidade de vida (BRASIL, 2005a).

O desenvolvimento de ações em saúde do trabalhador pressupõe a realização de atividades de prevenção, promoção e assistência à saúde, incluindo a organização do processo e do ambiente de trabalho; informação, capacitação e envolvimento dos trabalhadores, além de ações de notificação de acidentes e acompanhamento do perfil epidemiológico de morbimortalidade dos trabalhadores (CARNEIRO, 2006).

No Brasil, o sistema público já atendia aos trabalhadores ao longo da sua história assim como os demais usuários. Porém, a prática que considera os impactos do trabalho no processo saúde-doença surgiu a partir da Constituição Federal e da criação do SUS. O artigo 200 da Constituição Federal define que compete ao Sistema Único de Saúde, além de outras atribuições, a execução de ações de vigilância sanitária, epidemiológica, e de saúde do trabalhador. A Lei Orgânica da Saúde, que regulamentou o SUS e sua competência na saúde do trabalhador, considera o trabalho como fator determinante/condicionante da saúde (BRASIL, 2002).

As políticas para saúde do trabalhador, desenvolvidas a partir do SUS, possuem abrangência pública e privada atendendo o trabalhador enquanto cidadão, empregado ou não. Envolve uma abordagem intra-setorial, multiprofissional e interdisciplinar dentro dos três níveis de gestão e ainda intersetorial articulada com a Previdência Social e outros setores relacionados com as políticas e com a participação do trabalhador (BRASIL, 2005e).

Na década de 90, a institucionalização das ações de Saúde do Trabalhador foi organizada por meio de Centros de Referência, ancorados em sua maioria nas Secretarias Municipais de Saúde, em serviços de hospitais universitários e em ações sindicais. A estratégia adotada permitiu avanços setoriais, acúmulo de experiências e de conhecimentos

técnicos e a capacitação dos profissionais, mas se manteve à margem das políticas de saúde do SUS (HOEFEL; DIAS; SILVA, 2005).

No final de 2002, foi criada a Rede Nacional de Assistência à Saúde do Trabalhador – RENAST, como forma de viabilizar a inserção da Saúde no Trabalhador no SUS. A rede foi estruturada a partir dos Centros de Referência, das unidades e dos municípios sentinelas, com a responsabilidade de desenvolver metodologias e organizar o fluxo de atendimento junto à rede básica, média e alta complexidade. Neste modelo, cabe aos Centros de Referência atuar como pólos irradiadores de informações sobre produção social das doenças causadas pelo processo de trabalho e informações de interesse da saúde do trabalhador, além de viabilizar as ações de vigilância, facilitar os processos de educação permanente para os trabalhadores do SUS e controle social, e facilitar pactuações intra e inter-setoriais (HOEFEL; DIAS; SILVA, 2005).

Apesar da diversidade de iniciativas, muitas dificuldades ainda se apresentam no campo da saúde do trabalhador, como a falta de informações, que dificulta uma visão mais clara sobre a realidade no país. O Brasil possui uma população economicamente ativa de 82.902.480 pessoas. Apenas 22.903.311 são formalmente registrados pela Previdência Social (trabalhadores com carteira assinada) ficando fora das estatísticas os trabalhadores informais, os domésticos e os servidores públicos. Além disso, a responsabilidade pelas ações nesta área está fragmentada em três setores de governo: Trabalho e Emprego, Saúde e Previdência Social. (BRASIL, 2005e).

No serviço público, problemas de saúde relacionados ao trabalho geram para o Estado baixa eficiência, dificultando o planejamento e funcionamento da máquina administrativa de forma eficaz, gerando perdas financeiras e econômicas. A redução do tempo de vida laboral do servidor em função das aposentadorias por invalidez ocasiona sobrecarga nos custos de manutenção de pessoal em função da necessidade de renovação do quadro antes do tempo previsto. Estudos apontam que cada unidade de real gasto em saúde do trabalhador pode gerar uma economia no processo da ordem de dezesseis reais (JUNIOR, 2005e). Isso significa, que investir na saúde do trabalhador pode gerar economia para o Estado e melhorar a qualidade de vida dos trabalhadores.

Segundo Júnior (2005e), no ano de 2003, para cada 1.000 servidores públicos civis federais, 26 se afastaram do serviço por mais de três dias e não se conhece quanto destes afastamentos estavam associados ao trabalho. As lesões por esforços repetitivos foram responsáveis por cerca de 17,8% dos afastamentos; a depressão e a saúde mental superaram 5%

dos afastamentos; a hipertensão e o diabetes superam a média nacional de prevalência da doença.

Pesquisa realizada no ano de 2007, analisando a série histórica dos afastamentos do trabalho por problemas de saúde dos servidores públicos estaduais da Secretaria de Estado da Saúde e da Secretaria de Estado de Administração, em Santa Catarina, no período de 1995 a 2005, revelou que os principais motivos dos afastamentos do período estavam relacionados aos transtornos mentais e comportamentais (25,30%), doenças do sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo (20,54%), fatores que influenciam o estado de saúde e o contato com os serviços de saúde (15,16%), lesões, envenenamentos e algumas outras causas externas (10,31%) e doenças do aparelho circulatório (6,57%). Dentro do grupo transtornos mentais e comportamentais, os casos mais frequentes foram os transtornos depressivos moderados e os episódios depressivos representando 32,32% dos casos (CUNHA, 2007).

Os problemas relacionados à saúde dos trabalhadores são, muitas vezes, atribuídos à incapacidade da gestão em manter controle sobre a questão e as razões dos problemas de saúde dos trabalhadores nem sempre são buscadas. O gestor local, sempre ocupado com os resultados do trabalho, encontra dificuldades em gerenciar a saúde dos seus trabalhadores. Assim, opta por considerar que a questão da saúde deva ser resolvida pela medicina e não pela gestão. A área de recursos humanos, dependente das políticas governamentais, cria mecanismos que dificultam o acesso à assistência médica, atuando de forma burocrática, com o foco na redução do absenteísmo e não procura desenvolver mecanismos que melhorem a qualidade de vida sobre o servidor público. A idéia estereotipada de servidor público como “fraudador de licenças” e a visão de que a saúde pode ser controlada pelo próprio indivíduo, geram mecanismos de repressão pelo aparecimento de doenças no trabalho (CARNEIRO, 2006). Para este autor, a descontinuidade das políticas públicas, o desconhecimento da legislação, a baixa participação dos trabalhadores e a incipiente atuação sindical também dificultam o desenvolvimento de ações de saúde do trabalhador no serviço público.

O distanciamento das áreas que gerenciam as pessoas e a área de saúde do servidor é outro fator que dificulta a intervenção sobre o processo “saúde-trabalho-adoecer”. Além disso, a perícia médica atua de forma isolada não conseguindo intervir sobre o perfil de morbimortalidade. Com este isolamento, limita-se à preocupação com os impedimentos e incapacidades e não com as habilidades e possibilidades.

No campo intra-organizacional, a saúde do trabalhador está inserida nas práticas de gestão de pessoas e deve incorporar práticas e concepções de saúde pública, tanto nas questões de assistência, como na prevenção dos problemas e na melhoria do ambiente de

trabalho (CARNEIRO, 2006). Para tanto, o desenvolvimento de programas locais deve estar alinhado às macro-políticas existentes.

Para Junior (2005), não é necessário um tratamento especial para os problemas de saúde do servidor público. A institucionalização e a capilarização da política de saúde do trabalhador também para a administração pública são suficientes. Contrariamente a esta lógica Júnior, Soares e Filho (2003) consideram que o espaço público possui um ambiente de trabalho específico, e como tal, requer intervenções específicas.

No âmbito do SUS, independente da política geral de saúde do trabalhador, a Norma Operacional Básica de Recursos Humanos – NOB-RH/SUS atribuiu um conjunto de responsabilidades para os gestores das três esferas de governo direcionado à saúde dos trabalhadores do SUS, que teoricamente integram as políticas setoriais e possibilitam um direcionamento das ações em saúde do trabalhador.

De acordo com esta norma cabe aos gestores: o custeio, o desenvolvimento, a implementação e a fiscalização do cumprimento das medidas previstas para o trabalhador do SUS e a fiscalização do cumprimento das normas de saúde e segurança dos trabalhadores contratados e conveniados; garantia de recursos orçamentários para atenção à saúde de seus trabalhadores do SUS; articulação e integração dos setores e programas do sistema de saúde; normatização dos serviços de atenção à saúde ocupacional dos trabalhadores do SUS em seu âmbito de competência; inclusão das questões de saúde do trabalhador nos Planos de Carreira, Cargos e Salários (PCCS); capacitação e o desenvolvimento dos trabalhadores em saúde do trabalhador; garantia de recursos para o desenvolvimento de estudos e pesquisas nesta área (BRASIL, 2005a).

A efetivação destas responsabilidades articuladas com as demais ações da política de saúde do trabalhador pode resultar na proteção e promoção da saúde no trabalho na SUS. Para tanto, se faz necessário superar o campo normativo, buscar as causas dos problemas de adoecimentos originadas no processo de trabalho na saúde e investir de forma contínua em ações preventivas e assistenciais para os trabalhadores do SUS.

2.3 Políticas de recursos humanos na saúde em Santa Catarina

A gestão de recursos humanos na saúde, em Santa Catarina, é realizada por meio de políticas nacionais, estaduais e municipais, executadas pelos estados e municípios. Na gestão estadual, observam-se pequenos avanços nas últimas décadas. A partir de 1993 registram-se algumas transformações organizacionais importantes na estrutura do estado, destacando-se:

A Lei Complementar 01/93 de Santa Catarina, criou o Centro de Desenvolvimento de Recursos Humanos em Saúde – CEDRHUS, subordinado à Secretaria de Estado da Saúde, com a finalidade de “fixar e executar a Política Estadual de Recursos Humanos em Saúde, bem como, nortear e realizar as ações relacionadas especificamente com a formação e educação em serviço dos profissionais da rede do Sistema Único de Saúde e com o desenvolvimento de estudos e pesquisas em saúde coletiva” (art. 2º). Vinculadas ao CEDRHUS foram instituídas a Escola de Formação Técnica em Saúde - EFOS e a Escola de Especialização em Saúde Coletiva que não se firmou como escola legalmente instituída, limitando à contratação de cursos de outras instituições direcionados aos servidores da SES.

Em 2005, a Lei Complementar Estadual nº 284/05 transformou a Gerência de Recursos Humanos da SES em Diretoria de Desenvolvimento Humano e criou também a Escola de Saúde Pública Professor Osvaldo de Oliveira Maciel, para atuar no campo da formação de nível superior e de pós-graduação. A Escola obteve sua autorização de funcionamento junto ao Conselho de Educação no ano seguinte, podendo atuar enquanto instituição educacional em âmbito estadual. A mudança estrutural mencionada manteve o funcionamento da EFOS com foco na formação técnica para o SUS.

A partir de 2007, com a nova Reforma Administrativa do governo estadual, a Lei 381/2007 transformou a Diretoria de Desenvolvimento Humano em Diretoria de Educação Permanente. Esta mudança de nomenclatura foi acompanhada de ampliação das funções incorporando-se à estrutura organizacional novas responsabilidades como a Residência Médica, Programas Novos Valores (bolsas de estágio) e Ciência & Tecnologia, atividades realizadas por outras áreas da SES. Incorporaram-se também, a proposição e o desenvolvimento de políticas de gestão do trabalho para o SUS, junto aos municípios, a partir dos compromissos assumidos pelo estado no Pacto de Gestão. Estas recentes alterações apontam para uma tendência a ampliação do escopo de atuação da área incorporando na mesma estrutura ações de educação para a saúde e gestão do trabalho para o SUS que estavam fragmentadas na estrutura estadual ou ainda não eram desenvolvidas.

Quanto ao desenvolvimento das políticas de recursos humanos em Santa Catarina, percebe-se maior avanço na educação dos trabalhadores.

As ações de educação para o trabalhador da saúde encontram-se majoritariamente relacionadas com a implantação e coordenação de políticas promovidas ou financiadas pelo Ministério da Saúde. Apesar das mudanças estruturais, o desenvolvimento das ações educacionais pelo Estado ainda enfrenta a falta de interação entre as áreas e a limitação de recursos, o que dificulta a efetivação de políticas sistemáticas.

A formação técnica para o SUS, desenvolvida pelas Escolas Técnicas do SUS: Escola de Formação em Saúde – EFOS e a Escola Técnica de Saúde de Blumenau contribuiu na qualificação de trabalhadores já vinculados aos serviços de saúde e também na formação de mão-de-obra necessária à inserção no sistema.

No período de 1995 a 1999 a EFOS formou 719 técnicos de nível médio em diversas áreas. Em 2006, o Sistema de Informações Gerenciais – SIG/PROFAE registrou o desempenho da EFOS com a formação de 5.627 auxiliares e técnicos de enfermagem nas diversas regiões do estado. A Escola Técnica de Saúde de Blumenau formou entre 1995 a 1999, 97 Auxiliares de Enfermagem, 18 Técnicos em Higiene Dental e 15 Auxiliares de Consultório Dentário (GALVÃO et al, 2006). Esta dinâmica foi possibilitada basicamente pelo Programa de Formação dos Trabalhadores da Área de Enfermagem – PROFAE, do MS que durante vários anos estimulou a preparação de trabalhadores para atuação na área de enfermagem em todo o país e, ao mesmo tempo, impulsionou a organização e o funcionamento das Escolas Técnicas do SUS.

O desenvolvimento de cursos de capacitação e de pós-graduação direcionados aos municípios catarinenses, de forma geral, acompanhou o desenvolvimento das políticas nacionais.

Em dezembro de 1996 foi criado o Pólo de Capacitação em Santa Catarina (SC), com o objetivo de desenvolver ações educativas para trabalhadores dos municípios que aderiram ao PSF e ao Programa de Agentes Comunitários de Saúde - PACS.

O Pólo atuava por meio da articulação da SES e de cinco universidades que mantinham cursos de medicina e/ou enfermagem. Em 28 de fevereiro de 1997, a SES/SC criou o Pólo de Capacitação, Formação e Educação Permanente para o Programa Saúde da Família, por meio da Portaria n.º 0176, composto pelas seguintes instituições: SES/SC, Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), Universidade do Oeste de Santa Catarina (UNOESC), Universidade do Sul de Santa Catarina (UNISUL), Universidade do Vale do Itajaí (UNIVALI), Universidade Regional de Blumenau (FURB), Secretarias Municipais de Saúde (SMS) de Criciúma, Florianópolis, Joinville, Blumenau e Lages. Com a criação deste Pólo foram implantados cinco Núcleos Regionais de Estudos e Capacitação em Saúde da Família (NRECSF), formados por um representante de cada município que participa do PSF e do PACS, um representante de cada universidade e um representante da SES. Estes Pólos existiram até dezembro de 2003, cabendo a SES, a coordenação geral e às universidades a coordenação dos núcleos regionais (SANTOS, 2007).

Com a implantação da Política Nacional de Educação Permanente, instituída pela portaria GM/MS 198/200d, a estratégia para desenvolvimento de capacitações para saúde da família foi ampliada, estendendo-se aos demais trabalhadores do SUS e envolvendo na construção das ações, gestores, trabalhadores, usuários e controle social. Santa Catarina acompanhou a política nacional e implantou doze Pólos de Educação Permanente, em substituição aos Núcleos de Capacitação em Saúde da Família.

Pesquisa realizada por Santos (2007), avaliando vinte e seis projetos de educação permanente executados no período de 2004 a 2006 no Estado, identificou que estes projetos tiveram uma destinação de público alvo bastante variado indo além da ESF. Segundo a autora, do total de projetos executados, seis projetos estão relacionados à gestão, dezoito à atenção, e apenas um ao controle social, indicando a precária inserção do controle social nos processos educativos.

Outra ação importante para os municípios, foi o ressurgimento do “Projeto de Desenvolvimento Gerencial de Unidades Básicas do Sistema Único de Saúde – GERUS”- desenvolvido pela Escola de Saúde Pública Prof^o Osvaldo de Oliveira Maciel, a partir de 2006, em conjunto com o Ministério da Saúde, como forma de aperfeiçoar a gestão das unidades de saúde dos municípios.

Quanto à gestão do trabalho no estado, se observam poucos avanços nesta direção. A tendência à municipalização impulsionada nacionalmente pelos princípios do SUS e pela reforma administrativa estadual buscou desconcentrar a gestão da Secretaria Estadual de Saúde para as regiões e seus municípios. Contrariamente a esta lógica, a gestão do trabalho encontrava-se até 2006, totalmente sob responsabilidade dos municípios, sem apoio do estado. Com o pacto de gestão estadual, a responsabilidade por esta política em nível estadual passou a ser discutida.

As dificuldades na gestão do trabalho nos municípios catarinenses podem ser percebidas, assim como nos demais estados, principalmente nas Equipes de Saúde de Família. Pesquisa realizada pelo DAB a partir de dados do Monitoramento da implantação das ESF, 2001 e 2002, demonstrou que 2,8% dos ACS de Santa Catarina possuíam vínculo estatutário assemelhando-se ao Rio Grande com Sul (2,1%), abaixo da média do Sul do Brasil que foi de 5,9%. Ficou evidenciado que no estado também existiam diversas formas de contratação de ACS e situações de ilegalidade explícita com a existência de “contratos informais” e “contratos verbais”. (PIERANTONI; PORTO, 2006).

A solução destes problemas está associada ao desenvolvimento de políticas que facilitem a contratação legal dos trabalhadores, que contribuam para o custeio das despesas

com pessoal e que abram caminhos para negociação no trabalho de forma a permitir o reconhecimento de direitos trabalhistas.

Para atuar sobre as questões de negociação do trabalho, o estado implantou em outubro de 2004, a Mesa Estadual de Negociação Permanente, por meio da Resolução 006/2004 do Conselho Estadual de Saúde. Em 2005, a Portaria Estadual nº 724, de 03/08/2005, designou como representantes da mesa: dois representantes da Secretaria de Estado da Saúde, dois representantes do COSEMS e quatro representações sindicais. Apenas em agosto de 2006, a mesa iniciou seus trabalhos, tomando como base a pauta inicialmente definida: salário (reposição, reajuste, isonomia); jornada de trabalho; cargos na saúde; direitos e conquistas sindicais nas reformas de estrutura do SUS; mecanismos de gestão de recursos humanos no SUS; outros itens a critério da mesa.

Outro acontecimento importante para o estado foi a realização da 1ª Conferência Estadual de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, em 2005, seguindo as proposições da Conferência Nacional. Os eixos de discussão foram agrupados em gestão do trabalho e educação na saúde, sendo discutidas questões como: a desprecarização dos vínculos de trabalho no SUS; planos de carreira, cargos e salários para o SUS (PCCS-SUS); negociação do trabalho no SUS; regulação do trabalho em saúde; fortalecimento da capacidade gestora em estados e municípios; financiamento da gestão do trabalho; formalização e execução da educação na saúde; Pólos de educação permanente; graduação das profissões da saúde orientada para o SUS; interação com o movimento estudantil da área da Saúde; residência e especialização em serviço na área da saúde; serviço civil profissional em saúde; profissionalização técnica em saúde; interação com os usuários para um trabalho centrado nas necessidades sociais por saúde; educação e ensino nos hospitais universitários e auxiliares de ensino; formação dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) e financiamento da educação na saúde (BRASIL, 2005b).

2.3.1 Composição da força de trabalho na saúde em Santa Catarina

O mercado de trabalho na saúde tem se comportado de maneira diferenciada das políticas setoriais de emprego alterando seu perfil quantitativo e qualitativo. O nível de emprego e renda no setor cresceu na última década, representando mais de 10% da massa salarial gerada na economia formal do país. Considerando a evolução setorial, o crescimento

dos empregos em nível municipal elevou o setor público à posição de maior empregador no setor saúde (BRASIL, 2004e)

Em Santa Catarina, no ano de 2005, conforme dados da pesquisa da Assistência Médico - Sanitária, o número de empregos na saúde foi de 79.859 vagas, localizadas 53,3% no setor público e 46,7% no setor privado. Estas vagas estavam distribuídas em: 1,9% na gestão federal, 10,3% na gestão estadual e 41,1% na gestão municipal, 24,5% no setor privado com fins lucrativos e 22,2% no setor privado sem fins lucrativos (BRASIL, 2007b).

Quanto ao nível de escolaridade dos empregos de saúde no estado, no ano de 2005, observou-se que a maioria destinou-se a profissionais de nível superior, seguido pelo e nível técnico e posteriormente pelo fundamental disponível na grande maioria no setor público. Diferentemente da distribuição nacional, as vagas de nível superior e técnico/auxiliar encontravam-se localizadas em sua maioria no setor privado.

Tabela 1 - Proporção de empregos de saúde por nível de escolaridade no Brasil, Região Sul e Santa Catarina- 2005

Esfera	Brasil			Região Sul			SC		
	Sup	Tecn/Aux	Fund	Sup	Téc/Aux	Fund	Sup	Tecn/Aux	Fund
Público federal	4,1	4,7	2,0	4,0	5,9	1,1	1,2	3,4	0,3
Público estadual	12,5	16,5	7,0	4,4	7,7	3,1	7,2	14,7	1,4
Público municipal	34,1	32,9	84,0	33,3	27,9	84,1	39,6	30,9	90,6
Subtotal público	50,7	54,1	93,1	41,7	41,5	88,4	48,0	49,0	92,3
Subtotal privado	49,3	45,9	6,9	58,3	58,5	11,6	52,0	51,0	7,7
Total	870.361	751.730	274.088	136.274	112.395	32.108	29.151	23.802	9.668

(BRASIL, 2007b) Fonte: IBGE – Pesquisa Médico Sanitária, 2005.

Os dados da tabela 1 demonstram que para todos os níveis de escolaridade a maioria das vagas dos empregos de saúde no setor público do estado está localizada na esfera municipal. Observa-se uma grande concentração de trabalhadores nos municípios ocasionada pela descentralização dos serviços de saúde a partir da implantação do SUS. Dados do Departamento de Atenção Básica demonstram que em 2005 Santa Catarina possuía 8.955

Agentes Comunitários de Saúde (1,53/1000hb) e 1.167 Equipes de Saúde da Família, que ampliaram sensivelmente os postos de trabalho no setor saúde.

Quanto ao número de profissionais disponível no mercado, dados dos Conselhos Profissionais (Tabela 2) demonstram que as categorias de Médico, Odontólogo, Educação Física, Técnicos e Auxiliares de Enfermagem do estado, em 2005, possuíam mais de um profissional por mil habitantes, representando as categorias com melhor distribuição com relação à população. As categorias de Nutricionistas, Fisioterapeutas, Biólogos e Psicólogos em SC apresentaram uma relação menor do que a encontrada no Brasil e na Região Sul.

Tabela 2 - Disponibilidade de profissionais de saúde (por 1.000 habitantes), no Brasil, Região Sul e Santa Catarina - 2005

Profissões	BR	Região Sul	SC
Médicos	1,71	1,75	1,56
Odontólogos	1,15	1,21	1,21
Enfermeiros	0,65	0,74	0,69
Nutricionistas	0,21	0,27	0,19
Fisioterapeutas	0,42	0,45	0,37
Terapeutas OC.	0,05	0,04	0,04
Educação Física	0,76	1,06	1,47
Assistentes Sociais	0,34	0,30	0,37
Biólogos	0,20	0,25	0,17
Farmacêuticos	0,55	0,86	0,89
Psicólogos	0,82	0,78	0,70
Técnicos de Enf.	1,34	1,92	1,62
Auxiliares de Enf.	1,99	2,67	2,32

Fonte: Ministério da Saúde, DEGERTS/Conprof (BRASIL, 2007b) – Elaborada a partir de informações dos Conselhos Federais, situação em dez/2005

Considerando a força de trabalho da saúde empregada, que atua no SUS em Santa Catarina, dados do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde - CNES, demonstram que, em maio de 2007, havia 58.469 trabalhadores cadastrados. A distribuição dos trabalhadores do SUS, apresentada na tabela 3, está concentrada nas regiões da Grande Florianópolis e Vale do Itajaí. Esta concentração está relacionada à população de cada região

que influencia diretamente na organização dos serviços públicos de saúde. Vale ressaltar que o cadastro do CNES inclui apenas os trabalhadores que atuam diretamente em funções ligadas à saúde.

Tabela 3 - Trabalhadores do SUS de Santa Catarina, vinculados à administração direta federal, estadual e municipal - maio de 2007.

MACRORREGIÕES	NÚMERO E % DE TRABALHADORES*	
Grande Florianópolis	11.915	20,4%
Extremo Oeste	7.044	12,0%
Meio – Oeste	5.764	9,9%
Vale do Itajaí	11.884	20,3%
Região Sul	8.085	13,8%
Região Nordeste	8.241	14,1%
Planalto Norte	2.565	4,4%
Planalto Serrano	2.971	5,1%
Total	58.469	100%

Fonte: Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde

A remuneração dos profissionais do estado de SC nas categorias de Cirurgiões Dentistas, Veterinários e Zootecnistas no ano de 2005, apresentou-se acima das médias nacionais (Tabela 4). As médias salariais por hora de trabalho de todas as demais categorias apresentaram-se inferiores à média nacional. Considerando-se todas as categorias, a média geral dos salários pagos por hora de trabalho foi de 8,58 no estado e 8,92 no país demonstrando que os salários dos profissionais de saúde em Santa Catarina foram menos atrativos do que em alguns outros estados.

Tabela 4 - Salários médios em reais (SM-R\$), média de horas semanais contratadas (MHSC), média salarial por hora (MSH-R\$), por ocupações de saúde (regime CLT) no Brasil (BR) e Santa Catarina (SC) – janeiro à dezembro de 2005

OCUPAÇÃO	SM-R\$		MHSC		MSH-R\$	
	BR	SC	BR	SC	BR	SC
Médicos	2.373,01	2.599,49	25,74	29,08	23,05	22,35
Cirurgiões-Dentistas	1.549,89	1.595,77	29,16	28,82	13,29	13,84
Veterinarios e zootecnistas	1.798,78	2.248,66	39,6	41,69	11,36	13,48
Farmacêuticos	1.381,24	1.081,18	41,23	42,31	8,38	6,39
Enfermeiros	1.693,14	1.541,47	38,24	40,45	11,07	9,53
Fisioterapeutas e Fonoaudiólogos	1.008,56	708,19	30,66	28,86	8,22	6,13
Nutricionistas	1.128,99	1.013,76	40,86	38,42	6,91	6,60
Psicólogos e Psicanalistas	1.197,77	1.091,40	34,41	32,77	8,70	8,33
Assistentes Sociais e economistas domésticos	1.230,40	1.048,86	37,77	36,4	8,14	7,20
Técnicos e Aux. de Enfermagem	663,93	653,55	39,52	41,76	4,20	3,91
Ópticos Optometristas	622,31	619,26	43,11	43,67	3,61	3,55
Técnicos em eq. médicos odontológicos	801,10	896,25	30,36	27,94	6,60	8,02
Agentes Comunitários de Saúde	410,73	362,71	41,93	40,17	2,45	2,26

Fonte: UFMG /NESCON – Sinais de Mercado de Trabalho, elaborada a partir dos dados do CAGED/MT, 2005. (BRASIL, 2007b)

2.4 Avaliação na saúde

Na sociedade atual, a produtividade, a qualidade e a eficiência são exigidas tanto do setor privado como do setor público. Frente à conjuntura fiscal e econômica é necessário organizar a ação do Estado de forma lógica e evitar improvisações que afetem o erário e o bem-estar da população (LIMA, 2005).

A necessidade de maximizar o uso dos recursos aplicados nos programas sociais fez com que a avaliação ganhasse importância na gestão pública. Os economistas iniciaram a utilização de métodos de análises de custos para os programas públicos servindo como instrumento de gestão capaz de aperfeiçoar a ação governamental (CALVO; HENRIQUE, 2006).

Outra contribuição importante da avaliação na esfera pública está associada ao papel da gestão perante o sistema e a sociedade. Com a necessidade de fortalecimento da democracia, a avaliação pode ser utilizada como mecanismo de responsabilização (accountability) que expressa a transparência e o compromisso do gestor perante terceiros (SILVA; FREITAS, 2005).

Mesmo com a importância que a avaliação adquiriu nos últimos anos no país, algumas áreas têm avançado muito lentamente no uso de mecanismos avaliativos. Na área de recursos humanos, por exemplo, a avaliação é tradicionalmente realizada para avaliar o desempenho dos trabalhadores quanto aos comportamentos e atitudes. Os problemas relacionados à gestão das políticas de recursos humanos nem sempre são detectados com o uso desta forma de avaliação.

No campo da saúde, o escasso conhecimento sobre o resultado das políticas, programas e projetos tem exigido dos governos e agências financiadoras a busca de metodologias de monitoramento e avaliação (BRASIL, 2004b). A avaliação serve a diversos interesses: aos tomadores de decisão para gerar informações necessárias; aos trabalhadores para observar seu desempenho e dos projetos que realizam; os financiadores para acompanhar os investimentos realizados; à população para verificar se os projetos atendem às suas expectativas (MALIK; SCHIESARI, 1998).

Concordando com esta idéia, Silva e Formigli (1994) afirmaram que a utilização da avaliação como prática sistemática na saúde poderia propiciar aos seus gestores as informações necessárias para a intervenção. Muitas informações registradas nos serviços não são utilizadas para a tomada de decisões. Estas informações poderiam constituir-se em uma base importante para o monitoramento contínuo das ações de saúde.

A avaliação tem sido utilizada pelo Ministério da Saúde para subsidiar a elaboração de políticas e programas e divulgar seus resultados (FELISBERTO, 2006). Neste sentido, vem se delineando no país, uma política de institucionalização da avaliação da atenção básica com o objetivo de transformá-la em uma estratégia presente nas diversas ações, projetos e políticas. Pretende-se incorporá-la ao cotidiano dos gestores e profissionais, partindo de uma visão abrangente dos processos de avaliação. Para a participação do gestor e dos profissionais neste processo, foi necessário investir na estratégia de “aculturação” da avaliação. A institucionalização da avaliação está associada ao desafio de consolidação do SUS por meio da qualificação das práticas, possibilitando maior resolutividade na atenção básica (FELISBERTO, 2006).

O Ministério da Saúde desencadeou, nos últimos anos, duas propostas que incentivaram sobremaneira o desenvolvimento de mecanismos de avaliação na saúde, particularmente na atenção básica: o Projeto de Expansão e Consolidação do Programa de Saúde da Família - PROESF e a Avaliação para Melhoria da Qualidade da Estratégia Saúde da Família – AMQ.

O PROESF tem como objetivo monitorar a implantação e implementação dos projetos municipais de expansão e consolidação da Estratégia Saúde da Família, avaliar o alcance das metas acordadas e seu efeito sobre a prestação das ações desenvolvidas. Está composto por um conjunto de propostas destinadas a estruturar e implementar metodologias e instrumentos de monitoramento e avaliação de processo e desempenho. A proposta foi desenvolvida por meio dos seguintes eixos: indicadores da atenção básica; indicadores de incentivos municipais; indicadores que espelham iniciativas de fortalecimento da capacidade de organização e gestão do sistema local de saúde; indicadores de metas físicas e de avaliação da capacidade de implementação das ações (BRASIL, 2004e).

A proposta do AMQ tem como finalidade a aproximação entre a avaliação e a idéia da qualidade, possibilitando aos municípios a apropriação de princípios, métodos e ferramentas para a condução própria deste processo. Na intenção de superar os limites gerados por concepções históricas e culturais, a proposta apresenta a avaliação como instrumento de uso contínuo necessário para a tomada de decisões e a qualidade como atributo indispensável para o SUS. A condução desta proposta cria mecanismos para a apropriação das concepções por qualquer profissional envolvido com a ESF.

O Conselho Nacional de Secretários de Saúde - CONASS igualmente tem interesse pelas questões de avaliação na atenção básica. No documento “Acompanhamento e avaliação da atenção primária” (BRASIL, 2004b), sugere alguns princípios para a realização de projetos de avaliação na atenção primária no país:

- participação: a avaliação deve envolver todas as pessoas que têm interesse legítimo na iniciativa que está sendo avaliada;
- múltiplos métodos: a avaliação deve ser projetada utilizando-se elementos de vários campos disciplinares, aproveitando vários procedimentos de coleta de dados, para obtenção de um conjunto de informações relevantes de processo e de resultado;
- capacitação: a avaliação deve servir para aprimorar a capacidade dos indivíduos, organizações e governo quanto aos problemas da atenção primária;
- adequabilidade: a avaliação deve ser planejada considerando a complexidade da intervenção e seu impacto ao longo prazo.

A avaliação é tratada sob vários conceitos e metodologias com o uso de abordagens diversas. Esta variedade demonstra que a avaliação ainda se encontra em estágio de desenvolvimento incipiente como disciplina científica e que existem múltiplas possibilidades de recortes no campo da avaliação (SILVA, 2005). A primeira dificuldade na realização da avaliação concentra-se na diversidade de terminologias presentes nos enfoques teóricos sobre o tema, com relação às abordagens, atributos e componentes (SILVA; FORMIGLI, 1994).

Para Contandriopoulos (2006), avaliação consiste em fazer julgamento de valor a respeito de intervenções ou de seus componentes, para subsidiar a tomada de decisões. Silvia e Brandão (2003), consideram a avaliação como a criação, negociação e aplicação de “critérios de análises” aplicados por meio de metodologias bem definidas, objetivando “conhecer, medir, determinar ou julgar o contexto, mérito, valor ou estado de um determinado objeto”, para favorecer aprendizagem e desenvolvimento de pessoas e das organizações.

Diversas tipologias de avaliação foram desenvolvidas ao longo do tempo, por diversos autores. Contandriopoulos (2006) classifica a avaliação em: “avaliação normativa” resultante da aplicação de critérios e normas e a “pesquisa avaliativa” elaborada por meio de procedimentos científicos.

Novaes (2000) classifica a avaliação em “pesquisa de avaliação”, “avaliação para a decisão” e “avaliação para a gestão”. A *pesquisa de avaliação* é direcionada para a produção de conhecimento a ser reconhecido pela comunidade científica desenvolvida normalmente por instituições acadêmicas, por iniciativa própria, ou por solicitação das esferas públicas responsáveis pela política a ser investigada. A necessidade de objetividade condiciona ao distanciamento dos avaliadores das equipes responsáveis pelos serviços, não implicando em não participação. Normalmente são utilizadas metodologias quantitativas. A *avaliação para decisão*, como o próprio nome sugere, tem como objetivo buscar respostas às questões que precisam ser definidas por aqueles que vivenciam o objeto avaliado. O subsídio à tomada de decisão é mais importante do que o cientificismo do conhecimento produzido. O avaliador interno passa a ter uma posição importante no processo de avaliação. São utilizadas metodologias quantitativas e qualitativas. A *avaliação para gestão* tem como intenção a geração de informações para o aprimoramento do próprio objeto avaliado. A presença do avaliador interno é condição necessária junto ao avaliador externo. Neste modelo, são predominantes as metodologias quantitativas. A informação produzida é direcionada à produção de indicadores e o resultado é a proposição de critérios ou normas a serem incorporados na utilização destes indicadores no desempenho do objeto avaliado.

O desenvolvimento da avaliação requer a definição de uma determinada abordagem, a identificação de níveis de análise, critérios e indicadores a fim de delimitar o escopo da avaliação, conduzindo-a para os objetivos propostos.

Uma das abordagens bastante conhecidas para avaliação em saúde foi apresentada por Donabedian. A proposta é composta pela tríade: estrutura-processo-resultado. O sistema de avaliação de qualidade proposto pelo autor é decorrente de uma abordagem de análise de sistemas. Na estrutura são considerados os recursos humanos, físicos, materiais e financeiros. No processo são considerados as atividades e procedimentos e os resultados referem-se aos produtos finais das ações realizadas (BRASIL, 2001b). Inicialmente criada para avaliar aspectos do atendimento clínico, esta proposta tem apresentado limitações quanto à abrangência da classificação e redução da realidade (SILVA, 2005).

Quanto à definição dos níveis de análise, Silva (2005), considera que as avaliações em saúde podem ser realizadas a partir de ações, serviços, estabelecimentos e sistema. Nestes campos, as avaliações de políticas, programas e projetos podem recortar todos os níveis apresentados. Calvo e Henrique (2006) apresentam a idéia de níveis como objetos de avaliação, classificando-os como: *sistema de saúde* onde são analisados aspectos econômicos, técnicos, sociais e culturais, *programas e serviços* que inclui a análise de insumos, produtos e resultados e *procedimentos e ações* que considera estrutura, processo e resultado.

Na definição dos atributos ou critérios avaliativos observam-se diversas possibilidades de composição de acordo com o objetivo da avaliação e o campo de análise. Cada avaliador acaba por desenvolver uma arquitetura específica de avaliação. Ressalta-se aqui, a proposição de Vieira da Silva (2005), que sugere um amplo agrupamento de atributos para avaliação na saúde. Este agrupamento segue as seguintes características:

- disponibilidade e distribuição social dos recursos: cobertura, acessibilidade e equidade;
- efeito das ações: eficácia, efetividade, impacto;
- custo e produtividade das ações: eficiência
- adequação das ações ao conhecimento técnico e científico: qualidade técnico-científica
- adequação das ações aos objetivos e problemas de saúde: direcionalidade e consistência;
- relacionados com o processo de implantação das ações: grau de implantação e ou avaliação do processo, análise de implementação;

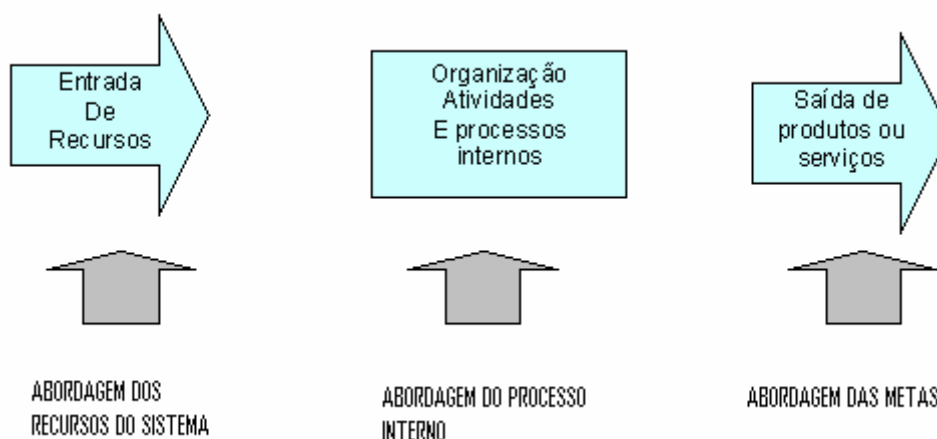
- características relacionais entre os agentes das ações: usuário versus profissional, profissional versus profissional e gestor versus profissional.

Para a avaliação da gestão de recursos humanos, Chiavenato (1999), sugere um agrupamento de critérios compostos por medidas de desempenho, medidas de adequação, medidas de satisfação dos funcionários e medidas indiretas de desempenho dos funcionários.

Nas *medidas de desempenho* podem ser inclusos dados sobre custos por unidades de resultado e custos dos programas desenvolvidos pela área de recursos humanos. Para *medidas de adequação*, o autor sugere a avaliação da adequação das ações recursos humanos a exigências legais, à missão da organização e aos objetivos definidos pela área. Em relação à *satisfação dos funcionários* pode ser investigada a percepção dos funcionários com relação a todos os aspectos que envolvem a política de recursos humanos como: salários, incentivos, capacitações, ambiente de trabalho, entre outros. Neste aspecto, informações sobre as razões do desligamento dos trabalhadores da organização podem trazer contribuições importantes. Nas *medidas indiretas de desempenho* incluem-se: índice de rotatividade de pessoal, índice de absenteísmo, índices de qualidade, taxa de desperdícios, número de solicitações de transferências e desligamento, número de greves, sugestões e reclamações dos trabalhadores, índice de acidentes de trabalho, entre outros.

Dentre os conceitos dos critérios apresentados, reforça-se a abordagem da eficácia, presente no estudo desenvolvido. O termo eficácia aparece normalmente associado ao alcance de objetivos, mas não há uniformidade nas definições conceituais. Os investigadores, de vários campos do conhecimento onde subsistem diferentes tradições de investigação, utilizam concepções e metodologias distintas trazendo, em linguagem própria, suas explicações sobre eficácia.

No campo das ciências administrativas, Dalf (2002) define eficácia organizacional como o grau em que a organização atingiu suas metas. Envolve a utilização de variáveis gerais e setoriais. A eficácia geral da organização é difícil de ser mensurada, pois, envolve múltiplas metas de diversas áreas. Os resultados gerais são interdependentes sendo necessário definir com clareza o que deverá ser avaliado. A eficácia pode ser medida também a partir da entrada dos recursos e do processo interno da organização, ou seja, saúde e eficiência interna. As abordagens contingenciais de eficácia focam diferentes partes das organizações, e são classificadas conforme figura abaixo:



Fonte: Dalf (2002, p. 61).

Figura 2 - Abordagens de Eficácia Organizacional

Abordagem baseada em recursos - a eficácia organizacional é considerada quanto à capacidade de obtenção de recursos escassos e valiosos e ao sucesso em que a organização consegue obter na incorporação e gestão destes recursos.

-Abordagem do processo interno - considera o alcance da eficácia a partir da saúde e de eficiência interna da organização. Nesta análise, a organização possui trabalhadores felizes e satisfeitos; as diversas áreas interagem para obter melhores resultados; significa a forma como a organização investe os recursos refletindo no seu desempenho.

-Abordagem de metas - considera a eficácia com base nas saídas, ou seja, resultado alcançado. Mede o progresso obtido rumo às metas estabelecidas.

Conforme Hall (1984) na literatura existe diversos modelos concorrentes sobre eficácia: modelo de recursos dos sistemas, baseado na análise da interface entre o ambiente e a organização, onde a eficácia de uma organização está relacionada à capacidade de explorar o ambiente para sua sobrevivência; modelo de metas, no qual eficácia estaria relacionada ao alcance de metas; modelos de satisfação dos participantes que utilizam os indivíduos como referência para considerar uma organização como eficaz; modelos de função social que consideram a eficácia associada ao alcance das metas relacionadas à sociedade.

No campo da saúde, desempenho e qualidade são significados que podem ser atribuídos diretamente ao conceito de eficácia. Eficácia significa a capacidade que uma tecnologia possui de produzir os efeitos desejados, em condições ideais (BRASIL, 2004b). Uma gestão eficaz ocorre quando são realizadas ações capazes de implementar as políticas

preconizadas para a área, de forma que os resultados estejam em conformidade com as metas estabelecidas.

Para a mensuração dos critérios avaliativos são utilizados indicadores com o objetivo de nortear o julgamento da avaliação. Para Tanaka (2001) indicador pode ser considerado como uma “variável, característica ou atributo” para medir aspectos relacionados à estrutura, processo ou resultado, capaz de demonstrar com maior significado aquilo está sendo avaliando. Segundo o autor, a validade do indicador depende do contexto ao qual está envolvido.

A construção dos indicadores depende da natureza das informações desejadas constituindo-se em um importante instrumento para comparar o alcance de resultados, metas e desempenhos em relação aos padrões estabelecidos.

Conforme Milioni (2005) deve haver cuidado na geração dos indicadores, pois, é necessário que haja dados disponíveis, no tempo adequado, com o menor custo possível. Além disso, os resultados obtidos com a composição dos indicadores devem ser relevantes para o estudo.

CRITÉRIOS	DESCRIÇÃO
SELETIVIDADE E IMPORTÂNCIA	Capta uma característica-chave do produto ou do processo.
SIMPLICIDADE E CLAREZA	Fácil compreensão e aplicação nos diversos níveis da organização, possuindo linguagem acessível.
ABRANGÊNCIA	Suficientemente representativa, inclusive em termos estatísticos, do produto ou do processo a que se refere: devem-se priorizar indicadores representativos de situação ou contexto global.
RASTREABILIDADE E ACESSIBILIDADE	Permite o registro, adequada manutenção e disponibilidade dos dados, resultados e memórias de cálculo [...]
COMPARABILIDADE	Fácil de comparar com referenciais apropriados [...]
ESTABILIDADE E RAPIDEZ DE DISPONIBILIDADE	Perene e gerado com base em procedimentos padronizados, incorporados às atividades do processador. Permite fazer uma previsão do resultado, quando o processo está sob controle.
BAIXO CUSTO DE OBTENÇÃO	Gerado a baixo custo [...]

Fonte: Ministério da Economia, Fazenda e Planejamento – MEFP. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada – IPEA, Programa Brasileiro da Qualidade e produtividade, 1991. (Milioni, 2005, p.15).

Quadro 1 - Cuidados na elaboração de indicadores

Um indicador ideal deve possuir alta sensibilidade e alta especificidade de modo a demonstrar os problemas relevantes para os tomadores de decisão. A escolha dos indicadores deve envolver as pessoas que irão utilizá-los para que possa representar a necessidade dos interessados. Normalmente, um indicador de forma individual não consegue espelhar uma determinada realidade, sendo necessário um conjunto deles para permitir conclusões (MALIK; SCHIESARI, 1998).

3 OBJETIVOS

3.1 Objetivo Geral

Desenvolver um modelo de avaliação da eficácia da gestão em recursos humanos na saúde, aplicado à atenção básica.

3.2 Objetivos específicos

- Definir um conjunto de indicadores aplicáveis à gestão de recursos humanos na saúde, descrevendo suas características e atributos;
- Desenvolver um modelo avaliativo para os indicadores estabelecendo as formas de juízo de valor a serem aplicadas aos resultados;
- Analisar a aplicabilidade do modelo na macrorregião da Grande Florianópolis.

4 METODOLOGIA

4.1 Características do estudo

O estudo desenvolvido consiste em uma pesquisa metodológica, direcionada a descoberta de instrumentos de captação, coleta de dados e intervenção em uma determinada realidade. Sua contribuição principal está relacionada ao estabelecimento de caminhos e procedimentos para medições posteriores (TOBAR, 2001). O produto final do estudo foi um modelo de avaliação da gestão recursos humanos do SUS, no âmbito da atenção básica.

A base conceitual do modelo fundamentou-se na classificação de avaliação para a gestão apresentada por Novaes (2000), caracterizada pela geração de informações para o aprimoramento do próprio objeto avaliado. A informação produzida é direcionada à produção de indicadores e o resultado é a proposição de critérios ou normas a serem incorporados na utilização destes indicadores no desempenho do objeto avaliado.

O modelo de avaliação seguiu os Princípios e Diretrizes para a gestão do Trabalho no SUS - Norma Operacional Básica de Recursos Humanos - NOB/RH-SUS. Este documento traz um conjunto de orientações e responsabilidades para a organização dos processos de gestão de recursos humanos de acordo com os princípios do Sistema Único de Saúde, para as três esferas de gestão. Está dividido em quatro grupos, os quais incorporam os seguintes pressupostos (BRASIL, 2005a):

- Princípios e Diretrizes para a gestão do trabalho no SUS - A gestão do Trabalho deve ser tratada como questão estratégica para possibilitar o alcance dos objetivos e metas visando a implementação do Sistema Único de Saúde. A forma como os trabalhadores são tratados e suas condições de trabalho servem como indicativo da qualidade das ações e serviços oferecidos ao usuário.
- Princípios e Diretrizes da política de desenvolvimento do trabalhador do SUS - A qualidade do novo modelo de atenção à saúde exige profissionais com formação específica, com domínio de novas tecnologias, indicando a necessidade de profissionais com novo perfil para atuar neste campo. Para tanto, é necessário o comprometimento das instituições de ensino em direcionar a formação para a nova

realidade assistencial implicando em mudanças curriculares. O redirecionamento da formação também implica na implantação de política de capacitação para docentes orientada para o SUS, na formação de gestores para mudanças dos paradigmas de gestão e na da garantia de recursos necessários ao desenvolvimento do ensino, pesquisa e extensão.

- Princípios e Diretrizes da política de saúde ocupacional para o trabalhador do SUS - A saúde ocupacional é condição indispensável para o desenvolvimento das atividades nos ambientes de trabalho. Trabalhar na saúde significa estar sujeito á diversos fatores de risco causadores de agravos, doenças, lesões e acidentes de trabalho provocados por riscos biológicos, sofrimentos psíquicos, físicos, químicos problemas ergonômicos. A saúde ocupacional constitui-se em um valor social público que demanda o estabelecimento de políticas, planos programas, projetos e ações de promoção e proteção da saúde, controle e vigilância de riscos, prevenção e identificação de agravos, recuperação e reabilitação da saúde, da capacidade de trabalho e da qualidade de vida.
- Princípios e Diretrizes para o Controle Social da gestão do trabalho no SUS – As questões referentes à gestão do trabalho, nas três esferas de gestão sempre devem ser submetidas aos fóruns de participação popular (Conferências de Saúde) e de Controle social (Conselhos de Saúde) e pactuada, antes de sua execução, entre gestores, trabalhadores e usuários do sistema.

4.2 Etapas de construção do modelo de avaliação

4.2.1 Definição de indicadores

Os indicadores foram definidos de acordo com os grupos de Princípios e Diretrizes para a Gestão do Trabalho no SUS - NOB-RH/SUS, dentro de quatro dimensões de análise: Gestão do Trabalho no SUS, Desenvolvimento do Trabalhador no SUS, Saúde do Trabalhador do SUS e Controle Social da Gestão de Recursos Humanos no SUS.

A seleção dos indicadores foi realizada por meio de um grupo de *experts* - técnicos da SES que atuam nas seguintes áreas: Gerência de Atenção Básica, Gerência de Saúde do Trabalhador e Diretoria de Educação Permanente. O trabalho foi desenvolvido de forma conjunta em reunião. O objetivo desta discussão foi envolver os profissionais do serviço no

processo de avaliação, aproximando o modelo proposto às necessidades do Sistema Único de Saúde, conforme base conceitual adotada. Esta etapa envolveu a identificação das questões mais relevantes da gestão de recursos humanos, estabelecidas na NOB-RH/SUS que afetam as demais políticas de saúde. Desta discussão resultaram 12 indicadores, que foram testados durante a execução do projeto.

4.2.2 Elaboração de um modelo avaliativo

Esta etapa contemplou a forma de mensuração dos indicadores e a maneira de interpretar o resultado estabelecendo-se os parâmetros para que a gestão de recursos humanos possa ser considerada adequada ou não. Foi subsidiada pelas políticas de recursos humanos, as definições da Norma Operacional Básica de Recursos Humanos e legislação vigente. Em função do tamanho reduzido da amostra, optou-se por realizar a avaliação da gestão apenas por dimensão estudada apresentando-se ao final do estudo uma proposta para avaliação global com julgamento dos resultados finais dos municípios.

4.2.3 Composição dos indicadores e análise

Os indicadores foram compostos a partir de dados primários e secundários. Utilizou-se como critério de análise a eficácia da gestão considerando-a como grau em que a gestão municipal alcançou as metas normativas orientadas pela NOB-RH/SUS. A análise dos resultados considerou dois focos:

-Consolidação dos indicadores: observou o grau de consistência das informações geradas, a viabilidade da coleta de dados, a possibilidade de serem utilizados em todos os municípios e a possibilidade de responder à avaliação da gestão municipal dentro do modelo proposto.

-Análise do desempenho da gestão municipal: evidenciou os resultados alcançados pelo conjunto de municípios de acordo com as dimensões estudadas: Gestão do Trabalho, Desenvolvimento do Trabalhador, Saúde do Trabalhador e Controle Social da Gestão do Trabalho no SUS.

4.3 Métodos e instrumentos

O estudo teve característica qualitativa na etapa de discussão dos indicadores e quantitativa quanto ao levantamento de dados nos municípios.

4.3.1 Levantamento de dados

Coleta de dados secundários: Esta etapa teve como objetivo compor os indicadores de participação do município das políticas de Educação Permanente da região e de participação social nas questões de recursos humanos. Os dados referentes à participação dos municípios na política de educação permanente foram coletados nas listas de presença do Pólo de Capacitação em Educação Permanente (Litoral Centro). Para a coleta de dados sobre as discussões de temas de recursos humanos durante as Conferências Municipais de Saúde, utilizou-se o banco de dados da Comissão Organizadora da Conferência Estadual de Saúde de 2007.

Coleta de dados nos municípios: Esta coleta foi realizada para compor os demais indicadores. Esta etapa foi construída de forma quantitativa. O universo da pesquisa foi composto pela macrorregião da Grande Florianópolis, com 100% de seus municípios (22). Esta opção foi realizada tendo em vista que a pesquisa foi destinada a testar um modelo avaliativo em municípios de diversos tamanhos, e esta região atendeu as características necessárias. A escolha da região também foi motivada pela facilidade de acesso aos municípios, os quais estão localizados próximos à UFSC, reduzindo o custo de deslocamento da pesquisadora.

Municípios da Macrorregião da Grande Florianópolis: Águas Mornas, Alfredo Wagner, Angelina, Anitápolis, Antônio Carlos, Biguaçu, Canelinha, Florianópolis, Garopaba, Governador Celso Ramos, Leoberto Leal, Major Gercino, Nova Trento, Palhoça, Paulo Lopes, Rancho Queimado, São Bonifácio, São João Batista, São José, São Pedro de Alcântara, Santo Amaro da Imperatriz e Tijucas.

Os dados foram coletados por meio de um formulário estruturado encaminhado aos gestores municipais, para preenchimento pelos responsáveis pelos serviços. Como resultado, foi obtida a devolução de 15 formulários completos, 6 incompletos e 1 município desistente em função da não disponibilidade dos dados solicitados. A limitação do estudo foi apresentada na dificuldade de alguns municípios responderem as questões relativas ao vínculo e número de profissionais.

4.3.2 Tratamento dos dados

Os dados foram compilados estabelecendo-se numeração para cada município. Seis formulários foram considerados incompletos pela falta de dados sobre a quantidade de trabalhadores e tipos de vínculos comprometendo uma dimensão do estudo, portanto foram descartados. Esta dificuldade foi gerada em função de que estes dados, em alguns municípios encontravam-se fora da Secretaria Municipal de Saúde, dificultando a autorização e a coleta dos dados. Nos casos de ausência de apenas um dado, considerou-se a resposta como “negativa”. A análise dos dados foi realizada de forma percentual e o julgamento dos indicadores a partir de parâmetros encontrados na literatura e nas normas vigentes.

4.4 Aspectos éticos da pesquisa

Para a efetivação da coleta de dados realizou-se, inicialmente, uma sensibilização dos gestores municipais de saúde durante reunião do Colegiado de Gestão Regional, onde foram explicados a proposta e os instrumentos de coleta de dados. Cada gestor recebeu um ofício solicitando a participação do município na pesquisa e um modelo de formulário para iniciar o levantamento de dados. Os formulários foram preenchidos pelos responsáveis e técnicos da área, com orientação (pessoal ou telefone) da pesquisadora.

A confirmação dos dados foi realizada por meio de visita aos municípios para a busca dos formulários e esclarecimento de dúvidas.

Em função da característica dos dados coletados (informações sobre a gestão) não houve necessidade de autorização do Comitê de Ética em Pesquisa.

REFERÊNCIAS

- ANSEMI, Maria Luiza; ANGERAMI, Emilia Luigia Saporiti; GOMES, Elizabeth Laus Ribas. Rotatividade dos trabalhadores de enfermagem nos hospitais do município de Ribeirão Preto. *Revista Panamericana de Saúde Pública*, v. 2, n.1, Washington, Julho, 1997.
- ARAÚJO, Lidice Maria et al. Para subsidiar a discussão sobre a desprecarização do trabalho no SUS. *Cadernos RH Saúde*, vol. 3, n.1, (março, 2006). Brasília: Ministério da Saúde, p.163-174.
- ARIAS, Eluiza Helena L. et al. Gestão do trabalho no SUS. *Cadernos RH Saúde*. Vol. 3, n.1. (março, 2006). Brasília: Ministério da Saúde, p. 119-134.
- BORRELLI, Flávia Rezende Gomes. *A rotatividade dos profissionais de saúde na zona rural de Sergipe: Um problema a ser Enfrentado*, 2004. 102f. Dissertação (mestrado) – Escola Nacional de Saúde Pública, Rio de Janeiro.
- BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. *Constituição da República Federativa do Brasil de 1988*. Disponível em:
<http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm>. Acesso em: 20/08/2007.
- _____. Lei 8.080 de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 20/09/1990.
- _____. Ministério da Saúde. A questão dos recursos humanos nas conferências nacionais de saúde (1941-1992). *Cadernos RH Saúde*. v.1, n. 1. Brasília, MS/CGDRH/SUS, 1993a.
- _____. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução n.º 52 de 3 de maio de 1993b. Dispõe sobre a instalação da Mesa Nacional de Negociação Permanente do SUS. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/reso_91.htm> Acesso em: 28/01/2007.
- _____. Ministério da Saúde. 10º Conferência Nacional de Saúde: “SUS construindo um modelo de atenção à saúde para a qualidade de vida”. Relatório final. 1996.
- _____. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. 11º Conferência Nacional de Saúde: o Brasil falando como quer ser tratado: efetivando o SUS: acesso, qualidade e

humanização na atenção à saúde com controle social. Relatório final. Brasília: Ministério da Saúde, 2001a.

_____. Ministério da Saúde. Programa de Profissionalização dos Profissionais de Enfermagem - PROFAE. Gerenciamento e Acompanhamento de projetos. Textos de apoio: I Oficina de Planejamento das Escolas Técnicas e Centros Formadores do SUS, 2001b.

_____. Ministério da Saúde. Gestão Municipal de Saúde: textos básicos. Rio de Janeiro, Ministério da saúde, 2001c.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde do Trabalhador. Cadernos de Atenção Básica. v.1 n. 5, 2002.

_____. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Para entender a gestão do SUS. Brasília: Ministério da Saúde, 2003a.

_____. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 333 de 4 de novembro de 2003b. Dispõe sobre as Diretrizes para a criação, reformulação, estruturação e funcionamento dos Conselhos de Saúde.
<http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/livros/resolucao_333.pdf>. Acesso em 05/06/2008.

_____. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. 12º Conferência Nacional de Saúde: Conferência Sérgio Arouca. Relatório final. Brasília: Ministério da Saúde, 2004 a, p.115.

_____. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Acompanhamento e avaliação da Atenção primária. Conass Documenta nº 7. 2004b, 76p.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da educação na Saúde. Política de educação e desenvolvimento para o SUS: caminhos para a educação permanente em saúde: pólos de educação permanente em saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2004c.

_____. Ministério da Saúde. Portaria n. 198/GM/MS, de 13 de fevereiro de 2004d. Institui a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde. Brasília, 2004d. Disponível em: www.saude.sc.gov.br. Acesso em: 16/08/2007.

_____. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Estruturação da área de recursos humanos nas Secretarias de Saúde dos Estados e do Distrito Federal. Brasília: Conass Documenta, vº 1. 2004e, 220p.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação de Acompanhamento e avaliação da Atenção Básica. Plano de Monitoramento e avaliação dos municípios incluídos no PROESF – Projeto de Expansão e

Consolidação da saúde da Família. Brasília, 2004e. Disponível em www.saude.gov.br. Acesso em: 15/06/2008.

_____. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Princípios e diretrizes para a gestão do trabalho no SUS (NOB/RH-SUS). 3º ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2005a, 98p.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Documentos preparatórios para a 3º Conferência Nacional de Gestão do Trabalho e da educação na saúde: trabalhadores da saúde e a saúde de todos os brasileiros: práticas de trabalho, gestão, formação e participação. 2º ed.- Brasília: Ministério da Saúde, 2005b.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Gestão do trabalho e da regulação profissional em saúde agenda positiva do Departamento de Gestão e da Regulação do Trabalho em Saúde, Brasília: Ministério da Saúde, 2005c.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e de Educação na Saúde. Curso de formação de facilitadores de educação permanente em saúde: unidade de aprendizagem-trabalho e relações na produção do cuidado em saúde. Rio de Janeiro: Ministério da saúde/FIOCRUZ, 2005d.

_____. Ministério da Saúde. Ministério da Previdência Social. Ministério do Trabalho e Emprego. Conselho Nacional de Saúde. 3º Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador. “Trabalhar, sim! Adoecer, não! (documento base). Brasília, 2005e. Disponível em: www.saude.sc.gov.br. Acesso em: 20/04/2008.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Mesa Nacional de Negociação Permanente do SUS. Protocolo nº 006 de 9 de novembro de 2006a. Aprova as Diretrizes Nacionais para a instituição de Planos de Carreira, Cargos e Salários no âmbito do Sistema Único de Saúde - PCCS-SUS. Disponível em www.saude.gov.br. Acesso em: 23/11/2007.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão e de Regulação do Trabalho em Saúde. *Programa de qualificação e estruturação da gestão do trabalho e da educação no SUS - PROGESUS*. Brasília: Ministério da Saúde, 2006b, 60p.

_____. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. *Relatório consolidado para a 13ª Conferência Nacional de Saúde*. Brasília. Ministério da Saúde, 2007a.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria da Gestão do trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão e da Regulação do Trabalho em Saúde. *Indicadores de gestão do trabalho em saúde*. Brasília: Ministério da Saúde, 2007b.

_____. Ministério da Saúde. Portaria 1996 de 20 de agosto de 2007c. Dispõe sobre as diretrizes para a implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde e dá outras providências. Disponível em www.saude.gov.br. Acesso em: 10/11/2007.

_____. Ministério da Saúde. Ministério da Educação. *Programa nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde- PRÓ-SAÚDE*. Objetivos, implementação e desenvolvimento potencial. Brasília: Ministério da Saúde, 2007d. 96p.

CALVO, Maria Cristina Mariano; HENRIQUE, Flávia. Avaliação - Algumas concepções teóricas sobre o tema. In: LACERDA, Josimari Telino de; TRAEBERT, Jeferson Luiz. *A Odontologia e a Estratégia Saúde da Família*. Tubarão: Ed. UNISUL, 2006.

CAMPOS, Francisco Eduardo et al. Os desafios atuais para a Educação Permanente no SUS. *Cadernos RH Saúde*. V. 3, n.1. (março, 2006). Brasília: Ministério da Saúde, p. 41-54.

CAMPOS, Gastão Wagner de S.. Políticas de formação de pessoal para o SUS: reflexões fragmentadas. *Cadernos RH Saúde*. vol. 3, n.1. (março, 2006). Brasília: Ministério da Saúde, p. 55-60.

CAMPOS, Gastão Wagner de S.. *Diretrizes para o ensino médico na rede básica de saúde* – documento preliminar. Associação Brasileira de Educação Médica – ABEM, 2005.

CAMPOS, Claudia Valentina de Arruda; MALIK, Ana Maria. Satisfação no Trabalho e rotatividade dos médicos do Programa Saúde da Família. *Revista de Administração Pública*, v.42, n.2, Rio de Janeiro, mar/abr. 2008.

CARNEIRO, Sergio Antonio Martins. Saúde do Trabalhador Público: questão para a gestão de pessoas – a experiência da Prefeitura de São Paulo. *Revista do Serviço Público*, Brasília, v. 57, n. 1, Jan/Mar 2006, p. 23-49.

CHERCHIGLIA, Mariangela Leal. Gestão do trabalho na América Latina e Caribe: tensões e conciliação entre “a velha e a nova agendas”. Documento elaborado sob encomenda do Programa de Desenvolvimento de Recursos Humanos da Organização Pan-Americana da Saúde, para o Seminário Latino-americano e Caribenho sobre gestão do trabalho em saúde, Brasília, julho, 2004.

CHIAVENATO, Idalberto. *Gestão de pessoas: o novo papel dos recursos humanos nas organizações*, Rio de Janeiro: Campus, 1999, p.9.

_____. *Introdução à Teoria Geral da Administração*, 3. ed., São Paulo: McGraw-Hill do Brasil, 1983.

CONTANDRIOPOULOS, André-Pierre. Avaliando a institucionalização da avaliação. *Ciência & Saúde Coletiva*, vol. 11, n.3, julho/setembro, 2006.

CUNHA, Jane Cléia Cardoso de Bittencourt. *Adoecimento e afastamento do trabalho de servidores públicos estaduais de Santa Catarina, 1995 a 2005*. 2007.119f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis.

DALF, Richard L. *Organizações – Teoria e Projetos*. (Tradução: Cid Knepel) São Paulo: Thomson Learning, 2006.

DESSLER, Gary. *Administração de Recursos Humanos*. Tradução: Cecília Leão Oderich, São Paulo: Prentice Hall, 2003.

FELISBERTO, I. *Da teoria à formulação de uma Política Nacional de Avaliação em Saúde: reabrindo o debate*. *Ciência & Saúde Coletiva*, v 11, n. 3, 2006, p. 554 – 557.

FRIEDMANN, Georges. *O trabalho em migalhas*. São Paulo: Perspectiva, 1983.

GALVÃO, Ena de Araújo, et al. As Escolas Técnicas do SUS: uma abordagem histórica *Cadernos RH Saúde*. Vol. 3, n.1. (março, 2006). Brasília: Ministério da Saúde, p. 61-84.

HALL, Richard H. *Organizações: estrutura e processos*; traduzido por Wilma Ribeiro. 3 ed.. Rio de Janeiro: Prentice Hall do Brasil, 1984.

HOEFEL, Maria da Graça; DIAS, Elizabete Costa; SILVA, Jandira Maciel. A Atenção à Saúde do Trabalhador no SUS: a proposta de constituição da RENAST. In: BRASIL, Ministério da Saúde. Ministério da Previdência Social. Ministério do Trabalho e Emprego. Conselho Nacional de Saúde. 3º Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador. “Trabalhar, sim! Adoecer, não! (documento base). Brasília, 2005e. Disponível em: www.saude.sc.gov.br. Acessado em: 20/04/2008.

JONES CB. Staff nurse turnover costs: part I, conceptual model. *J Nurs Adm* v. 20, 1990; p. 18-22.

_____. Staff nurse turnover costs: part II, measurements and results. *J Nurs Adm* ,v. 20, n. 5, 1990, p. 27-32.

JUNIOR, David Braga; BRAGA, Douglas Gerson. Metodologia de negociação coletiva do trabalho em saúde. In: *Capacitação em Desenvolvimento de Recursos Humanos de Saúde - CADRHU*, Natal: EDUFRN,1999.

JUNIOR, Gilson Gehring, SOARES, Stuart E; FILHO, Heleno Corrêa. Serviços de Saúde do Trabalhador: a co-gestão em universidade pública. *São Paulo em Perspectiva*, São Paulo, v. 17, n.1, p. 98-100, 2003.

JUNIOR, José Patrício Bispo; MESSIAS, Kelly Leite Maia de; SAMPAIO, José Jackson Coelho. Exercício do controle social em municípios de pequeno porte: o caso de Lafayette Coutinho (BA). *Revista Baiana de Saúde Pública*, v. 30, n.2, p.248-260, jul/dez. 2006.

JUNIOR, Luiz Roberto Pires Domingues. O Processo saúde – doença no serviço público e suas conseqüências ao estado, ao cidadão e ao servidor. In: Ministério da Saúde. Ministério da Previdência Social. Ministério do Trabalho e Emprego. Conselho Nacional de Saúde. 3º Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador -“Trabalhar, sim! Adoecer, não! (documento base) Brasília, 2005e. Disponível em: www.saude.sc.gov.br. Acessado em: 20/04/2008.

KANAANE, Roberto. *Comportamento humano nas organizações: o homem rumo ao século XXI*. 2ª ed. São Paulo: Atlas, 1999.

LACERDA, Josimari Telino de; TRAEBERT, Jeferson Luiz. *A Odontologia e a Estratégia Saúde da Família*. Tubarão: Ed. UNISUL, 2006.

LESSA, Sérgio. Trabalho, sociabilidade e individuação. In: *Trabalho, Educação e Saúde*. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz, Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio. V. 4, n.2, 2006.

LIMA, Dagomar Henrique. Avaliação de programas e responsabilização dos agentes públicos pelo resultado da ação governamental: O Papel do Tribunal de Contas da União. In: Brasil. Tribunal de Contas da União. *Prêmio Serzedello Corrêa 2003: monografias vencedoras*, Brasília: TCU, Instituto Serzedello Corrêa, 2005. 167p.

MACHADO, Maria Helena et al..A mesa de negociação como instrumento para a gestão do trabalho no SUS. *Cadernos RH Saúde*. v. 3, n.1. (março, 2006). Brasília: Ministério da Saúde, p. 141-148.

MALIK, Ana Maria; SCHIESARI, Laura Maria C.. *Qualidade na Gestão Local de Serviços de Ações de Saúde*. (Instituto para o Desenvolvimento da Saúde – IDS). Série Saúde & Cidadania. v. 3. São Paulo: Peirópolis, 1998, p.14.

MAXIMIANO, Antonio César Amaru. *Teoria Geral da Administração: da revolução urbana à revolução digital*. Ed.5, São Paulo: Atlas, 2005.

MEIRELLES, Hely Lopes. *Direito Administrativo Brasileiro*. 13.ed. São Paulo: Editora Rev. dos Tribunais, 1987.

MENDES, Eugênio Vilaça. *A atenção primária à saúde no SUS*. Fortaleza: Escola de Saúde Pública do Ceará, 2002.

MENDES, Rene; DIAS Elizabeth Costa. Da medicina à saúde do trabalhador. *Revista Saúde Pública*. São Paulo, v. 25, n. 5, 1991, p. 341-9.

MILONI, B. *Indicadores para gestão de treinamento e desenvolvimento*. São Paulo: Associação Brasileira de Treinamento e Desenvolvimento, 2005, p.15.

NOGUEIRA, Roberto Passos. *Política de recursos humanos para a saúde: questões na área da gestão e regulação do trabalho*. Capacitação em Desenvolvimento de Recursos Humanos de Saúde - CADRHU, Natal: EDUFRN, 1999.

NOGUEIRA, Roberto Passos. Alternativas de vinculação institucional para os trabalhadores do SUS. In: *Observatório de Recursos Humanos em Saúde no Brasil: estudos e análises*. ANDRÉ FALCÃO ET. AL. (org). Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2003. 460p.

NOVAES, Hillegonda Maria D. Avaliação de programas, serviços e tecnologias em saúde. *Rev. Saúde Pública*, v. 34, n. 5, 2000, p. 547-59.

OLIVEIRA, Oris de. Uma concepção jurídica das relações de Trabalho em saúde. In: Lima de Castro, Janete; Paranaguá Santana, José. *Negociação Coletiva do Trabalho em Saúde*. Brasília. Universidade Federal do Rio Grande do Norte; Organização Panamericana de Saúde, 1998, p. 71-90.

PADILHA, Roberto de Queiroz. PROMED - Programa de incentivo a mudanças curriculares nas escolas médicas. In: BRASIL. Ministério da Saúde. *Políticas de Recursos Humanos em Saúde*. Brasília: Ministério da Saúde, 2002, 184p.

PIERANTONI, Célia; VARELLA, Tereza Cristina; FRANÇA Tânia. Recursos humanos e gestão do trabalho em saúde: da teoria para a prática. In: *Observatório de recursos humanos em saúde no Brasil: estudos e análise*. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

PIERANTONI, Celia Regina; PORTO, Silvia Marta. Estudo sobre as formas contratuais dos agentes comunitários de saúde (ACS): modalidades e alternativas de contratação. *Cadernos RH Saúde*. V. 3, n.1. (março, 2006). Brasília: Ministério da Saúde, p. 175-188.

PRICE JL, Mueller CW. *Professional turnover: the case of nurses*. New York: SP Medical & Scientific Books; 1981.

SANTA CATARINA. *Lei complementar 91/93*. Cria o Centro de Desenvolvimento de Recursos Humanos em Saúde - CEDRHUS alterando a estrutura organizacional da Secretaria de Estado da Saúde de SC. Disponível em <[Chttp://server01.pge.sc.gov.br/pge/normasjur.asp](http://server01.pge.sc.gov.br/pge/normasjur.asp)>. Acesso em: 15/03/2007.

SANTA CATARINA. *Resolução Estadual 006/CES/2004 de 27 de outubro de 2004*. Institui a Mesa Estadual de Negociação Permanente do SUS em Santa Catarina. Disponível em <<http://www.saude.sc.gov.br>>. Acesso em: 18/02/2007.

SANTA CATARINA. *Lei Complementar nº 284, de 28 de fevereiro de 2005*. Estabelece modelo de gestão para a Administração Pública Estadual e dispõe sobre a estrutura

organizacional do Poder Executivo. Disponível em < Chttp://server01.pge.sc.gov.br/pge/normasjur.asp>. Acesso em: 15/03/2007.

SANTA CATARINA. Secretaria de Estado da Saúde. *Portaria nº 724 de 03 de agosto de 2005*. Designa os integrantes da Mesa Estadual de Negociação Permanente em Santa Catarina. Disponível em www.saude.sc.gov.br. Acesso em: 10/04/2007.

SANTA CATARINA. *Lei Complementar nº 381, de 7 de maio de 2007*. Dispõe sobre o modelo de gestão e a estrutura organizacional da Administração Pública Estadual. Disponível em <<http://www.sea.sc.gov.br>>. Acesso em: 20/06/2007.

SANTANA, José Paranaguá de. *Recursos humanos: desafios para os gestores dos SUS*. Capacitação em Desenvolvimento de Recursos Humanos de Saúde - CADRHU, Natal: EDUFRN,1999a.

SANTANA, José Paranaguá de. *A gestão do trabalho nos estabelecimentos de saúde: elementos para uma proposta*. Capacitação em Desenvolvimento de Recursos Humanos de Saúde - CADRHU, Natal: EDUFRN,1999b.

SANTOS, Rozilda. *Formação e desenvolvimento de Recursos Humanos em saúde no SUS em Santa Catarina*. 2007, p.87. 111f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis.

SEIXAS, Paulo H. D'Angelo. Os pressupostos para a elaboração da Política de Recursos Humanos nos Sistemas Nacionais de Saúde. In: *Política de recursos humanos em saúde*. Seminário Internacional Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

SILVA, Lígia Maria V. da.; FORMIGLI, Vera Lima. Avaliação em Saúde: Limites e Perspectivas. Rio de Janeiro, *Cadernos de Saúde Pública*, v. 10, n. 1, 1994, p. 80-91.

SILVA, Artur Adolfo Cotias; FREITAS, Carlos Alberto Sampaio de. Avaliação de Programas Públicos no Brasil. O Papel do Tribunal de Contas da União. In: BRASIL. Tribunal de Contas da União. *Prêmio Serzedello Corrêa 2003*: monografias vencedoras, Brasília: TCU, Instituto Serzedello Corrêa, 2005. 167p.

SILVA, Rogério Renato; BRANDÃO, Daniel. *Os quatro elementos da avaliação*. São Paulo: Instituto Fonte, 2003.

SILVA, Ligia Maria Vieira da.. Conceitos, abordagens e estratégias para a avaliação em saúde. In: HARTZ, Zulmira Maria de; SILVA, Ligia Maria Vieira da. (org). *Avaliação em saúde: dos modelos teóricos à prática na avaliação de programas e sistemas de saúde*. Salvador: EDUFBA; Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2005, 275p.

STARFIELD, Bárbara. *Atenção primária: equilíbrio entre as necessidades de saúde, serviços e tecnologia*. Brasília: UNESCO Brasil, Ministério da Saúde, 2004, p. 28.

TANAKA, Osvaldo Y.; MELO, Cristina. *Avaliação de Programas de Saúde do Adolescente: um modo de fazer*. São Paulo: EDUSP, 2001, p.4.

TOBAR, Frederico; YALOUR, Margot Romano. *Como fazer teses em saúde pública*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2001, 172p.

VIEIRA, Marcelo Milano; OLIVEIRA, Lúcia Maria B.. *Administração contemporânea: perspectivas estratégicas*, São Paulo: Atlas, 1999.

PARTE II - ARTIGO CIENTÍFICO INÉDITO

Título: Modelo para avaliação da eficácia da gestão de recursos humanos em saúde

Título em inglês: Effectiveness Assessment Model on Human Resource Management in Health

Título corrido: Avaliação da Gestão de Recursos Humanos

Autores:

Sirlésia Vigarani Scalco¹

Josimari Telino de Lacerda²

Maria Cristina Marino Calvo²

¹ Mestranda do Programa de Pós Graduação em Saúde Pública – Universidade Federal de Santa Catarina

² Professora adjunta do Departamento de Saúde Pública - UFSC

Endereço para correspondência:

Sirlésia Vigarani Scalco

Rua Jacó Mariano, 294, Forquilha

São José – SC – CEP: 88106-525

E-mail: sirlesia@sea.sc.gov.br

RESUMO

Este artigo apresenta um modelo de avaliação da eficácia da gestão de recursos humanos na saúde. Trata-se de uma pesquisa metodológica, estruturada por meio de indicadores testados a partir de pesquisa avaliativa. Utilizou-se como base os Princípios e Diretrizes para a gestão do Trabalho no SUS - Norma Operacional Básica de Recursos Humanos - NOB/RH-SUS, estabelecendo-se como dimensões: Gestão do Trabalho, Desenvolvimento do Trabalhador, Saúde do Trabalhador e Controle Social de Recursos Humanos. A aplicabilidade da proposta foi testada em 15 municípios da macrorregião da Grande Florianópolis, SC. O modelo demonstrou validade de aplicação em municípios de diferentes tamanhos. Os resultados encontrados demonstraram bom desempenho para mais de 50% dos municípios nos indicadores: educação permanente em serviço, impacto de ações de prevenção contra acidentes de trabalho e adequação do ambiente psicológico de trabalho. A pesquisa identificou fragilidades na gestão de recursos humanos nas quatro dimensões estudadas.

Palavras-chave: recursos humanos, avaliação em saúde, serviços de saúde

ABSTRACT

This paper presents an assessment model of human resource management on health. It is about a methodological research structured through indicators tested from an evaluative research. It was used as base the Principles and Policies for SUS Work Management – Basic Operational Norm of Human Resources – NOB/RH-SUS establishing as dimensions: Work Management, Worker’s Development, Worker’s Health and Social Control of Human Resource. The proposal was developed in 15 municipalities of Florianópolis - SC macro-region. The model showed application validity in municipalities of several sizes which can be applied in larger scope regions. The results found showed good performance for more than 50% of the municipalities only in the indicators: permanent education in services, impact of injunction against occupational accident and “suitable work psychological environment”. The study identified fragilities on human resource management on the four dimensions studied.

Key-words: human resources, health assessment, health services.

Introdução

A necessidade de avanços na gestão de recursos humanos nos serviços públicos de saúde é motivo de debates há anos. As dificuldades presentes nesta área geram desafios para gestores nas três esferas de governo. A produção dos serviços de saúde depende da estrutura física, material e tecnológica disponível e da existência de profissionais qualificados e motivados para transformar insumos em resultados. Devido à complexidade do setor, conseguir dispor e gerenciar saberes e habilidades diversas é fundamental para o desenvolvimento das atividades.

A municipalização da atenção à saúde e a ampliação das políticas de saúde, em especial a Estratégia de Saúde da Família, demandaram a necessidade de incremento do número de trabalhadores com perfil específico¹. Um dos maiores entraves para a implementação deste modelo está na formação dos profissionais que, historicamente sofre influência da ideologia flexneriana e cognitivo-tecnológica, com ênfase na assistência e nas especialidades, não atendendo às necessidades e concepções da proposta².

Para os trabalhadores, questões como a precarização do vínculo e a falta de incentivos não estimulam a permanência nas funções levando-os a buscar melhores oportunidades. Diversas pesquisas têm demonstrado a existência de alta rotatividade na saúde no Brasil.^{3, 4, 5} A rotatividade gera problemas como o aumento de custos de reposição de pessoal, insatisfação no ambiente de trabalho e dificuldades no atendimento ao usuário em razão de interrupções nos serviços.

As políticas de recursos humanos devem contemplar ações de formação e desenvolvimento dos profissionais e facilitar a gestão do trabalho. As conferências nacionais de saúde e as conferências específicas de recursos humanos, que acontecem na saúde desde 1941, detectaram muitos problemas da área, mas muitas deliberações desses fóruns ainda não se efetivaram.

A partir da criação da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde - SGTES, com os Departamentos de Gestão da Educação e de Regulação do Trabalho, em 2003, o Ministério da Saúde - MS assumiu com mais clareza seu papel, atuando na formulação e execução das políticas de RH para o SUS⁶.

Iniciativas importantes foram desencadeadas nos últimos anos como a Política Nacional de Educação Permanente; o Pró-Saúde; a Mesa Nacional de Negociação Permanente do SUS; a elaboração das Diretrizes Nacionais para a elaboração dos Planos de Carreira,

Cargos e Salários dos trabalhadores do SUS; a Rede Nacional de Saúde do Trabalhador; a publicação da NOB-RH-SUS^{7,8,9}.

Neste cenário, conhecer o desempenho das políticas e ações de recursos humanos é fundamental para identificação dos problemas, para o planejamento e o acompanhamento da área. Este conhecimento pode ser gerado por meio de mecanismos de avaliação.

A avaliação consiste em fazer julgamento de valor a respeito de intervenções ou de seus componentes, para subsidiar a tomada de decisões, por meio de dispositivo que possa fornecer informações válidas e legítimas¹⁰. A necessidade de maximizar o uso dos recursos aplicados nos programas sociais fez com que a avaliação ganhasse importância na gestão pública. Os economistas iniciaram a utilização de métodos de análises de custos para os programas públicos servindo como instrumento de gestão capaz de aperfeiçoar a ação governamental¹¹. Com a necessidade de fortalecimento da democracia, a avaliação pode ser utilizada como mecanismo de responsabilização do gestor perante terceiros¹².

A gestão de recursos humanos é composta por um conjunto de ações que envolvem a contratação dos trabalhadores, o treinamento, a avaliação, a remuneração e o desenvolvimento de um ambiente de trabalho adequado¹³. Tomar decisões nesta área implica em modificar determinadas realidades, processos, estruturas de trabalhos, direitos e deveres, afetando a vida dos trabalhadores.

Silva e Formigli¹⁴ afirmaram em 1994, que a avaliação poderia ser utilizada como prática sistemática na saúde para propiciar aos gestores as informações necessárias para a intervenção e que muitas informações registradas nos serviços acabam não sendo utilizadas para a tomada de decisões. Estas informações poderiam constituir-se em uma base importante para o monitoramento contínuo das ações de saúde.

Vem se delineando no país, uma política de institucionalização da avaliação da atenção básica com o objetivo de transformar a avaliação em uma estratégia no cotidiano dos gestores e profissionais. A institucionalização da avaliação está associada ao desafio de consolidação do SUS por meio da qualificação das práticas, possibilitando maior resolutividade na atenção básica¹⁵.

Diante deste cenário, desenvolveu-se uma proposta de modelo de avaliação da eficácia da gestão em recursos humanos na saúde, aplicado à atenção básica. Este modelo poderá servir como instrumento para visualização da aplicação das políticas nesta área, subsidiando a tomada de decisões nos diferentes níveis de gestão da saúde.

Metodologia

O estudo pode ser classificado como de avaliação para a gestão, conforme apresentado por Novaes¹⁶, cuja finalidade é a geração de informações para o aprimoramento do próprio objeto avaliado.

O critério utilizado para avaliar a gestão de recursos humanos foi a “eficácia”, entendida como a capacidade da organização atingir seus objetivos e as metas estabelecidas¹⁷.

As dimensões de análise do objeto foram definidas a partir dos Princípios e Diretrizes para a Gestão do Trabalho no SUS - Norma Operacional Básica de Recursos Humanos - NOB/RH-SUS¹ divididos em quatro grupos: Gestão do Trabalho no SUS, Desenvolvimento do Trabalhador do SUS, Saúde do Trabalhador do SUS e Controle Social da Gestão do Trabalho no SUS. As dimensões foram compostas por 12 indicadores e respectivas medidas, elaborados com grupo de “*experts*” - técnicos da Secretaria de Estado da Saúde de Santa Catarina – SES, das áreas: Atenção Básica, Saúde do Trabalhador e Educação Permanente. As decisões foram tomadas por consenso. As medidas foram dicotômicas ou expressas em percentual. Os parâmetros foram pautados em achados na literatura e em normas vigentes (Quadro 1).

A dimensão **Gestão do Trabalho** foi analisada a partir da investigação de três indicadores: qualificação do vínculo do trabalho no SUS, fixação do trabalhador no município e valorização do trabalhador.

Para a análise da *qualificação do vínculo* utilizou-se o percentual de trabalhadores com vínculo estatutário nos municípios. O trabalhador do SUS que possui inserção fixa no sistema tem melhores garantias quanto aos direitos trabalhistas. A NOB-RH/SUS define como responsabilidade da gestão a realização de concurso público para a manutenção de um quadro permanente de trabalhadores para a realização dos serviços¹. Considerou-se nesta análise, o percentual de trabalhadores estatutários em 2005 e 2006. Excluiu-se da pesquisa os Agentes Comunitários de Saúde, em função das particularidades desta categoria, cuja situação legal vem se delineando. Considerou-se que com relação aos demais trabalhadores não deveria haver situações de trabalho precário. Assumiu-se que os municípios que possuem menos que 94% de trabalhadores estatutários estejam em situação “inadequada” e os demais como situação “adequada”. Utilizou-se para esta categorização a pesquisa “Planos de Carreiras das Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde” de Arias et al¹⁸ que identificou em média 5,7% dos cargos dos PCCS como cargos em comissão, nem sempre assumidos por funcionário estatutário. Considerou-se a possibilidade de haver alguma necessidade de contratação temporária de urgência e/ou de interesse público e elevou-se o percentual para 6%.

DIMENSÕES	INDICADORES	MEDIDAS	PARÂMETROS
Gestão do trabalho no SUS	Qualificação do vínculo de trabalho	Percentual de trabalhadores do SUS com vínculo estatutário em 2005 e 2006.	0 - 93% - Inadequado ≥ 94 % - Adequado
	Fixação do Trabalhador no município	Índice de rotatividade na função de médico em 2005 e 2006	0 - 25% - Bom > 25% - Ruim
	Valorização do Trabalhador	Existência de Plano de Carreira, Cargos e Salários em funcionamento em 2006	Sim – Bom Não – Ruim
Desenvolvimento do Trabalhador no SUS	Empenho da gestão na qualificação profissional	Percentual de médicos que participaram de capacitações em 2006	100% - Bom < 100% - Ruim
	Realização de Educação Permanente em serviço	Percentual de Equipes de Saúde da Família - EFS que realizaram reuniões de planejamento em 2006	100% - Bom < 100% - Ruim
	Inserção do município nas decisões sobre Educação Permanente	Percentual de presenças nas reuniões dos Pólos de EP em 2005 e 2006	< 75% - Insatisfatória ≥ 75% - Satisfatória
Saúde do Trabalhador do SUS	Impacto das ações de prevenção e controle de riscos ocupacionais	Percentual de acidentes de trabalho em 2006	0 – Bom > 0 – Ruim
	Adequação do ambiente psicológico de trabalho	Percentual de afastamentos por depressão em 2006	0 – Bom > 0 Ruim
	Assistência à saúde dos Trabalhadores	Acesso a serviços de Comissões Locais de saúde do trabalhador ou Centros de Referência em saúde do Trabalhador em 2006	Sim – Bom Não – Ruim
Controle Social da Gestão de RH no SUS	Organização do controle Social para atuar nas questões de RH	Existência de Comissões Intersetoriais de RH, Câmaras Técnicas de RH, ou outra, nos Conselhos Municipais de Saúde em 2006	Sim – Bom Não – Ruim
	Participação dos Conselhos Municipais de Saúde nos problemas de RH	Existência de discussões sobre temas de RH nos Conselhos Municipais de Saúde em 2006	Sim – Bom Não – Ruim
	Articulação com a sociedade na definição de políticas de RH	Existência de deliberações sobre temas de RH nas Conferências Municipais de Saúde em 2007	Sim – Bom Não – Ruim

Quadro 1- Matriz de avaliação: dimensões, indicadores, medidas e parâmetros de análise

Para a análise da *fixação dos trabalhadores no município*, analisou-se a rotatividade dos médicos durante dois anos consecutivos. Altas taxas de rotatividade prejudicam o funcionamento dos serviços e geram custos desnecessários. Além disso, mudanças constantes de profissionais podem gerar interrupção nas atividades e dificultar o vínculo dos profissionais com os pacientes e a comunidade. Significa que a gestão não está conseguindo equilibrar as necessidades e expectativas dos profissionais com as necessidades dos serviços. Para aferir este indicador utilizou-se o total de médicos desligados no período de 2005 e 2006 em relação à média de médicos existentes neste mesmo período¹⁹. Para a definição dos parâmetros utilizou-se como base estudo realizado por Campos e Malik⁴, que utilizou índice de rotatividade adequado de 0 a 25% ao ano; ruim de 25% a 50% ao ano e crítica acima de 50% ao ano. Considerou-se então, até 25% de rotatividade como “boa fixação do trabalhador” e maior que 25% como “fixação ruim”.

A *valorização do trabalhador* representa um dos fatores determinantes para sua motivação, tanto para que permaneça no cargo como para que se sinta estimulado a desenvolver bem suas atividades. Os gestores da saúde devem implementar Planos de Carreira, Cargos e Salários - PCCS para os trabalhadores em seu âmbito de atuação¹. Este indicador foi medido pela existência de PCCS no município, em funcionamento no ano de 2006. Como parâmetro de análise, considerou-se como “boa valorização” para a gestão que possuía PCCS implantado e “ruim” a que não possuía.

Para o estudo da dimensão **Desenvolvimento do Trabalhador do SUS** trabalhou-se com os indicadores: empenho da gestão na qualificação profissional, realização da educação permanente em serviço e inserção do município nas decisões sobre educação permanente na região.

O *empenho da gestão na qualificação profissional* foi medido por meio da capacitação dos médicos durante o ano de 2006. Esta definição considerou a dificuldade em obter a participação da categoria médica em cursos promovidos pelo sistema de saúde em função da baixa disponibilidade de tempo destes profissionais. Pressupôs-se que a gestão que consegue realizar ou articular capacitações para o município e incluir a participação do médico a realize também para os demais profissionais. Considerou-se o percentual de médicos que participaram de capacitações promovidas ou articuladas pelo município em conjunto com outras instituições, no ano de 2006. Tomou-se como padrão que todos os médicos deveriam participar de pelo menos uma capacitação durante o ano, independente da carga horária, para manterem-se atualizados. Utilizou-se como julgamento “bom ” para os municípios onde todos os médicos participaram de pelo menos uma capacitação.

Para análise do indicador de *realização da Educação Permanente em serviço*, considerou-se que no cotidiano do trabalho deve haver oportunidades de desenvolvimento das equipes de trabalho. Os gestores têm responsabilidade de implementar a educação permanente em serviço para os trabalhadores de todos os níveis de escolaridade¹. Reuniões sistemáticas para planejamento podem contribuir no aperfeiçoamento profissional, no desenvolvimento de conhecimentos, na reorganização contínua do processo de trabalho e na construção do trabalho coletivo. Como medida, utilizou-se o percentual de equipes de Saúde da Família que realizou reuniões mensais de planejamento no ano de 2006. Considerou-se como padrão que 100% das ESF deveriam realizá-las, classificando como “bom desempenho” quando os municípios cumpriram esta meta. Este indicador demonstra a necessidade de transcender a realização de qualificações pontuais, buscando-se formas de discussão e disseminação do conhecimento necessário para o enriquecimento do trabalho desenvolvido.

Na avaliação do indicador *inserção do município nas decisões de educação permanente da região*, tomou-se como base a Política Nacional de Educação Permanente para Saúde, implantada em SC no início de 2004. Segundo a proposta, todos os municípios deveriam estar ligados a um Pólo de Educação Permanente, participando de forma efetiva das reuniões. A NOB-RH/SUS¹ aponta como responsabilidade da gestão participar na formulação e na execução da política de formação e desenvolvimento dos trabalhadores para a saúde. Considerou-se para a análise, o percentual de frequência dos municípios nas reuniões dos Pólos durante os anos de 2005 e 2006. Como julgamento, considerou-se que assim como nas atividades educativas exige-se o mínimo de 75% de frequência para que o aluno acompanhe o desenvolvimento dos conteúdos, nas atividades de articulação do Pólo, também é importante haver no mínimo esta frequência para que os representantes acompanhem o raciocínio das discussões e participem das decisões de forma produtiva. Dessa forma, categorizou-se como participação “satisfatória” o percentual igual ou superior a 75% de frequência.

A dimensão **Saúde do Trabalhador do SUS** foi composta pelos indicadores: impacto de ações de prevenção e controle de riscos ocupacionais, acompanhamento da saúde dos trabalhadores e assistência à saúde dos trabalhadores.

O indicador *impacto de ações de prevenção e controle de riscos ocupacionais* tem como base a definição da NOB-RH-SUS¹ que indica para o gestor a responsabilidade de elaborar um programa de prevenção de riscos no ambiente de trabalho e desenvolver ações voltadas ao controle de riscos. Para esta análise utilizou-se o percentual de afastamentos dos trabalhadores do SUS do município por acidentes de trabalho, durante o ano de 2006. Para

análise dos resultados, considerou-se como “bom” quando o município apresentou 0% de afastamentos.

Para a análise da *adequação do ambiente psicológico de trabalho* considerou-se que todas as unidades de saúde devem ter iniciativas de prevenção e promoção da saúde¹. A gestão de recursos humanos deve buscar um ambiente organizacional que contemple a satisfação dos trabalhadores que vá além das políticas financeiras. Fatores como injustiça, opressão e insatisfação no trabalho, não estão associadas apenas às questões salariais²⁰. Baixos índices de afastamentos por depressão podem indicar a existência de preocupação por parte da gestão com ações de manutenção da saúde dos trabalhadores, ou pelo menos, a existência de um bom ambiente de trabalho. Para compor este indicador utilizou-se o percentual de afastamentos por depressão no ano de 2006. Como julgamento de valor estabeleceu-se “boa” adequação do ambiente de trabalho para 0% de afastamentos.

A *assistência dos trabalhadores* pode ser viabilizada por meio de ações realizadas diretamente pelo município, articuladas por meio de Comissões Locais, Centros de Referência de Saúde do Trabalhador, ou outros por outros meios, não deixando apenas para o trabalhador a responsabilidade de buscar atendimento na rede pública de saúde, quando necessário. Como medida utilizou-se o número de unidades de saúde que tiveram acesso a Comissões Locais de Saúde do Trabalhador, preconizadas pela NOB-RH/SUS¹, ou aos Centros de Referência em Saúde do Trabalhador, para articulação de encaminhamento de trabalhadores da saúde para assistência, durante o ano de 2006. Considerou-se para aqueles municípios que conseguiram acesso a estas formas de articulação como “bom acesso” e “ruim” para os que não possuíam.

A dimensão **Controle Social da Gestão de Recursos Humanos no SUS** foi composta pelos seguintes indicadores: organização do controle social para atuar nas questões de sobre RH no município, participação dos Conselhos Municipais de Saúde nos problemas de RH e articulação com a sociedade para a definição de políticas de RH.

Segundo a NOB-RH/SUS¹ devem ser constituídas Comissões Intersetoriais de Recursos Humanos - CIRH nos Conselhos de Saúde. Estas Comissões têm a responsabilidade de acompanhar a implementação das deliberações dos Conselhos sobre a gestão de RH no SUS, na respectiva instância de gestão. Os conselhos também podem instalar Câmaras Técnicas que analisam preliminarmente as matérias para que possam ser deliberadas pelo conselho facilitando a discussão. Para o indicador *organização do controle social para definições e acompanhamento das deliberações sobre RH no município*, considerou-se a existência de Comissões Intersetoriais de Recursos Humanos, Câmaras Técnicas de Recursos Humanos nos Conselhos Municipais de Saúde, ou outro tipo de comissão de RH, no ano de 2006. Optou-se

por considerar como “boa organização” a existência de uma ou outra comissão (CIRH, Câmara Técnica ou outra) e organização “ruim” para a inexistência delas.

Para a análise do indicador *participação dos Conselhos Municipais de Saúde nos problemas de RH* considerou-se como positivo para a gestão de RH quando o conselho discutiu temas de RH em suas reuniões. Segundo a NOB-RH/SUS¹ os problemas de RH devem ser discutidos nos conselhos e nas conferências de saúde. A existência de discussões sobre problemas de RH nos conselhos demonstra sensibilidade da comunidade na questão do trabalho e controle sobre a ação do Estado, favorecendo a transparência e a democracia nas decisões. Como medida adotou-se “boa participação” para a existência de temas de RH deliberados nas reuniões do Conselho Municipal de Saúde, durante o ano de 2006 e “participação ruim” quanto à inexistência.

O indicador *articulação do município com a sociedade para a definição de políticas de RH* foi avaliado considerando-se a existência de propostas de RH na última Conferência Municipal de Saúde de cada município no ano de 2007. Esta decisão se fundamentou na orientação da NOB-RH/SUS¹ já mencionada, e no entendimento que as conferências de saúde representam espaços importantes para a discussão de propostas que fundamentam a construção democrática das políticas de saúde. Considerou-se como “boa articulação” a existência de pelo menos uma proposta sobre RH (Gestão do Trabalho, Desenvolvimento do Trabalhador e Saúde do Trabalhador) aprovada, e “ruim” a inexistência.

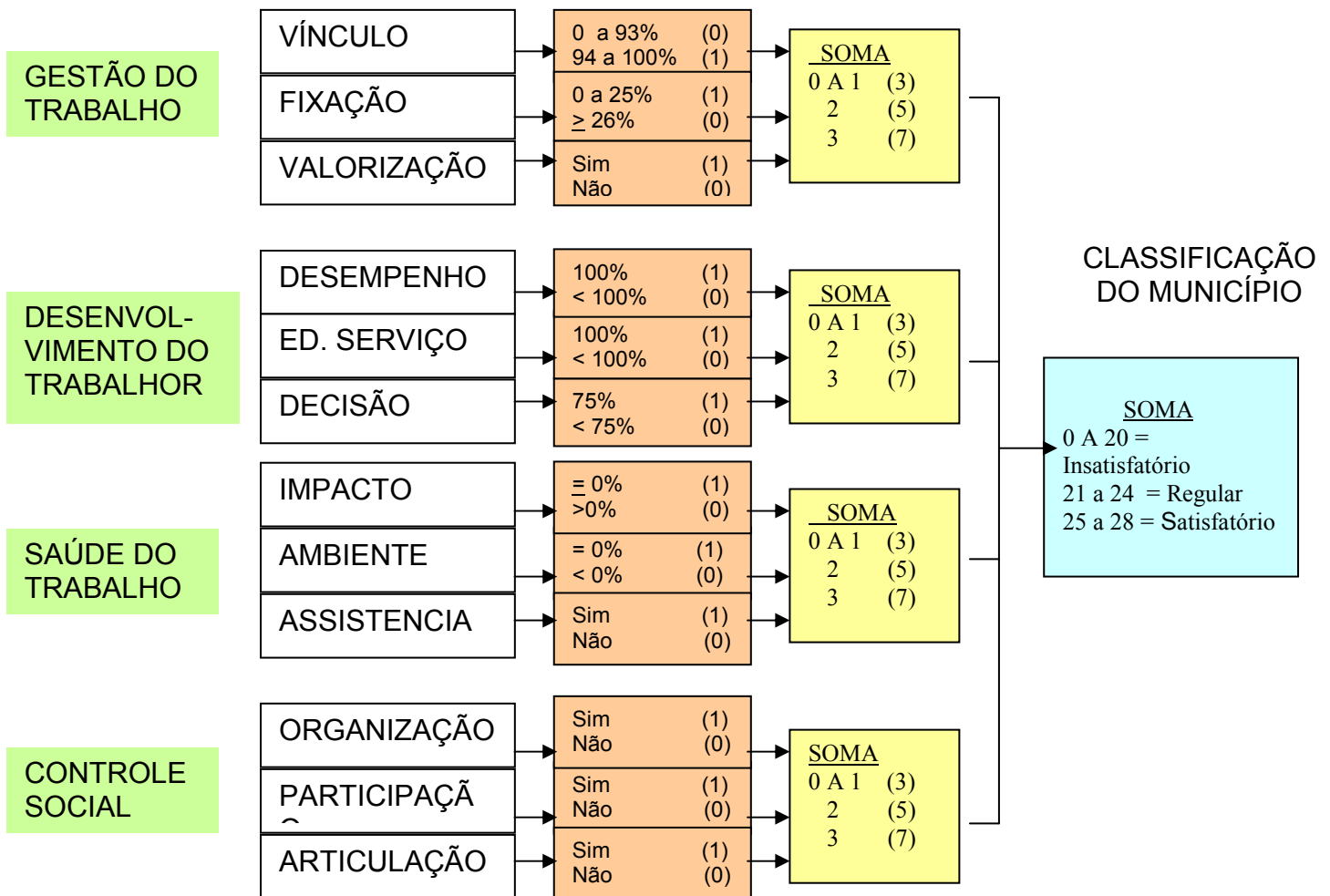
Para análise dos indicadores e suas medidas foram utilizados os escores 0 (parâmetros não obedecidos) e 1 (padrões obedecidos).

A proposta de escala de medidas orientou-se pelo somatório dos indicadores em cada dimensão, e pelo somatório das quatro dimensões. Este formato permite a emissão de juízo de valor em cada dimensão e a classificação da eficácia da gestão municipal em três categorias: insatisfatório, regular e satisfatório, conforme apresentado na figura 1.

Para aplicação do modelo foi realizada uma pesquisa em 15 dos 22 municípios da macrorregião da Grande Florianópolis. A exclusão de sete municípios foi ocasionada pela não disponibilidade de dados no período estudado.

Os dados sobre as conferências municipais de saúde e educação permanente foram extraídos de relatórios da comissão organizadora da Conferência Estadual de Saúde e nas listas de presença do Pólo Litoral Centro, respectivamente. Os demais foram coletados diretamente nos municípios por meio de formulário estruturado e testado previamente.

Figura 1- Modelo de classificação da eficácia da gestão de RH do município



O objetivo do estudo foi apresentado aos gestores municipais em reunião do Colegiado de Gestão Regional, momento em que apresentavam concordância e agendavam horário de visita para coleta. Os formulários foram preenchidos pelos responsáveis e técnicos da área, com orientação pessoal ou por telefone e conferidos pela pesquisadora no momento da entrega.


A característica dos dados não exigiu autorização do Comitê de Ética em Pesquisa.

Resultados

Observou-se variabilidade no desempenho da gestão em indicadores das quatro dimensões e entre os municípios, sem indicar tendências relacionadas ao porte populacional (Tabela 1). Os indicadores que apresentaram melhores desempenhos foram: *impacto de ações de prevenção e controle de riscos ocupacionais* (93,3%), *adequação do ambiente psicológico de trabalho* (66,7%) e *realização de educação permanente em serviço* (60,0%). Os desempenhos mais baixos na maioria dos municípios referiram-se à *organização do controle social para atuar nas questões de RH* (0,0%), *inserção dos municípios nas decisões de educação permanente da região* (6,7%) e *qualificação do vínculo de trabalho no SUS* (6,7%).

Tabela 1- Resultados da avaliação da gestão de recursos humanos segundo dimensão e indicador, por município, na Macrorregional da Grande Florianópolis – SC.

Dimensões:		Gestão do Trabalho			Desenvolvimento Do Trabalhador			Saúde do Trabalhador			Cont. Social de RH			Total e % meta alcançada/municip.	
Municípios	População	G1	G2	G3	D1	D2	D3	S1	S2	S3	C1	C2	C3		
1	2668													4	33,3
2	2841													4	33,3
3	2992													5	41,7
4	3101													5	41,7
5	3348													5	41,7
6	3868													3	25
7	5138													6	50
8	5410													6	50
9	7042													4	33,3
10	13050													2	16,7
11	15562													4	33,3
12	16410													3	25
13	18245													3	25
14	58433													2	16,7
15	406566													5	41,7
Total e %meta alcançada/indicador		1	7	6	2	9	1	14	10	2	0	6	3		(%)
Total e %meta alcançada/indicador		6,7	47	40	13,3	60	6,7	93,3	66,7	13,3	0	40	20		(%)

Legenda:  Parâmetro alcançado
 Parâmetro não alcançado

G1- Qualificação do vínculo de trabalho; G2- Fixação do Trabalhador no município; G3- Valorização do Trabalhador;
D1- Empenho da gestão na qualificação profissional; D2- Realização de Educação Permanente em serviço; D3- Inserção do município nas decisões sobre Educação Permanente;
S1- Impacto das ações de prevenção e controle de riscos ocupacionais; S2- Adequação do ambiente de trabalho (psicológica); S3- Assistência à saúde dos Trabalhadores;
C1- Organização do controle Social para atuar nas questões de RH; C2- Participação dos Conselhos Municipais de Saúde nos problemas de RH; C3- Articulação com a sociedade na definição de políticas de RH.

Dois municípios de aproximadamente cinco mil habitantes apresentaram o melhor desempenho que correspondeu ao alcance de metas em metade dos indicadores analisados. O pior desempenho foi expresso pelo alcance de metas em 16,7% dos indicadores propostos e ocorreu em um município de aproximadamente 13 mil habitantes e em outro de 58 mil habitantes.

Na análise da dimensão Gestão do Trabalho no SUS segundo a qualificação do vínculo, 47% dos municípios apresentaram mais de 50% de trabalhadores estatutários e apenas um município apresentou situação adequada. Na fixação dos trabalhadores de saúde encontraram-se 47% dos municípios com taxas de rotatividade aceitáveis. A rotatividade geral variou de 0 a 238% e teve como média 62,93%, considerada alta. A existência de PCCS em funcionamento foi indicada por apenas 40% dos municípios estudados.

Na dimensão Desenvolvimento do Trabalhador do SUS, no recorte empenho da gestão, apenas dois municípios relataram que todos os médicos participaram de alguma capacitação articulada ou promovida pela gestão municipal. A inserção dos municípios nas decisões sobre educação permanente apresentou-se satisfatória em apenas um município. Em 60% dos municípios todas as Equipes de Saúde da Família realizaram reuniões mensais de planejamento no ano de 2006.

Saúde do Trabalhador do SUS foi a dimensão com melhores desempenhos. No indicador impacto das ações de prevenção e controle de riscos ocupacionais 90,3% dos municípios não apresentaram casos de afastamentos por acidentes de trabalho. Na adequação do ambiente psicológico de trabalho 66,7% dos municípios não apresentaram casos de depressão no período. A busca de assistência à saúde dos trabalhadores identificou fragilidades. Dentre os municípios estudados 13,3% tiveram acesso a serviços de Centros de Referência. Nenhum referiu a existência de Comissões Locais de Saúde do Trabalhador.

Na análise do Controle Social da gestão de RH, em 100% dos municípios não havia qualquer tipo de comissão para RH em funcionamento. Na participação do Controle Social nos problemas relacionados à RH, detectou-se que apenas 40% dos municípios estudados discutiram assuntos ligados ao tema. A existência de definições sobre RH nas Conferências Municipais de Saúde foi identificada em apenas 20% dos municípios.

Discussão

Os resultados encontrados na dimensão Gestão do Trabalho no SUS, apesar de tratar-se apenas da aplicação de uma proposta de avaliação, reafirmam a preocupação inicial de que aspectos relativos à gestão do trabalho, em especial, a precarização do vínculo de trabalho, a rotatividade dos profissionais e a falta de incentivo são problemas presentes e persistentes no âmbito do SUS, independente do porte dos municípios. Os dados indicaram a existência de vínculos precários de trabalho no conjunto de trabalhadores, mesmo excluindo-se os Agentes Comunitários de Saúde, onde normalmente se atribui a causa do descompasso existente entre as políticas de saúde e a legalidade dos vínculos trabalhistas no SUS. A fixação dos trabalhadores de saúde do município, medida pela taxa de rotatividade dos médicos, revelou-se um pouco melhor, mas ainda insatisfatória. Dos 53% municípios que apresentaram taxas de rotatividade maiores que 25%, a maioria deles apresentou taxas acima de 100% indicando que a fixação dos médicos na macrorregião estudada é baixa. Pesquisa realizada por Borrelli³, com profissionais de saúde da zona rural de Sergipe, também identificou taxas de rotatividade variadas ficando entre 0 a 300% nos municípios estudados, com uma média geral de 84,9%, também considerada alta pela pesquisadora.

A valorização do trabalhador pode ser realizada por diferentes meios capazes de recompensar o trabalho realizado: recompensas financeiras diretas como salário, prêmios, comissões; recompensas financeiras indiretas em forma de férias, gratificações, horas-extras, 13º salário, adicionais; recompensas não financeiras oferecidas em forma de oportunidades de desenvolvimento, reconhecimento, segurança no emprego, qualidade de vida no trabalho, promoções, liberdade, autonomia¹⁹. Os mecanismos de valorização do trabalhador e sua regulamentação devem ser estabelecidos por meio de um Plano de Carreira, Cargos e Salários - PCCS. A existência de PCCS em funcionamento, em 2006, foi indicada por 40% dos municípios estudados. Estes resultados assemelham-se aos encontrados por Arias¹⁸, quando estudou os PCCS das Secretarias de Estado e dos Municípios, em 2004, e identificou que apenas 38,5% das Secretarias Municipais de Saúde possuíam PCCS implantado. Estes resultados apontam que a maioria dos municípios ainda não utiliza este instrumento como forma de valorizar o trabalhador e incentivá-lo prosseguir na carreira.

Na Dimensão Desenvolvimento dos Trabalhadores do SUS, o indicador educação permanente em serviço obteve bom desempenho na maioria dos municípios. Os demais indicadores revelaram a existência de poucas oportunidades de capacitação e baixa participação dos municípios pesquisados na Política Nacional de Educação Permanente.

No indicador empenho da gestão, chama a atenção o número de municípios onde nenhum médico participou de qualquer capacitação promovida ou articulada pelo município (73%). As capacitações são indispensáveis para a motivação dos profissionais e para a manutenção da qualidade dos serviços. Cabe à gestão municipal desenvolver promover capacitações para seus trabalhadores ou buscar parcerias para sua viabilização, por meio da Política Nacional de Educação Permanente^{1, 21}.

A participação do município nas discussões da política de educação permanente na região representa um espaço importante para articulação de capacitações para os trabalhadores com recursos do MS e uma responsabilidade da gestão na condução da política em âmbito local, por meio dos Colegiados de Gestão Regional²¹. Neste estudo, a inserção dos municípios nas decisões sobre educação permanente apresentou-se satisfatória em apenas um município com o percentual de 77,8% de participação nas reuniões do Pólo de Educação Permanente da região.

O indicador de realização da educação permanente em serviço foi um dos indicadores de melhor desempenho. Em 60% dos municípios todas as Equipes de Saúde da Família realizaram reuniões mensais de planejamento no ano de 2006. A lógica da educação permanente para o SUS enfatiza as necessidades locais e propõe a transformação das práticas profissionais por meio da reflexão crítica do processo de trabalho. Nesta perspectiva, os processos de capacitação do pessoal da saúde devem ser estruturados a partir da problematização do processo de trabalho, tomando como referencial as necessidades de saúde das pessoas, a gestão setorial e a promoção da saúde⁸. Alternativas simples, como as reuniões em serviço podem contribuir na qualificação dos profissionais, na aproximação dos membros das equipes e na produção de soluções para a melhoria das ações e serviços de saúde. Realizar reuniões periódicas deveria fazer parte do cotidiano da coordenação das equipes, podendo ser organizada sistematicamente sem implicar em aumentos de custos.

Na Dimensão Saúde do Trabalhador os indicadores apresentaram resultados melhores, com relação às demais dimensões, porém, este campo possui alguns fatores que demandam atenção. O indicador impacto das ações de prevenção e controle de riscos ocupacionais medido pelo percentual de acidentes de trabalho no ano de 2006 demonstrou que, naquele ano, 90,3% dos municípios estudados não apresentaram casos de afastamentos por acidentes

de trabalho. Os demais (6,7%) referem-se à resposta não informada, que foi considerada como negativa para a gestão. Não detectar acidentes de trabalho pode estar associado ao não registro de acidentes de trabalho, comum em muitas instituições; os acidentes de trabalho também podem ser evitados pela ação do trabalhador no cuidado se sua própria saúde. De qualquer forma, a falta de atenção da gestão em ações de prevenção aumenta as chances de riscos aos trabalhadores, reafirmando a importância da mensuração deste indicador. A leitura dos resultados deve ser realizada sob olhar crítico em cada realidade estudada.

Na adequação do ambiente psicológico de trabalho para o desenvolvimento das atividades 66,7% dos municípios não apresentaram casos de depressão no período estudado. A ausência de casos de depressão tem potencial para demonstrar a existência de um ambiente psicológico de trabalho propício para a realização das atividades. Os casos de depressão apontados ocorreram por mais de uma vez durante os anos de 2005 e 2006, podendo estar associados com as questões relacionadas ao trabalho. A relação entre as causas de doenças como a depressão e o processo de trabalho não é simples, haja vista a diversidade de questões que podem estar associadas. Por outro lado, estudos têm demonstrado que os transtornos mentais e do comportamento estão entre as causas relevantes das doenças do trabalho nos órgãos públicos. Pesquisa desenvolvida em 2006²² sobre o perfil epidemiológico dos servidores públicos federais civis do poder executivo no estado de Santa Catarina, a partir de dados de 2003, revelou que os transtornos mentais e do comportamento representaram a segunda causa dentre doenças relacionadas ao trabalho. Outro estudo desenvolvido em Santa Catarina em 2007²³, sobre os problemas de saúde dos servidores públicos estaduais da Secretaria de Estado da Saúde e da Secretaria de Estado de Administração, no período de 1995 a 2005, revelou que os principais motivos dos afastamentos do período estavam relacionados aos transtornos mentais e comportamentais (25,30%) tendo como maior frequência os transtornos depressivos moderados e os episódios depressivos representando 32,32% dos casos.

A busca de assistência à saúde dos trabalhadores medida pelo acesso às Comissões Locais de Saúde do Trabalhador organizados pelo município ou acesso a serviços de Centros de Referência de Saúde do Trabalhador na região, identificou fragilidades neste campo. Dentre os municípios estudados 13,3% tiveram acesso a serviços de Centros de Referência. Nenhum identificou a existência de Comissões Locais de Saúde do Trabalhador no município. A ausência de estratégias para viabilizar o acesso dos trabalhadores à assistência dos problemas originados no trabalho, refletido no resultado deste indicador pode revelar uma

baixa preocupação da gestão com a recuperação da saúde dos trabalhadores ou um provável distanciamento dos municípios com relação às políticas nesta área.

Na Dimensão Controle Social da Gestão de Recursos Humanos no SUS, mais de 50% dos municípios apresentaram desempenhos classificados como “ruim” em todos os indicadores. No indicador organização do Controle Social para atuar nas questões de recursos humanos medido pela existência de Comissões Intersetoriais de Recursos Humanos ou similares nos Conselhos Municipais de Saúde, identificou-se que em 100% dos municípios estudados não havia qualquer tipo de comissão para RH em funcionamento em 2006. Isso demonstra que os Conselhos Municipais de Saúde, de maneira geral, não se encontravam organizados para melhor discutir e fazer acontecer suas deliberações. A existência de uma comissão para atuar nas questões de RH poderia facilitar o desenvolvimento da responsabilidade dos Conselhos Municipais de Saúde em contribuir na formulação de estratégias de operacionalização de políticas de saúde e atuar no controle da execução destas políticas.

Da mesma forma, na participação do Controle Social nos problemas relacionados à RH, detectou-se que no ano de 2006, apenas 40% dos municípios estudados discutiram assuntos ligados à RH. Questões como: concurso e seleção públicos, lotação do trabalhador, desenvolvimento dos trabalhadores com base na realidade epidemiológica local e PCCS devem ser decididas com a participação dos Conselhos Municipais de Saúde¹. Frente à alta rotatividade de pessoal observada, considera-se pouco provável que no período estudado não houvesse demandas para discussões junto aos conselhos, o que sugere que os problemas de recursos humanos ainda não ocupam espaço devido na agenda dos Conselhos Municipais de Saúde.

A participação da sociedade na definição de políticas de recursos humanos foi analisada com base na existência de definições sobre RH nas Conferências Municipais de Saúde. Como resultado identificou-se que apenas 20% dos municípios apresentaram definições nesta área. A participação do Controle Social é fundamental para a formulação de políticas, estratégias de operacionalização e controle da execução ações e serviços de saúde. De forma colegiada e deliberativa o seu funcionamento favorece o diálogo, a contestação e a negociação democrática das necessidades e interesses de cada segmento participante - usuários, prestadores de serviços, profissionais e governo²⁴. Logo, a realização de conferências municipais e a atuação dos conselhos nas questões de recursos humanos são indispensáveis para o avanço das políticas de recursos humanos no SUS.

Conclusão

A partir da aplicação da matriz de avaliação e da escala para emissão de juízo de valor propostas foi possível concluir que a eficácia da gestão de recursos humanos foi insatisfatória em todos os municípios analisados. Na dimensão Gestão do Trabalho 20% dos municípios apresentaram gestão com eficácia regular e insatisfatória nos demais. No Desenvolvimento do Trabalhador 13,3% apresentaram gestão com eficácia regular e 86,7% insatisfatória. Na Saúde do Trabalhador 6,7% dos municípios foram avaliados como eficazes, 60% como regulares e como 33,3% ineficazes. No Controle Social a gestão de recursos humanos foi avaliada como regular em 6,7% dos municípios e insatisfatória nos demais. Apesar do número reduzido de municípios estudados para teste do modelo, os resultados apontaram em direção à necessidade de melhoria nos desenvolvimentos das políticas de recursos humanos vigentes.

Considerações finais

A proposta permitiu analisar o subsistema gestão de recursos humanos de forma integrada nos aspectos de gestão do trabalho, desenvolvimento do trabalhador, saúde do trabalhador e controle social da gestão de recursos humanos, trazendo uma imagem ampliada da área, propondo um instrumento para avaliação global das políticas vigentes.

O estudo apresentado teve como foco o desenvolvimento e aplicação de um modelo para avaliação da gestão de RH não tendo como prioridade a avaliação do desempenho dos municípios pesquisados.

Por meio do teste de aplicabilidade verificou-se que o modelo é viável na atenção básica, em municípios de diferentes tamanhos, uma vez que, os resultados encontrados não apresentaram variações importantes em razão do porte populacional.

Os indicadores utilizados demonstraram validade para a avaliação da gestão de recursos humanos dentro das políticas vigentes. Os dados coletados foram capazes de gerar as informações necessárias à medição dos indicadores definidos.

Os sistemas de informação existentes na área de recursos humanos da saúde ainda não favorecem a geração de dados contínuos e sistemáticos que facilitem a institucionalização da avaliação e a realização de estudos ampliados. Todavia, a realização de estudos avaliativos nesta área é fundamental para a transformação dessa realidade.

Referências

1. Brasil. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Princípios e diretrizes para a gestão do trabalho no SUS (NOB/RH-SUS). 3. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.
2. Mendes EV. A atenção primária à saúde no SUS. Fortaleza: Escola de Saúde Pública do Ceará, 2002.
3. Borrelli FRG. A rotatividade dos profissionais de saúde na zona rural de Sergipe: Um problema a ser Enfrentado [Dissertação de mestrado]. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública, 2004.
4. Campos CVA, Malik AM. Satisfação no Trabalho e rotatividade dos médicos do Programa Saúde da Família. Revista de Administração Pública, v.42, n. 2, Rio de Janeiro, mar/abr. 2008.
5. Anselmi ML, Angerami ELS, Gomes ELR. Rotatividade dos trabalhadores de enfermagem nos hospitais do município de Ribeirão Preto. Revista Panamericana de Saúde Pública, v. 2, n.1, Washington, Julho, 1997.
6. Arias EHL, Vitalino HA, Machado MH, Filho WA, Cruz LAM. Gestão do trabalho no SUS. Cadernos RH Saúde, v. 3, n.1, (março, 2006), p. 119-134.
7. Machado MH, Filho WA, Zamberlan FX, Ribeiro SB, Mendonça EP. A mesa de negociação como instrumento para a gestão do trabalho no SUS. Cadernos RH Saúde, v. 3, n.1. (março, 2006), p. 141-148.
8. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da educação na Saúde. Política de educação e desenvolvimento para o SUS: caminhos para a educação permanente em saúde: pólos de educação permanente em saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.
9. Hoefel MGD, Elizabete CS, Jandira M. A Atenção à Saúde do Trabalhador no SUS: a proposta de constituição da RENAST. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Ministério da Previdência Social. Ministério do Trabalho e Emprego. Conselho Nacional de Saúde. 3º Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador. “Trabalhar, sim! Adoecer, não! (documento base). Brasília, 2005. Disponível em: www.saude.sc.gov.br. Acessado em: 20/04/2008.
10. Contandriopoulos AP. Avaliando a institucionalização da avaliação. Ciência & Saúde Coletiva, vol. 11, n.3, julho/setembro, 2006.

11. Calvo MCM, Henrique F. Avaliação - Algumas concepções teóricas sobre o tema. In: Lacerda JT, Traebert JL. A Odontologia e a Estratégia Saúde da Família. Tubarão: Ed. UNISUL, 2006, p. 115-139.
12. Silva AAC, Freitas CAS. Avaliação de Programas Públicos no Brasil. O Papel do Tribunal de Contas da União. In: Brasil. Tribunal de Contas da União. Prêmio Serzedello Corrêa 2003: monografias vencedoras, Brasília: TCU, Instituto Serzedello Corrêa, 2005. 167p.
13. Dessler G. Administração de Recursos Humanos. Tradução: Cecília Leão Oderich, São Paulo: Prentice Hall, 2003.
14. Silva LMV, Formigli VL. Avaliação em Saúde: Limites e Perspectivas. Rio de Janeiro, Cadernos de Saúde Pública, 10 (1): 80-91, 1994.
15. Felisberto I. Da teoria à formulação de uma Política Nacional de Avaliação em Saúde: reabrindo o debate. *Ciência & Saúde Coletiva*, v 11, n. 3, 2006, p. 554 – 557.
16. Novaes HMD. Avaliação de programas, serviços e tecnologias em saúde. *Rev. Saúde Pública*, v. 34, n.5, 2000, p 547-59.
17. Dalf RL. *Organizações – Teoria e Projetos*. (Tradução: Cid Knepel) São Paulo: Thomson Learning, 2006.
18. Arias EHL, Machado MH, Sanches DR, Tomascheski J, Santos JR. Situação dos planos de carreiras das secretarias estaduais e municipais de saúde. *Cadernos RH Saúde*, v.3, n.1, (março, 2006), p. 149-161.
19. Chiavenato I. *Gestão de pessoas: o novo papel dos recursos humanos nas organizações*, Rio de Janeiro: Campus, 1999.
20. Farias LO; Vaitsman J. Interação e conflito entre categorias profissionais em organizações hospitalares públicas. *Cad. Saúde Pública*, v.18 n.5, Rio de Janeiro, set/out 2002.
21. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 1996 de 20 de agosto de 2007 que dispõe sobre as diretrizes para a implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde e dá outras providências. Disponível em http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/Portaria_1996-de_20_de_agosto-de-2007.pdf. Acessado em: 11/11/08.
22. Paula CR. *Condições de Trabalho Atividade e referências a agravos: um estudo em servidores públicos federais de Santa Catarina [Dissertação de Mestrado]*. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina, 2006.

23. Cunha JCCB. Adoecimento e afastamento do trabalho de servidores públicos estaduais de Santa Catarina, 1995 a 2005 [Dissertação de Mestrado]. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina, 2007.
24. Brasil. Ministério da Saúde. Gestão Municipal de Saúde: textos básicos. Rio de Janeiro, Ministério da saúde, 2001.

APÊNDICES

Apêndice A- Indicadores de avaliação. Dimensões: Gestão do Trabalho no SUS, Desenvolvimento do Trabalhador do SUS, Saúde do Trabalhador do SUS e Controle Social da Gestão de Recursos Humanos no SUS

Apêndice B- Formulários de coleta de dados dos municípios

Apêndice C - Formulário para preenchimento pelo Conselho Municipal de Saúde

Apêndice D - Carta aos Gestores sobre concordância na pesquisa

Apêndice E- Ofício aos gestores sobre os objetivos da pesquisa

APÊNDICE A - Indicadores de avaliação. Dimensões: Gestão do Trabalho no SUS, Desenvolvimento do Trabalhador do SUS, Saúde do Trabalhador do SUS e Controle Social da Gestão de Recursos Humanos no SUS

DIMENSÃO: Gestão do Trabalho no SUS

INDICADORES	MEDIDAS
Qualificação do vínculo de trabalho	Percentual de trabalhadores do SUS com vínculo permanente em 2005 e 2006.
Fixação do Trabalhador no município	Índice de rotatividade na função de médico em 2005 e 2006
Valorização do Trabalhador	Plano de Carreira, Cargos e Salários em funcionamento em 2006

RATIONALE

- Qualificação do vínculo do trabalho no SUS

A admissão dos trabalhadores para atuação na Atenção Básica deve considerar os preceitos da regulamentação profissional das categorias, as normas legais. A precarização do trabalho está associada à não garantia de direitos trabalhistas e previdenciários e também a ausência de concurso público ou seleção pública⁵. Nos serviços públicos os cargos devem ser criados por lei e seu preenchimento deve ocorrer por meio de nomeação por concurso público/seleção pública, a partir de parâmetros que garantam a qualidade da execução dos serviços (BRASIL, 2005a). A preferência do gestor pelo regime estatutário indica sua preocupação com a legalidade das decisões e o incentivo à permanência dos profissionais na rede minimizando a precarização do trabalho no SUS.

⁵ *Vinculação de estatutários (carreira)* - Esta modalidade depende de ingresso por concurso público conforme o art. 37 da Constituição Federal.

Vinculação por cargos comissionados - Os cargos comissionados são criados por lei e os gestores têm maior liberdade de provimento, sendo dispensados das exigências de concurso público. Os cargos comissionados deveriam ser reservados às funções administrativas. Mas num contexto de extremas dificuldades de contratação acabam sendo utilizados para vincular pessoal de prestação de serviços de saúde (NOGUEIRA, 1999). “As funções de confiança, exercidas exclusivamente por servidores ocupantes de cargo efetivo, e os cargos em comissão, a serem preenchidos por servidores de carreira nos casos, condições e percentuais mínimos previstos em lei, destinam-se apenas às atribuições de direção, chefia e assessoramento; [\(CF-Art. 37, V\)](#)”

Contratos temporários - A vinculação temporária destina-se a realizar necessidades temporárias e excepcionais do serviço público (CF- Art. 37, IX). Serve para atividades e programas específicos de natureza transitória. Tem sido utilizado para a vinculação de Agentes Comunitários de Saúde de Endemias (NOGUEIRA, 1999). A Emenda Constitucional n. 51 de 2006, os gestores locais do SUS poderão admitir agentes comunitários de saúde e agentes de combate às endemias por meio de processo seletivo público *Vinculação informal*- As vinculações informais não são apoiadas em elementos legais e não constituem obrigações previdenciárias. Têm sido utilizadas principalmente para agentes comunitários de saúde (NOGUEIRA, 1999).

- Valorização do Trabalhador - Plano de Carreira Cargos e Salários - PCCS

O Plano de Carreira, Cargos e Salários é um instrumento que possibilita a organização e concessão de salários e incentivos de forma planejada e democrática, estimulando os trabalhadores a permanecerem no cargo. A existência de PCCS em vigor na SMS indica a preocupação da gestão com o desenvolvimento dos profissionais de saúde, sua manutenção nos serviços e a adequação das políticas de recursos humanos aos princípios do SUS.

-Fixação do trabalhador no município

O desenvolvimento das atividades nos serviços de saúde depende diretamente da existência de profissionais em quantidade suficiente, com perfil adequado e que permaneça na função o tempo suficiente para a manutenção dos serviços. A permanência dos profissionais nos cargos assegura um melhor aproveitamento dos incentivos e dos investimentos de capacitação realizados no trabalhador; facilita a melhoria do funcionamento dos serviços por meio da experiência que os profissionais absorvem com o decorrer dos anos. A rotatividade de pessoal – resultado da saída de trabalhadores e de entrada de outros para substituí-los – gera perda de energia (vínculos), conhecimentos e habilidades e apresenta custos de reposição. O desligamento dos trabalhadores pode ser motivado por situações como aposentadorias, finalização de contrato, morte ou demissão.

Um índice de rotatividade baixo indica a preocupação da gestão com a manutenção de um quadro de trabalhadores estável para a garantia da qualidade e continuidade dos serviços.

DIMENSÃO: Desenvolvimento do Trabalhador no SUS

INDICADORES	MEDIDAS
Empenho da gestão na qualificação profissional	Percentual de médicos que participaram de capacitações em 2006
Realização de Educação Permanente em serviço	Percentual de ESF que realizaram reuniões de planejamento em 2006
Inserção do município nas decisões sobre Educação Permanente	Percentual de presenças nas reuniões dos Pólos de EP em 2005 e 2006

RATIONALE

Empenho da gestão na qualificação profissional

A qualificação dos trabalhadores para a Atenção Básica de forma contínua e planejada é fundamental para a preparação da força de trabalho. A participação dos médicos em cursos (capacitações, formação, especialização) realizados pelo município ou em parcerias com o Estado, Ministério da Saúde, Pólos de Educação Permanente, outras instituições indica que a gestão municipal tem conseguido desenvolver atividades educativas e estimular a participação dos trabalhadores preocupando-se com a qualidade do trabalho realizado.

-Realização da Educação Permanente em serviço

A Educação Permanente busca transformação das práticas profissionais por meio da reflexão crítica do processo de trabalho. Além da qualificação estruturada, atividades como reuniões das Equipes de Saúde da Família para discussão dos problemas que envolvem, representa uma ação importante para o aprendizado da equipe e para a reformulação do processo de trabalho. A existência de reuniões sistemáticas indica o interesse da gestão com o resultado do trabalho e com o preparo da equipe de forma multiprofissional, num processo que deve acontecer de forma obrigatória e não que não possui custos adicionais.

-Inserção do município nas decisões sobre Educação Permanente na região

A Política de Educação Permanente (Port. GM/MS nº 198/2004 e Port. nº GM/MS1996/2007) prevê a participação dos municípios nas decisões sobre Educação Permanente nos Pólos de Educação Permanente - atuais Comissões Permanentes de Integração Ensino-Serviço – e nos Colegiados de Gestão Regional. A participação dos municípios nas reuniões dos Pólos de Educação Permanente indica a inserção do município nas decisões sobre Educação Permanente que afetam seu município e a região.

DIMENSÃO: Saúde do Trabalhador do SUS

INDICADORES	MEDIDAS
Impacto das ações de prevenção e controle de riscos ocupacionais	Percentual de acidentes de trabalho em 2006
Adequação do ambiente de trabalho (psicológica)	Percentual de afastamentos por depressão em 2006
Assistência à saúde dos Trabalhadores	Acesso a serviços de Comissões Locais de saúde do trabalhador ou Centros de Referência em saúde do Trabalhador em 2006

RATIONALE

- Impacto de ações de prevenção e controle de riscos ocupacionais

O desenvolvimento do trabalho em ambiente livre de riscos à saúde é condição indispensável para o desenvolvimento do processo de trabalho. Atividades de prevenção e controle de riscos à saúde do trabalhador devem ser realizadas por meio de programas e ações que possibilitem a conscientização dos trabalhadores e a baixa exposição a situações de riscos. A ausência de acidentes de trabalho indica a preocupação da gestão com manutenção de um ambiente físico adequado e com a informação aos trabalhadores sobre as situações de risco.

-Adequação do ambiente psicológico de trabalho

Conforme orientações da NOB-RH/SUS -Todas as unidades de saúde deverão elaborar um programa de acompanhamento da situação de saúde dos trabalhadores, incluindo o monitoramento do quadro clínico de todos os trabalhadores expostos à riscos específicos; implementação de ações educativas e de promoção à saúde que se constituirá parte de um conjunto mais amplo de iniciativas de prevenção e promoção à saúde dos trabalhadores;

A depressão representa uma das doenças observadas no serviço público que pode ser resultante da existência de ambiente psicológico inadequado para o desenvolvimento do trabalho podendo ser causada por situações como a desorganização do processo de trabalho, inadequação do trabalhador ao cargo e pressões no ambiente de trabalho. A ausência de casos de depressão indica a existência um ambiente psicológico adequado para o desenvolvimento das atividades.

- Assistência à saúde dos trabalhadores

Os órgãos gestores ficam obrigados a instituir a manter Comissões de Saúde Ocupacional dos Trabalhadores do SUS, por local de trabalho, com a participação dos trabalhadores nas

decisões que envolvam a garantia da qualidade das condições de saúde, individuais e coletivas de trabalho e do meio ambiente (NOB-RH/SUS). A assistência à Saúde no ambiente de trabalho por meio de Comissões Locais ou articulação com os Centros de Referência de Saúde do Trabalhador da região significa que a gestão busca desenvolver mecanismos de assistência de forma direta ou busca a articulação com a rede de serviços de saúde do trabalhador.

DIMENSÃO: Controle Social da Gestão de RH no SUS

INDICADORES	MEDIDAS
Organização do controle Social para atuar nas questões de RH	Existência de Comissões Intersetoriais de RH, Câmaras Técnicas de RH, ou outra, nos Conselhos Municipais de Saúde em 2006
Participação dos Conselhos Municipais de Saúde nos problemas de RH	Discussões sobre temas de RH nos Conselhos Municipais de Saúde em 2006
Articulação com a sociedade na definição de políticas de RH	Deliberações sobre temas de RH nas Conferências Municipais de Saúde em 2007

RATIONALE

- Organização do controle social para definições e acompanhamento das deliberações sobre RH no município

Os Conselhos de Saúde de âmbito estadual e municipal devem instituir Comissões Intersetoriais de Recursos Humanos dos Conselhos de Saúde para acompanhar a implementação das deliberações dos Conselhos acerca do trabalho no SUS (BRASIL, 2005a). A existência destas comissões ou comissões temáticas de recursos humanos indica que o Conselho Municipal de Saúde está organizado para discutir e/ou fazer implementar as suas deliberações.

- Participação dos Conselhos de Saúde nos problemas de Recursos Humanos dos municípios

As questões de gestão do trabalho nas três esferas de gestão, deverão ser sempre submetidas ao controle social do SUS - Conselhos de Saúde - do respectivo Sistema de Saúde (BRASIL, 2005a). A existência de deliberações nos Conselhos Municipais de Saúde sobre contratação, PCCS, transferências e educação permanente dos trabalhadores indica a participação dos Conselhos de Saúde na solução dos problemas de recursos humanos do município.

- Articulação com a sociedade na definição das Políticas de RH-

As questões de recursos humanos deverão ser sempre submetidas aos fóruns de participação popular -Conferências de Saúde- do respectivo Sistema de Saúde e pactuadas, antes da sua execução, entre gestores, trabalhadores e usuários (BRASIL, 2005a). A existência de deliberações sobre recursos humanos na última Conferência Municipal de Saúde é um indicador de que a sociedade participa e está preocupada com a melhoria das questões de RH do município.

APÊNDICE B - Formulário Setor de Recursos Humanos (sobre servidores da área da saúde)

Município: _____

Nome e cargo do responsável pelas respostas: _____ Telefone: _____

1 - Identifique o número de trabalhadores do município conforme os vínculos e anos abaixo: (Não incluir Agentes Comunitários de saúde)		
VÍNCULOS	2005	2006
Celetista Temporário (contrato por tempo determinado)		
Celetista Permanente		
Estatutário		
Cooperado		
Terceirizado		
Outros		
TOTAL		
2 - Identifique o número de médicos existentes no município conforme a situação indicada: Existentes em janeiro de 2005 (_____) Admitidos de 2005 a 2006 (_____) Existentes em dezembro de 2006 (_____) Desligados de 2005 a 2006 (_____)		
3 - Identifique o número de dentistas existentes no município conforme a situação indicada: Existentes em dezembro de 2006 (_____) Desligados de 2005 a 2006 (_____)		
4 - Quantos dentistas trabalham na mesma Unidade de Saúde por mais de dois anos consecutivos, desde o ano de 2005?		(_____)
5 - O município tinha Plano de Carreira, Cargos e Salários em funcionamento, no ano de 2006, destinado aos trabalhadores da saúde?		Sim () Não ()
6 - Qual o número de médicos que participaram de cursos (capacitações, formação, especialização) organizados pelo município ou em parcerias com o estado, Ministério da Saúde, Pólos de Educação Permanente ou outras instituições, no ano de 2006?		(_____)
7 - Qual o número de trabalhadores afastados por acidentes de trabalho no ano de 2006?		(_____)
8 - Qual o número de trabalhadores afastados por depressão no ano de 2006?		(_____)
9 - Qual o número de trabalhadores que se afastaram do trabalho por depressão, por mais de uma vez, entre os anos de 2005 a 2006?		(_____)
10 - Qual o número de Unidades Básicas de Saúde que tiveram acesso aos serviços oferecidos pelas CIPAS, Comissões Locais de Saúde do Trabalhador ou Centros de Referência da Saúde dos Trabalhadores (CEREST) no município ou na região?		(_____)
11 - Número de Unidades de Saúde no município		(_____)
12 - Quantas Unidades de Saúde realizaram reuniões de planejamento pelo menos 1 (uma) vez ao mês, no ano de 2006?		(_____)

APÊNDICE C - _Formulário para preenchimento pelo Conselho Municipal de Saúde

Município: _____

Nome e cargo do responsável pelas respostas: _____

Telefone: _____

1 - Quais dos itens abaixo o Conselho Municipal de Saúde (CMS) tinha em funcionamento, no ano de 2006:	
A - Câmara Técnica de Recursos Humanos, destinada a análise e parecer das matérias para aprovação do CMS	Sim () Não ()
B - Comissão Interinstitucional de Recursos Humanos - CIRH destinada a acompanhar as deliberações do CMS	Sim () Não ()
C - Outro tipo de comissão com estas finalidades. Qual? _____	
2 - Qual o número de reuniões do Conselho Municipal de Saúde (CMS) no ano de 2006?	(_____)
3 - Número de reuniões do Conselho Municipal de Saúde, em 2006, onde se discutiu:	
A - Plano de Carreira, Cargos e Salários	(_____)
B - Transferências de trabalhadores da saúde	(_____)
C - Contratação de trabalhadores	(_____)
D - Educação Permanente	(_____)

APÊNDICE D - Carta de apresentação aos Gestores sobre concordância na pesquisa



ESTADO DE SANTA CATARINA
SECRETARIA DE DESENVOLVIMENTO REGIONAL
GERÊNCIA DE SAÚDE

CARTA DE APRESENTAÇÃO

Encaminhamos as pesquisadoras Sirlésia Vigarani Scalco e Daniela Alba Nickel, mestrandas do curso de Saúde Pública da Universidade Federal de Santa Catarina para a realização das seguintes pesquisas:

1- “Modelo para avaliação da eficácia da gestão em recursos humanos na saúde, aplicado à atenção básica”.

2-“Efetividade da gestão do provimento da atenção odontológica na atenção básica”

Tendo em vista a importância do desenvolvimento de propostas que possam contribuir na melhoria da gestão de saúde nos municípios catarinenses, esta Secretaria apóia o desenvolvimento das referidas pesquisas, as quais serão realizadas nos municípios da Regional da Grande Florianópolis.

Dessa forma, solicitamos a participação de seu município nestes estudos e a colaboração dos Técnicos/ Responsáveis pelos serviços para a efetivação do levantamento dos dados que se fizerem necessários.

Florianópolis, 18 de janeiro de 2008.

Sr. Paulo Orsini
Gerente de Saúde/Secretaria de Desenvolvimento Regional

APÊNDICE E- Ofício aos gestores sobre os objetivos da pesquisa

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE PÚBLICA
MESTRADO EM SAÚDE PÚBLICA

Ilmo(a). Senhor(a)
Secretário(a) Municipal de Saúde

Prezado(a) Secretário(a),

Seu município foi selecionado para participar de duas pesquisas desenvolvidas na Macro Região de Saúde da Grande Florianópolis.

As duas propostas de pesquisa estão vinculadas ao Programa de Pós Graduação em Saúde Pública da Universidade Federal de Santa Catarina e compõem o **Projeto de Fortalecimento do Sistema de Monitoramento e Avaliação da Atenção Básica**, que vem sendo desenvolvido desde outubro de 2004 pela Secretaria Estadual de Saúde de Santa Catarina com assessoria técnica da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC) e da Fundação de Amparo à Pesquisa e Extensão Universitária (FAPEU). Elas contribuem para o desenvolvimento de uma metodologia de avaliação da **efetividade da gestão do provimento da atenção odontológica na atenção básica** e da **eficácia da gestão de recursos humanos na saúde, aplicada à atenção básica**.

A metodologia de avaliação desenvolvida baseia-se em indicadores gerados exclusivamente para as duas pesquisas. Para o teste de aplicabilidade do método foram escolhidos os municípios da área de abrangência da Macro Regional da Grande Florianópolis por apresentarem diferentes portes populacionais e características de organização do sistema de saúde também diferenciadas.

Certas de sua colaboração, agradecemos antecipadamente e nos colocamos à disposição para maiores esclarecimentos através dos telefones (48) 8173583 ou (48) 88246294

Atenciosamente,

Dra. Maria Cristina Marino Calvo
Prof^a. PPGSP – UFSC

Dra. Josimari Telino de Lacerda
Prof^a. PPGSP – UFSC

Daniela Alba Nickel
Mestranda PPGSP – UFSC

Sirlésia Vigarani Scalco
Mestranda PPGSP – UFSC