

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ  
CENTRO DE PESQUISAS AGGEU MAGALHÃES  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO *STRICTO SENSU*  
Curso de Mestrado Acadêmico em Saúde Pública

JULIANA MARIA ORIÁ DE OLIVEIRA

ANÁLISE DA IMPLEMENTAÇÃO DA POLÍTICA DE GESTÃO DO TRABALHO  
NA SAÚDE NO MUNICÍPIO DE RECIFE - PE

Recife  
2013

**JULIANA MARIA ORIÁ DE OLIVEIRA**

**ANÁLISE DA IMPLEMENTAÇÃO DA POLÍTICA DE GESTÃO DO TRABALHO  
NA SAÚDE NO MUNICÍPIO DE RECIFE - PE**

Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado Acadêmico em Saúde Pública do Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz para obtenção de grau de mestre em Ciências.

**Orientadora:** Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup>. Paulette Cavalcanti de Albuquerque

Recife  
2013

Catálogo na fonte: Biblioteca do Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães

---

- O48a      Oliveira, Juliana Maria Oriá de.  
            Análise da implementação da Política de Gestão do Trabalho na Saúde no município de Recife-PE / Juliana Maria Oriá de Oliveira. - Recife: s.n, 2013.  
            173 p. : 30 cm.
- Dissertação (Mestrado Acadêmico em Saúde Pública)  
            - Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2013  
            Orientadora: Paulette Cavalcanti de Albuquerque.
1. Recursos humanos em saúde. 2. Administração de Recursos Humanos em Saúde. 3. Políticas públicas de saúde. I. Albuquerque, Paulette Cavalcanti de. II. Título.

CDU 331.101.262

---

**JULIANA MARIA ORIÁ DE OLIVEIRA**

**ANÁLISE DA IMPLEMENTAÇÃO DA POLÍTICA DE GESTÃO DO TRABALHO  
NA SAÚDE NO MUNICÍPIO DE RECIFE - PE**

Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado Acadêmico em Saúde Pública do Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz para obtenção de grau de mestre em Ciências.

Aprovada em: 27 / 03 / 2013

**BANCA EXAMINADORA**

---

Profa. Dra. Paulette Cavalcanti de Albuquerque  
Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães/FIOCRUZ

---

Prof. Dr. Francisco Eduardo de Campos  
Universidade Federal de Minas Gerais/UFMG

---

Profa. Dra. Idê Gomes Dantas Gurgel  
Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães/FIOCRUZ

## AGRADECIMENTOS

À minha Orientadora Profa. Dra. Paulette Cavalcanti de Albuquerque pelo apoio, partilha do saber e valiosas contribuições fundamentais para a elaboração deste trabalho.

À minha mãe que esteve sempre comigo, apoiando-me e acreditando em meu potencial. Sem ela não seria possível a realização deste trabalho.

A todos os meus familiares e aos meus amigos, em particular aos meus irmãos e meus sobrinhos, pela paciência e compreensão sempre demonstrados, e de uma forma muito particular, a Rodolfo pelo amor e carinho que me deu suporte para a conclusão deste trabalho.

À Profa. Dra. Kátia Rejane de Medeiros, um exemplo que sempre levarei comigo, como pessoa e como profissional, pelas sugestões durante a construção desse trabalho.

Aos amigos do Grupo de Pesquisa do Observatório de Recursos Humanos pelas valiosas contribuições, em especial a Neuza Buarque que sempre me ouviu, me auxiliou e me cedeu à mão amiga nos momentos mais críticos.

Aos amigos da Turma do Mestrado Acadêmico 2011/2013, que compartilharam comigo momentos de dificuldades e pelo prazer da convivência.

A todos os professores e funcionários do Centro de Pesquisa Aggeu Magalhães, pelo aprendizado.

Aos profissionais da Prefeitura da Cidade de Recife pela hospitalidade e colaboração que permitiram a realização deste estudo.

A todos aqueles que, de alguma maneira, colaboraram e tornaram possível a realização deste trabalho.

Divido com todos vocês mais uma etapa de minha vida.

Por fim, e principalmente, agradeço a Deus por me sustentar nos momentos difíceis, dando-me força e perseverança para continuar o caminho.

Quando é verdadeira, quando nasce da necessidade de dizer, a voz humana não encontra quem a detenha. Se lhe negam a boca, ela fala pelas mãos, ou pelos olhos, ou pelos poros, ou por onde for. Porque todos, todos temos algo a dizer aos outros, alguma coisa, alguma palavra que merece ser celebrada ou perdoada.

(Galeano)

OLIVEIRA, Juliana Maria Oriá de. **Análise da implementação da Política de Gestão do Trabalho na Saúde no município de Recife-PE**. 2013. Dissertação (Mestrado Acadêmico em Saúde Pública) – Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2013.

## RESUMO

A implementação do Sistema Único de Saúde (SUS) configurou uma nova forma de estruturar os serviços, levando a expansão de empregos de saúde na instância municipal. Na década de 90, devido aos preceitos neoliberais, mais de 500 mil situações de trabalho em condições precárias foram geradas. Devido a necessidade de se implementar uma política de valorização do trabalho no SUS, o Ministério da Saúde criou, em 2003, a Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES), a qual considera alguns temas como Agenda da Gestão do Trabalho que são: desprecarização, valorização, negociação e o Programa de Qualificação e Estruturação da Gestão do Trabalho e da Educação no SUS – ProgeSUS. Para a estruturação, modernização e fortalecimento da capacidade gestora da área de Gestão do Trabalho, é importante o conhecimento da realidade em que se encontra esse setor. Assim, este estudo tem como objetivo analisar o processo de implementação da Política de Gestão do Trabalho na Saúde no município de Recife no período de 2006 a 2011. Trata-se de um estudo qualitativo que se propõe a fazer uma análise da Política de Gestão do Trabalho na Saúde a partir do modelo de Análise Compreensiva de políticas de saúde que aborda quatro aspectos: contexto, processo, conteúdo e atores. Para isso, foi utilizada a pesquisa bibliográfica, a análise documental e a análise de discurso de entrevistas, tendo como base as seguintes categorias: Agenda da Gestão do Trabalho, Saúde do Trabalhador e Controle Social da Gestão do Trabalho. Assim, constatou-se que houve um avanço nos temas que estão na Agenda da Gestão do Trabalho diferentemente das ações relacionadas à Saúde do Trabalhador e a participação do Controle Social. Apesar de ainda apresentar fragilidades, pode-se concluir que mesmo, em um contexto no qual predominavam circunstâncias estruturais complexas, as ações realizadas pela Política de Gestão do Trabalho no município de Recife, levaram a conquistas expressivas, quando comparada ao panorama anterior a 2001, ano que se iniciaram ações garantido os direitos dos trabalhadores.

**Descritores:** Recursos humanos em saúde; Administração de Recursos Humanos em Saúde; Políticas públicas de saúde.

OLIVEIRA, Juliana Maria Oriá de. **Analysis of the implementation of the Labor Management Policy in Health in Recife-PE.** 2013. Dissertation (Academic Master of Public Health) - Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2013.

## **ABSTRACT**

The implementation of the Unified Health System (SUS) set up a new way of structuring services, leading to expansion of jobs in health instance hall. In the 90s, due to neoliberal precepts, more than 500 000 work situations were generated in disrepair. Because of the need to implement a policy of valuing work in the SUS, the Ministry of Health created in 2003, the Department of Labor Management and Health Education (SGTES), which considers some issues like Agenda Work Management are: Betterment, valuation, negotiation and Qualification and Structuring Program Management of Labour and Education in SUS - ProgeSUS. For the structure, modernization and strengthening of the management capacity of area Work Management, is important to know the reality is that this industry. This study aims to analyze the process of implementation of the Common Management of Work in Healthcare in the city of Recife in the period from 2006 to 2011. This is a qualitative study that proposes to make an analysis of Labor Management Policy in Health from the model Comprehensive Analysis of health policy that addresses four aspects: context, process, content and actors. For this, we used the literature review, document analysis and discourse analysis of interviews, based on the categories: Agenda Work Management, Occupational Health and Control of Social Work Management. Thus, it was found that there was a breakthrough on issues that are on the agenda of the Labor Management differently from actions related to Occupational Health and participation of Social Control. Although still present weaknesses, we can conclude that even in a context in which complex structural circumstances prevailed, the actions taken by the Labor Management Policy in the city of Recife, led to significant progress compared to the previous outlook for 2001 year actions began guaranteed workers' rights.

Key words: Human resources in health; Management of Human Resources in Health; Public Health Policy.



## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Quadro1. Matriz de Análise do Modelo de Análise Compreensiva de Políticas de Saúde	41
Quadro2: Distribuição das entrevistas realizadas de acordo com setor dos entrevistados e a gestão municipal	44
Quadro3: Distribuição dos documentos analisados de acordo com setor de elaboração	44
Quadro4. Categorias de análise e fonte de dados secundários	47
Quadro5. Rede de serviços de saúde do Recife, 2006 e 2011	70
Figura1. Matriz sintética do contexto da Política de Gestão do Trabalho na Saúde no município de Recife	74
Quadro 6: Análise da situação das proposições do PMS 2006 - 2009	89
Quadro7: Análise da situação das proposições que não estavam no PMS 2006 - 2009	92
Quadro 8: Análise das deliberações da 9ªCMS que entraram no PMS 2010 – 2013 e da situação das proposições do Plano citado	97
Quadro 9: Análise das proposições que estão descritas no PMS 2010 – 2013 e não foram deliberações da 9ª CMS	102
Quadro10: Análise da situação das proposições que não estavam no PMS 2010 - 2013	103
Gráfico 1: Evolução da composição da força de trabalho da Secretaria Municipal de Saúde de Recife, 2006 a 2011	104
Quadro 11. Matriz sintética dos mecanismos de progressão, periodicidade e critérios de avaliação no PCCV/2004 e no PCCDV/2012	107
Quadro 12. Matriz sintética dos Cargos Contemplados no PCCV/2004 e no PCCDV/2012	110
Quadro 13. Matriz sintética dos acidentes e ocorrências no trabalho notificados no período de 2006 a 2011	115
Quadro 14. Matriz sintética das pautas das reuniões do Conselho Municipal de Saúde relacionadas à Gestão do Trabalho, 2006 a 2011	117
Quadro 15: Matriz sintética das categorias analíticas a partir dos documentos analisados	122
Quadro 16: Matriz Cálculo Interativo – Posicionamento e Mobilização dos Atores	127

## LISTA DE TABELAS

- Tabela1. Países selecionados com sistema de saúde de acesso universal segundo % do PIB do gasto setorial, per capita público (em US\$) e % do gasto público em relação ao gasto total com saúde, 2007 **66**
- Tabela2. Consolidado da Execução Orçamentária da Secretaria de Saúde (Administração Direta e Fundo Municipal de Saúde) segundo fonte dos recursos (R\$) e percentual da receita municipal aplicadas na Saúde. **67**
- Tabela3. Demonstrativo da Execução Orçamentária da Secretaria de Saúde com a Gestão do Trabalho e Desenvolvimento de Recursos Humanos segundo fonte dos recursos (R\$). **67**

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AIDS	Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
ACE	Agente de Controle de Endemias
ACS	Agente Comunitário de Saúde
AGU	Advocacia Geral da União
ASA	Agente de Saúde Ambiental
ASACE	Agente de Saúde Ambiental e Controle de Endemias
ASTRA	Associação dos Trabalhadores do Programa de Saúde da Família da Cidade do Recife
APR	Análise Preliminar do Risco
APS	Atenção Primária a Saúde
ARD	Agente de Redução de Danos
AVISAR	Associação dos Servidores da Vigilância Sanitária do Recife
CAAE	Certificado de Apresentação para Apreciação Ética
CAPS	Centros de Atenção Psicossocial
CAT	Comunicação de Acidente de Trabalho
CEO	Centro de Especialidades Odontológicas
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CEREST	Centro Regionalizado em Saúde do Trabalhador
CEST	Centro Especializado em Saúde do Trabalhador
CFEP	Colegiado de Formação e Educação Permanente
CIB	Comissão Intergestores Bipartite
CIT	Comissão Intergestores Tripartite
CIST	Comissão Intersetorial de Saúde do Trabalhador
CMS	Conferência Municipal de Saúde
CNS	Conselho Nacional de Saúde
COFINS	Contribuição Social para o Financiamento da Seguridade Social
CONASEMS	Conselho Nacional dos Secretários Municipais de Saúde

CONASS	Conselho Nacional dos Secretários de Saúde
CONSISTRH	Sistema Informação de Gestão de Recursos Humanos
CPqAM	Centro de Pesquisa Aggeu Magalhães
CSLL	Contribuição sobre o Lucro Líquido das Empresas
CTEIP	Contratação Temporária Excepcional de Interesse Público
CVA	Centro de Vigilância Ambiental
DEGES	Departamento de Gestão da Educação na Saúde
DEGERTS	Departamento de Gestão e da Regulação do Trabalho na Saúde
DesprecarizaSUS	Programa Nacional de Desprecarização do Trabalho no SUS
DGAS	Diretoria Geral de Assistência a Saúde
DGADP	Diretorial Geral de Desenvolvimento e Administração de Pessoas
DGGT	Diretoria de Geral de Gestão do Trabalho
DGGTES	Diretoria de Geral de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde
DRH	Diretoria de Recursos Humanos
DS	Distrito Sanitário
DST	Doença sexualmente transmitida
E1	Entrevistado 1
E2	Entrevistado 2
E3	Entrevistado 3
E4	Entrevistado 4
E5	Entrevistado 5
E6	Entrevistado 6
E7	Entrevistado 7
E8	Entrevistado 8
E9	Entrevistado 9
EC 29	Emenda Constitucional nº. 29
ED	Educação Permanente
EPI	Equipamento de Proteção Individual
ESF	Estratégia de Saúde da Família

EUA	Estados Unidos da América
FHC	Fernando Henrique Cardoso
FBV	Faculdade Boa Viagem
FINSOCIAL	Fundo de Desenvolvimento Social
FUNDEB	Fundo de Manutenção e Desenvolvimento da Educação Básica e de Valorização dos Profissionais da Educação
FNDE	Fundo Nacional de Desenvolvimento da Educação
GAB	Gerência de Atenção Básica
GHWA	The Global Health Workforce Alliance
GOGP	Gerência Operacional de Gestão de Pessoas
GSAT	Gerência Executiva de Atenção à Saúde do Trabalhador
GM	Gabinete Ministerial
HIV	Vírus da Imunodeficiência Humana
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
InforSUS	Sistema Nacional de Informações em Gestão do Trabalho do SUS
IMIP	Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira
IR	Imposto de Renda
IPI	Imposto sobre Produtos Industrializados
INEP	Instrução Normativa de Educação Permanente
InforSUS	Sistema Nacional de Informações em Gestão do Trabalho do SUS
Mercosul	Mercado Comum do Sul
MS	Ministério da Saúde
MNNP	Mesa Nacional de Negociação Permanente do SUS
MNP	Mesa de Negociação Permanente
NAPI	Núcleos de Apoio às Práticas Integrativas
NASF	Núcleos de Apoio à Saúde da Família
NESC	Departamento de Saúde Coletiva
NOAS	Norma Operacional da Assistência a Saúde
NOB	Norma Operacional Básica

NOB/RH	Princípios e Diretrizes para a Gestão do Trabalho no SUS
OMC	Organização Mundial do Comércio
OMS	Organização Mundial da Saúde
ONU	Organização das Nações Unidas
OSS	Orçamento da Seguridade Social
PAB	Piso da Atenção Básica
PAC	Programa de Aceleração do Crescimento
PACS	Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PADS	Programa de Avaliação de Desempenho dos Servidores
PAEP	Planos Anuais de Educação Permanente
PCCDV	Plano de Cargos, Carreiras, Desenvolvimento e Vencimentos
PCCS	Plano de Cargos, Carreira e Salários
PCCV	Plano de Cargos, Carreira e Vencimentos
PCdoB	Partido Comunista do Brasil
PCR	Prefeitura da Cidade de Recife
PDE	Plano de Desenvolvimento da Educação
PDP	Política de Desenvolvimento Produtivo
PDT	Partido Democrático Trabalhista
PDVISA	Plano Diretor da Vigilância Sanitária
PEA	População Economicamente Ativa
PET-Saúde	Programa de Educação pelo Trabalho na Saúde
PITCE	Política industrial, Tecnológica e de Comércio Exterior
PIB	Produto Interno Bruto
PMDB	Partido do Movimento Democrático Brasileiro
PMPIC	Política Municipal de Práticas Integrativas e Complementares
PMS	Plano Municipal de Saúde
PNH	Política de Humanização da Atenção e da Gestão
PNRHS	Política Nacional de Recursos Humanos na Saúde

PNSST	Política Nacional de Segurança e Saúde do Trabalhador
PP	Partido Progressista
PR	Partido da República
PRB	Partido Republicano Brasileiro
ProgeSUS	Programa de Qualificação e Estruturação da Gestão do Trabalho e da Educação no SUS
Pró- Saúde	Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde
PROSEL	Programa de Serviço e Lazer
PSA	Programa de Saúde Ambiental
PSB	Partido Socialista Brasileiro
PSC	Partido Social Cristão
PSF	Programa de Saúde da Família
PSICOSIND	Sindicato de Psicólogos do Estado de Pernambuco
PT	Partido dos Trabalhadores
PTB	Partido Trabalhista Brasileiro
PV	Partido Verde
RAG	Relatórios Anuais de Gestão
RAIS	Relação Anual de Informações Sociais
RENAST	Rede de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador
RH	Recursos Humanos
RHS	Recursos Humanos em Saúde
ROREHS	Rede de Observatórios de Recursos Humanos em Saúde
RPA	Região Político Administrativo
SAD	Serviço de Assistência Domiciliar
SAMU	Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SEEPE	Sindicato dos Enfermeiros do Estado de Pernambuco
SES	Secretaria Estadual de Saúde
SGTES	Secretaria da Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde
SIMEPE	Sindicato dos Médicos do Estado de Pernambuco

SIMEVEPE	Sindicato dos Médicos Veterinários de Pernambuco
SINAN	Sistema de Informação de Agravos de Notificação
SINDACS	Sindicato dos Agentes Comunitários de Saúde do Estado de Pernambuco
SINDASPE	Sindicato dos Assistentes Sociais de Pernambuco
SINDATE	Sindicato Profissional dos Auxiliares e Técnicos de Enfermagem do Nordeste Setentrional
SINDATSB	Sindicato dos Auxiliares e Técnicos em Saúde Bucal dos Municípios do Estado de Pernambuco
SINDSAUDE	Sindicato dos Servidores de Saúde
SINDSEPRE	Sindicato dos Servidores e Empregados Públicos Municipal da Administração Direta e Indireta da Cidade do Recife
SINEPE	Sindicato do Nutricionista do Estado de Pernambuco
SINFARPE	Sindicato dos Farmacêuticos no Estado de Pernambuco
SINFITO	Sindicato dos Fisioterapeutas e Terapeutas Ocupacionais
SINFOPE	Sindicato dos Fonoaudiólogos de Pernambuco
SiNNP	Sistema Nacional de Negociação Permanente
SINPROTIDEPE	Sindicato dos Profissionais de Radiologia de Pernambuco
SIST	Sistema de Informação em Saúde do Trabalhador
SISTTrabalho	Sistema de Informação Gerencial para a área de Gestão do Trabalho e da Educação
SMS	Secretaria Municipal de Saúde
SOEPE	Sindicato dos Odontologistas no Estado de Pernambuco
SS	Secretário de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TFECD	Teto Financeiro de Epidemiologia e Controle de Doenças
UPE	Universidade de Pernambuco
USF	Unidade de Saúde da Família
VISA	Vigilância Sanitária
VISAT	Vigilância em Saúde do Trabalhador



## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO .....</b>	<b>19</b>
<b>2 OBJETIVOS .....</b>	<b>22</b>
<b>2.1 Objetivo geral .....</b>	<b>22</b>
<b>2.2 Objetivos específicos .....</b>	<b>22</b>
<b>3 REFERENCIAL TEÓRICO .....</b>	<b>23</b>
<b>3.1 Organizações de Saúde.....</b>	<b>23</b>
<b>3.2 Trabalho em Saúde.....</b>	<b>26</b>
3.2.1 Outras visões sobre Trabalho em Saúde.....	28
<b>3.3 Política de Gestão do Trabalho na Saúde.....</b>	<b>31</b>
<b>3.4 O processo de definição e a análise de Políticas Públicas de Saúde.....</b>	<b>35</b>
3.3.1 Modelo de Análise Compreensiva de Políticas de Saúde.....	38
3.3.1.1 Contexto.....	38
3.3.1.2 Conteúdo.....	39
3.3.1.3 Atores.....	40
3.3.1.4 Processo da política.....	40
<b>4 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS .....</b>	<b>42</b>
<b>4.1 Tipo de Estudo .....</b>	<b>42</b>
<b>4.2 Área do Estudo .....</b>	<b>42</b>
<b>4.3 População do Estudo .....</b>	<b>42</b>
<b>4.4 Instrumentos de Coleta.....</b>	<b>43</b>
<b>4.5 Plano de Análise dos Dados .....</b>	<b>45</b>
<b>4.6 Categorias de Análise.....</b>	<b>46</b>
<b>5 ASPECTOS ÉTICOS .....</b>	<b>49</b>
<b>6 RESULTADOS.....</b>	<b>50</b>
<b>6.1 Análise do Contexto da implementação da Política de Gestão do Trabalho na Saúde.....</b>	<b>50</b>
6.1.1 Macro – contexto.....	50
6.1.1.1 Esfera Política.....	50
6.1.1.1 Esfera Econômica.....	53

6.1.1.1 Esfera Social.....	56
6.1.2 Micro – contexto.....	59
6.1.2.1 Política Setorial.....	59
6.1.2.2 Finanças do Setor.....	63
6.1.2.3 Problemas de saúde e os serviços existentes.....	68
<b>6.2 Análise do Conteúdo da Política de Gestão do Trabalho na Saúde.....</b>	<b>75</b>
6.2.1 Marco normativo-legal.....	75
6.2.2 Resultados alcançados pela Política de Gestão do Trabalho na Saúde no período de 2006 a 2011 .....	84
6.2.2.1 Plano Municipal da Saúde 2006-2009 x Relatórios Anuais de Gestão e 8ª Conferência Municipal de Saúde.....	84
6.2.2.2 9ª Conferência Municipal de Saúde x Plano Municipal da Saúde 2010-2013 x Relatórios Anuais de Gestão e 10ª Conferência Municipal de Saúde.....	93
6.2.2.3 Ações realizadas pela Gestão do trabalho segundo as categorias de análise.....	104
6.2.2.3.1 <u>Agenda da Gestão do Trabalho: Desprecarização</u> .....	104
6.2.2.3.2 <u>Agenda da Gestão do Trabalho: Valorização</u> .....	106
6.2.2.3.3 <u>Agenda da Gestão do Trabalho: Negociação</u> .....	111
6.2.2.3.4 <u>Agenda da Gestão do Trabalho: ProgeSUS</u> .....	112
6.2.2.3.5 <u>Saúde do Trabalhador</u> .....	114
6.2.2.3.6 <u>Controle Social</u> .....	117
6.2.3 Recursos, Coerência e Perspectiva Político Social da Política de Gestão do Trabalho na Saúde.....	120
<b>6.3 Análise dos Atores envolvidos na Política de Gestão do Trabalho na Saúde</b>	<b>126</b>
<b>6.4 Análise do Processo de Implementação da Política de Gestão do Trabalho na Saúde.....</b>	<b>134</b>
<b>6.5 Discutindo o Processo de Implementação da Política de Gestão do Trabalho na Saúde.....</b>	<b>137</b>
<b>7 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>150</b>
<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>155</b>
<b>APÊNDICE A – Roteiro de Entrevista.....</b>	<b>168</b>
<b>APÊNDICE B - Roteiro de Entrevista.....</b>	<b>169</b>
<b>APÊNDICE C - Roteiro de Entrevista.....</b>	<b>170</b>

<b>APÊNDICE D – TCLE.....</b>	<b>171</b>
<b>ANEXO A – Carta de Anuência.....</b>	<b>172</b>
<b>ANEXO B – Aprovação do CEP.....</b>	<b>173</b>

## 1 INTRODUÇÃO

A Constituição Brasileira de 1988 contemplou a saúde como um direito social, cuja garantia é responsabilidade de cada um e de todos e, em especial, do Estado, assegurado acesso de todos os brasileiros a serviços e ações de saúde. Assim, pela primeira vez, no texto constitucional brasileiro, a saúde é concebida como um bem universal a ser provido para todos os cidadãos, garantindo através de serviços sua manutenção e recuperação, organizados num Sistema Único de Saúde (SUS) (SEIXAS, 2002).

A instituição do SUS configurou uma nova forma de estruturar e produzir serviços de saúde, passando a ser um sistema nacional com foco municipal. Com esta mudança, houve uma descentralização dos órgãos, hospitais, ambulatorios, leitos e empregos em saúde, que passaram a ter centralidade nos municípios. Essa expansão de empregos na instância municipal inverteu a lógica de assistência existente. Na década de 70, o setor público municipal contava com 25.854 empregos e o setor público federal, com 98.528. A grande mudança ocorreu na década de 90, quando o setor público municipal passa a ter liderança dos empregos, totalizando quase 800 mil em 2002 (MACHADO, 2006a).

A autora ainda destaca que a década de 90, caracterizada pela adoção dos preceitos neoliberais, produziu efeitos deletérios no setor de recursos humanos (RH), já que esta concepção de governo baseava-se nos preceitos da flexibilização dos vínculos, a qual gerou mais de 500 mil postos de trabalho em condições precárias, gerando insegurança na prestação dos serviços. Este fato configurou na “inversão da lógica preconizada no processo da Reforma Sanitária, de serem os trabalhadores peças-chave para a consolidação do SUS” (MACHADO, 2006a).

Algumas ações foram desenvolvidas nesse período, na perspectiva de instituir a área de RH, como é o caso da constituição da Comissão Especial para Planos de Carreira, Cargos e Salários para o SUS, dos trabalhos desenvolvidos pela Comissão Intersetorial de Recursos Humanos e da Mesa Nacional de Negociação do SUS. Também foi elaborado o documento Princípios e Diretrizes para uma Norma Operacional Básica de Recursos Humanos para o SUS (NOB/RH-SUS), em 1998, pautando uma agenda em disputa com o avanço neoliberal. Estas propostas devido ao momento político, não se efetivaram como Política (CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE, 2002).

Com a sucessão de crises econômicas, um movimento social internacional surgiu em resposta aos impactos negativos do ideário neoliberal. Em consequência deste movimento, foi possível a recuperação dos princípios do Estado no país. É nesse contexto que o conceito de

recursos humanos é modificado, passando da sua definição clássica para o conceito de gestão do trabalho, que envolve o trabalho, o trabalhador como ser social e a sociedade. A partir dessa nova concepção, iniciou-se a busca por soluções para determinados impasses nas relações de trabalho, e a criação de um novo modelo organizativo e novas formas de relacionamento com os profissionais de saúde e com as instituições que os representam (PIERANTONI *et al*, 2008b).

Devido a necessidade de se implementar uma política de valorização do trabalho no SUS, em 2002, uma nova versão da NOB/RH-SUS foi aprovada pelo Conselho Nacional de Saúde (CNS), a qual se tornou documento - base para a criação, em 2003, da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES). Em 2005, o CNS publica a 3.<sup>a</sup> edição desse documento, aprovado como Política Nacional de Gestão do Trabalho na Saúde (CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE, 2005a).

O Ministério da Saúde (MS), através da SGTES estabeleceu as diretrizes nacionais da Política de Gestão do Trabalho na Saúde e vem implementando estratégias de apoio e indução para a reconfiguração, fortalecimento e consolidação da área de Gestão do Trabalho nos estados e municípios. Estes, apesar de estarem desenvolvendo ações que ultrapassam as tradicionais atividades administrativas burocráticas, ainda apresentam baixa capacidade gestora na área, como mostra a pesquisa de Garcia (2010).

Para a estruturação, modernização e fortalecimento da capacidade gestora da área de Gestão do Trabalho, dentro das secretarias municipais, é fundamental a realização do diagnóstico da realidade em que se encontra a força de trabalho e a compreensão de como as medidas de indução e os mecanismos de apoio realizados pelo MS tem sido absorvidos pelos municípios. Diante disso, justifica-se a realização de estudos para se ter o conhecimento de como as ações na área de Gestão do Trabalho estão sendo implementadas nessas instâncias.

O interesse em desenvolver estudos relacionados a essa temática iniciou-se durante a Residência Multiprofissional em Saúde Coletiva, a qual, devido ao Projeto Pedagógico, permitiu o conhecimento e a inserção na Estação Pernambucana da Rede Observatório de Recursos Humanos em Saúde para as Américas, do Departamento de Saúde Coletiva do Aggeu Magalhães (NESC/CPqAM/FIOCRUZ). Paralelamente as pesquisas no Observatório, o desenvolvimento de atividades na Secretaria Municipal de Saúde da cidade de Recife, aguçou a necessidade de entendimento de como os processos são realizados pelo setor e o porquê das dificuldades encontradas para a implementação de uma efetiva Política de Gestão do Trabalho. Por isso, o município de Recife foi escolhido para o estudo de caso desta pesquisa.

Vale salientar, que este estudo é parte da pesquisa do Observatório, na qual se analisou a Política de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde no município de Recife. A análise da Gestão da Educação já foi concluída e apresentada. Assim, este estudo se detém apenas a analisar as ações relacionadas à Gestão do Trabalho na Saúde.

Diante do exposto, coloca-se a seguinte questão como pergunta norteadora desta pesquisa: como o processo de implementação da Política de Gestão do Trabalho na Saúde está se desenvolvendo no município do Recife - PE?

Como pressupostos, assume-se que a estrutura organizacional da Política de Gestão do Trabalho no município do Recife tem buscado implantar as inovações induzidas pelo MS, sendo os processos gerenciais incorporados pelo nível central da Secretaria Municipal de Saúde, mas descentralizados parcialmente para os Distritos Sanitários, os quais os operacionalizam de distintas formas. Além disso, a amplitude da estruturação e da institucionalização dos instrumentos da Política de Gestão do Trabalho na Saúde no município do Recife são influenciados pelo contexto da gestão municipal e sua relação com o MS e com o Governo do Estado.

Buscando facilitar a compreensão do leitor, merece destacar como esse texto foi organizado. No capítulo de referencial teórico, em um dos seus blocos, será realizada uma discussão mais geral sobre a Política de Gestão do Trabalho, já que a mesma será discutida mais detalhadamente no capítulo de resultados, no bloco de análise de conteúdo. A apresentação do Modelo de Análise Compreensiva de Políticas Públicas de Saúde, utilizado no estudo, também será realizada no referencial teórico. Já o capítulo de resultados se subdividirá em cinco partes: quatro estarão relacionadas com os aspectos do modelo de análise citado (contexto, conteúdo, atores e processo) e, na última, a discussão dos aspectos mencionados e das categorias de análise selecionadas por este estudo.

## **2 OBJETIVOS**

### **2.1 Objetivo Geral**

Analisar o processo de implementação da Política de Gestão do Trabalho na Saúde no município de Recife no período de 2006 a 2011.

### **2.2 Objetivos Específicos**

- a) Descrever a evolução das estruturas organizacionais relacionadas à Gestão do Trabalho na Saúde no município de Recife no período de 2006 a 2011, comparando com o contexto das gestões;
- b) Descrever e analisar as ações relacionadas à Gestão do Trabalho na Saúde propostas e realizadas no município do Recife;
- c) Descrever e analisar as relações dos atores envolvidos na Política de Gestão do Trabalho na Saúde no município no Recife.

### 3 REFERENCIAL TEÓRICO

Segundo Dussault (1992), é essencial, para os formuladores de políticas e para os gestores, o conhecimento das características das organizações do setor da saúde, já que dificilmente uma política de saúde ou de recursos humanos em saúde terá êxito ignorando como funcionam as organizações profissionais. Após a compreensão das características do setor da saúde e das particularidades de suas organizações, incluindo o processo de trabalho, pode-se iniciar a discussão sobre as questões que envolvem a Política de Gestão do Trabalho.

As questões referentes ao trabalho, ao profissional e suas práticas nas organizações de saúde devem ser objetos de análises e discussões no âmbito das políticas de saúde. Desta forma, esse capítulo está dividido em três blocos: organizações de saúde, trabalho em saúde e políticas de saúde.

#### 3.1 Organizações de Saúde

As organizações são consideradas como um “conjunto de duas ou mais pessoas que realizam tarefas, seja em grupo ou individualmente, mas de forma coordenada e controlada, atuando num determinado contexto, com vista a atingir objetivos pré-determinados e produzir de bens e serviços em torno da racionalidade”. Toda organização dispõe de um sistema de normas e valores procurando levar seus membros a certo modo de apreensão do mundo, buscando orientar suas ações (CHIAVENATO, 1997).

Mintzberg (2003) considera que toda atividade humana organizada, seja de qual natureza for, dá origem a duas exigências fundamentais e opostas, que são: divisão do trabalho em várias tarefas e coordenação dessas tarefas. Essas exigências envolvem diversos parâmetros de *design*, assim como fatores situacionais. Dentro dessa perspectiva, agrupamento de fatores situacionais e parâmetros de *design* determinam a estrutura organizacional de uma entidade, a qual possui um importante papel no resultado final das organizações.

O mesmo autor classifica em seis as partes básicas de uma organização: cúpula estratégica (responsabilidade global pela organização), linha intermediária (ponto de ligação entre a cúpula estratégica e o núcleo operacional), tecnoestrutura (concebe, planeja e assegura os processos de produção), assessoria de apoio (área especializada, terceirizada ou não, que tem a função apoiar a organização fora do fluxo de produção), núcleo operacional (setor de produção) e ideologia (“a parte viva” de qualquer organização, sistema de crenças sobre a



própria organização). De acordo com a configuração destes elementos, as organizações podem ser classificadas em seis modelos básicos. Seguindo esta classificação, as organizações de saúde são consideradas organizações profissionais, pois predomina a padronização das habilidades e não a de processos e, dependem de profissionais treinados – pessoas altamente especializadas, mas com considerável controle sobre seu trabalho.

Segundo Campos (2005), nas organizações de saúde ainda é visível a herança do estilo tradicional de gestão, centrado na Racionalidade Gerencial Hegemônica (taylorismo), o qual se utiliza de métodos e estratégias pautados em princípios como a hierarquia, o controle, a ordem, a normatização dos procedimentos, a inflexibilidade, o autoritarismo e a educação para a renúncia, para aceitar o cotidiano sem mudanças.

A racionalidade tecnológica é suficiente naquelas atividades em que as normas, padrões, protocolos servem como principal orientação para a prática, não havendo espaço para a criação durante o trabalho. Ao trabalhador cabe a aplicação, de forma regular e mecânica, de invenções e de descobertas realizadas no passado para assegurar o cumprimento dos objetivos e metas traçadas. Quando a racionalidade tecnológica domina o trabalho, impõe a alienação e a perda de autonomia dos trabalhadores às práticas sociais em geral (CAMPOS, 2011).

Nesse sentido, pouca atenção é dada à compreensão dos processos organizacionais enquanto expressão de ambigüidades e incertezas, advindas de seu caráter humano e social. A partir dos anos 1980, ocorre uma mudança nesta visão e inicia-se a busca de questões relacionadas à produtividade, que envolvam a motivação, a saúde no trabalho e considera aspectos relativos à organização do trabalho e a novas tecnologias de gestão do trabalho (LACAZ *et al*, 2010).

De certa forma, a relevância dessa temática relaciona-se ao esgotamento da organização do trabalho taylorista que se associa ao aumento do absenteísmo, ao mal estar no trabalho e a não aderência dos trabalhadores às metas definidas pela gerência. Em torno das dificuldades de implementação de processos de mudança envolvendo novos modelos gerenciais e novas formas de organização do trabalho nas organizações públicas de saúde, tem-se procurado novos enfoques entre a relação subjetividade e gestão, e o papel dos sujeitos (AZEVEDO, 2010).

Há um permanente desafio para aqueles que têm a tarefa de criar novos modos de organizar os serviços de saúde e de se produzir ações que tenham impacto na criação, manutenção, ou recuperação da saúde. Neste sentido, algumas ferramentas podem contribuir

com os processos de análise das instituições de saúde no sentido da elaboração de novas práticas organizacionais e novos modos de trabalhar (MERHY, 1997).

Segundo Franco (2006), a vida produtiva de uma organização deve se organizar pelas relações entre as pessoas que se formam em fluxos horizontais, reconhecendo a ineficácia das estruturas do organograma. A condução desses processos perpassa em todos os níveis de produção, sendo social e subjetivamente determinada, o que vai configurando uma micropolítica, a qual é entendida como “o agir cotidiano dos sujeitos, na relação entre si e no cenário em que ele se encontra”.

Para essa corrente, o pensar e o agir técnico não são suficientes. Necessita-se da racionalidade da *práxis*, em que o trabalhador deverá modificar a aplicação das normas, fazendo o padrão variar em função de características de cada caso. Para isso, é importante conhecer a lei, a norma, o padrão, o conhecimento instituído, mas exige-se capacidade de reflexão e de agir prudente, criando-se novos procedimentos em ato. O trabalho em saúde é um exemplo claro de espaço social que necessita da lógica da *práxis*. Entretanto, há inúmeros obstáculos para que se consiga operar no cotidiano com a *práxis* (CAMPOS, 2011).

Seguindo nessa lógica, a formação de microrredes no interior da organização é eficaz para a condução dos projetos, colocando em segundo plano o funcionamento com base nas formações estruturais da organização. Assim, os serviços que organizam seu processo de trabalho sem redes tendem a realizar práticas de reprodução da realidade, repetindo velhos métodos, dentro de sistemas normativos. Já os que se organizam em conexões e fluxos contínuos, onde são produto e ao mesmo tempo produtoras da ação dos sujeitos singulares, têm alta potência de constituição do novo (FRANCO, 2006).

Uma diretriz fundamental para o processo de elaboração de novas práticas organizacionais é o esforço para diminuir a distância entre os que comandam, planejam e dirigem, e a maioria executante das ações e serviços. É necessária, também, a reformulação dos organogramas, procurando romper com a verticalidade das estruturas e centralização do poder, atribuindo a cada grupo a organização do seu processo de trabalho, na busca e no amadurecimento das alterações dos seus padrões de funcionamento (CAMPOS, 2006).

Para Dussault (1992), é reconhecida a necessidade de se considerar as particularidades dos serviços de saúde ao se refletir sobre sua organização e gestão, sendo o tipo de gestão mais adequado para estas organizações aquela que reconhece o papel central dos profissionais, envolvendo-os nos mecanismos de tomada de decisão. Sendo estas organizações profissionais, há grande dependência em relação ao trabalho de seus integrantes, sua formação e seu empenho. Essa tipologia organizacional tem como mecanismo de

coordenação a “padronização das qualificações: o saber e as habilidades são formalizados através do processo de formação e as normas definidas pelas associações profissionais”.

Essa característica determina a elevada autonomia dos profissionais e confere, aos mesmos, a capacidade de resistir ao fluxo de poder descendente. Por essa razão, os gestores necessitam adotar uma postura adequada na condução do processo de implementação das políticas, assumindo o papel de negociador entre a macropolítica da gestão e as estratégias das corporações profissionais que atuam nas organizações. Nessa linha, os autores convergem para a ideia de que a hierarquia rigorosa e a centralização não são estratégias compatíveis com as organizações de saúde (GURGEL JR.; MEDEIROS, 2003).

Barbosa (1997) relata que as organizações em geral estão desgastadas frente aos anseios e necessidades sociais, mas também em relação aos seus membros, que a constituem e que com elas tão pouco se identificam e se comprometem. A possibilidade de escutar os ruídos do cotidiano institucional é parte das ferramentas analisadoras dos processos institucionais e pode permitir a reconstrução de novos modos de gerir e operar o trabalho em saúde. Não basta corrigir os procedimentos organizacionais das instituições de saúde, mas também alterar o modo como os trabalhadores de saúde se relacionam. Desafios são colocados na busca de outro modo de operar o trabalho em saúde e de construir a relação do trabalhador com os usuários e com gestão do sistema de atenção à saúde, e entre os próprios trabalhadores (MERHY, 1997).

### **3.2 Trabalho em Saúde**

O conceito de trabalho está vinculado à economia política, sendo caracterizado como um ato de troca entre o homem e a natureza, onde o homem tem o intuito de transformá-la para melhor satisfazer suas necessidades. Estas trocas ocorrem sob condições sociais determinadas (BRAVERMAN, 1987; BRITO, 2005).

Esse conceito está centrado nos princípios rígidos da administração, na autoridade, no treinamento, no controle por supervisão e, no estabelecimento de um sistema de incentivos, e também, assentados na ideia de “homo economicus”, ideia simplista da natureza humana, características da Escola Clássica da Administração (Taylor e Fayol). É fato que a área de recursos humanos em saúde, tradicionalmente, fundamentou-se nessa Escola.

A partir do desenvolvimento das ciências comportamentais, psicologia e sociologia, surge a Escola das Relações Humanas e, fruto do desenvolvimento natural desta Escola, o Behaviorismo. Fundamentadas no “homo social” cujo comportamento não pode ser reduzido a

esquemas simples e mecanicista, pois necessitam de segurança, afeto, aprovação social, prestígio e auto-realização. O tipo de liderança mais eficaz seria o democrático, baseado em novas relações sociais que permitam ao indivíduo a “reapropriação da dimensão política de sua prática social” (MOTTA, 1991).

Assim, essa corrente considera o trabalho como o somatório de tempo, energia e dedicação pessoal que um indivíduo presta a outro, com vistas a receber, em troca, uma recompensa financeira que lhe permita atender as suas necessidades pessoais e sociais, sendo fonte de satisfação para a maioria de suas necessidades e, também, a possibilidade de ascensão econômica e social (MARRAS, 2008).

Ao longo da história a partir da modernidade e, portanto, da emergência das práticas científicas e tecnológicas em saúde, os recursos humanos têm sido considerados sob distintas esferas de qualificação. Como apontam Schraiber e Machado (1997), segundo a abordagem tradicional, os recursos humanos vêm sendo tratados enquanto insumos do processo produtivo e prolongamento mecânico do saber em sua aplicação. Trata-se de uma visão “coisificada” do trabalho humano na qual tais recursos são considerados a partir de uma perspectiva de prestação de serviços e produtividade. Contudo, as autoras salientam que ao serem analisados na sua essencialidade, a visão que se começa a ter acerca dos recursos humanos é de que se trata de atores essenciais do processo social, sendo considerados como trabalhadores - detentores do saber complexo, submetendo-se as regras de mercado e produção de serviços socialmente organizada.

Tratar da subjetividade do trabalho tendo como único referencial a noção de recursos humanos seria inapropriado, pois a reação humana frente aos desafios postos pela organização do processo de trabalho em saúde convoca a reformulação dos conhecimentos e o entrelaçamento de saberes diferenciados e abordagens menos superficiais (ASSUNÇÃO *et al.*, 2007).

A nova abordagem para focar “recursos humanos”, deixa clara a necessidade de abandonar o tratamento desses recursos como insumos de uma estrutura organizacional, para vê-los como atores privilegiados do sistema de saúde, ao tempo em que se dispõem na estrutura de produção de serviços, respondendo a questões da organização social desta. Enquanto trabalhador, é percebido como sujeito e agente transformador de seu ambiente e não apenas um mero recurso, realizador de tarefas previamente estabelecidas pela administração local (SCHRAIBER; MACHADO, 1997).

Para a área de Recursos Humanos na saúde, também foi necessária revisão de seus conceitos para adequação às novas exigências do mundo do trabalho, trazendo a incorporação

de outros campos que possibilitaram olhares diferentes, sendo o conceito de recursos humanos superado na saúde, utilizando-se o conceito de gestão de pessoas, e hoje de Gestão do Trabalho.

A Gestão do Trabalho em Saúde trata das relações de trabalho a partir de uma concepção na qual a participação do trabalhador é fundamental para a efetividade e eficiência do SUS. Reconhece as dimensões que envolvem o trabalho e os trabalhadores de saúde, definindo uma agenda relacionada à formulação das políticas orientadoras da gestão, formação, qualificação, regulação, valorização dos trabalhadores de saúde e da configuração estrutural do setor (MACHADO, 2006a; PIERANTONI; VARELLA; FRANÇA, 2006).

Nesta linha, Machado (2008, p.310) faz uma importante diferenciação entre os conceitos de profissionais de saúde, trabalhadores de saúde e trabalhadores do SUS:

Profissionais de saúde são todos aqueles que estando ou não ocupados no setor saúde, têm formação profissional específica ou qualificação acadêmica para o desempenho das atividades ligadas direta ou indiretamente a ações de saúde. Já trabalhadores de saúde são todos os que se inserem direta ou indiretamente na atenção a saúde em estabelecimentos de saúde, podendo ter ou não formação específica para o desempenho de funções do setor. Por sua vez, trabalhadores do SUS são todos aqueles que se inserem direta ou indiretamente na atenção a saúde nas instituições que compõem o SUS, podendo ter ou não formação específica para o desempenho de funções do setor.

### 3.2.1 Outras visões sobre Trabalho em Saúde

O trabalho em saúde é um processo de transformação, que tem finalidade social, através da realização de ações com base em um saber e em um modelo tecnológico, traduzindo projetos coletivos e individuais. O sujeito do trabalho, além de portador de projetos e valores coletivos e/ou institucionais, tem projetos próprios que lhe permitem aderir ou recusar aos primeiros (PEDUZZI, 2002).

Segundo Merhy e Franco (2005), o trabalho em saúde pode ser visto por duas dimensões:

[...] uma, é a da atividade como construtora de produtos, de sua realização através da produção de bens, de diferentes tipos, e que está ligada à realização de uma finalidade para o produto (para que ele serve, que necessidade satisfaz, que “valor de uso” ele tem). A outra dimensão é a que se vincula ao trabalhador e sua relação com seu ato produtivo e os produtos que realiza, bem como com suas relações com os outros trabalhadores e com os possíveis usuários de seus produtos. Detalhar estas duas dimensões é fundamental para entendermos o que é o trabalho como prática social e prática técnica. Como ato produtivo de coisas e de pessoas (p.2).

Para Sant’anna; Hennington (2011), o trabalho em saúde é “aquele realizado por diversos sujeitos, profissionais e trabalhadores em geral com formação na área e caracterizado pelo ato de cuidar, com o objetivo de atingir a cura, a reabilitação ou minorar o sofrimento e promover o bem-estar”.

O trabalho em saúde pode ser entendido desde a “prestação de serviços, e gestão destes serviços, até a produção de insumos e medicamentos para o campo médico, passando pela produção do conhecimento e controle da informação em saúde” (MACHADO; CORREA, 2002). Constitui-se de fluxos permanentes entre sujeitos que formam uma intrincada rede de relações, a partir da qual os produtos referentes ao cuidado ganham materialidade e condições de consumo. Esta rede pertence a uma rede maior que faz conexões entre equipes e setores (FRANCO, 2006).

As inovações tecnológicas e organizacionais vêm causando importantes mudanças no mundo do trabalho, seja na produção, seja na sociedade como um todo, com repercussões que parecem ser bastante profundas (OLIVEIRA, 1997). Essas tecnologias de saúde são configuradas a partir do arranjo entre dimensões materiais e não materiais do fazer em saúde e são classificadas por Merhy (2007a) como: tecnologias leves – diz respeito aos aspectos inter-relacionais, tipo produção de vínculo e gestão do processo de trabalho; leve-duras – aquelas que apresentam uma parte estruturada e outra relacionada ao modo de agir singular de cada trabalhador, composto de saberes estruturados como, por exemplo, os protocolos; e as tecnologias duras – normas e estruturas organizacionais, ou mesmo aparatos tecnológicos do tipo máquinas e equipamentos.

O reordenamento do núcleo tecnológico, com a incorporação das tecnologias leves e leve-duras, e sua relevância sobre as duras, é importante para efetivação das mudanças que buscam a responsabilização/vínculo e a gestão participativa. Isto porque possibilitam a superação das situações de repetição dos modelos vigentes, dando ao trabalhador a possibilidade de agir no ato produtivo em saúde, com produção de novos produtos (MERHY, 2007a).

Segundo Franco (2006), os trabalhadores devem ser estimulados a atuar como sujeitos de um projeto de mudança, em condições de revolucionar o que se impõe atualmente, uma realidade que vive na repetição, abrindo linhas de fuga e trabalhando com lógicas muito próprias, sendo capaz de encontrar novos territórios de significações. Para ele, os grupos têm potência para mudar a realidade, desde que adquiram capacidade auto-analítica e autogestionária. Desta forma, o processo de trabalho em saúde assume características de

multiplicidade e heterogeneidade, sendo um mundo extremamente rico e dinâmico, capaz de operar em alto grau de criatividade quando funciona sob certa hegemonia do trabalho vivo.

Merhy e Franco (2003) definem trabalho vivo como o trabalho em ato. Trabalho morto são os instrumentos, sendo definido assim porque sobre eles já se aplicou um trabalho progresso para sua elaboração. Quando o trabalho em saúde é favorável ao trabalho morto, reflete um processo de trabalho dependente de tecnologias duras, voltado à produção de procedimentos e quando, ao contrário, houver predominância do trabalho vivo em ato, haverá uma produção do cuidado centrado nas tecnologias leves. A respeito desta questão Merhy (2007b, p.49) afirma:

O trabalho vivo não pode em ato, no interior do processo de trabalho, libertar-se plenamente do trabalho morto, mas tem condições de comandá-lo se conseguir aprender a interrogá-lo, a duvidar do seu sentido e a abri-se para as ruídos/analísadores presentes no seu cotidiano, com isso, e de posse de uma caixa de ferramentas que tenha o compromisso com o sujeito da ação, e em ação, pode-se reinventar a lógica do processo de trabalho, sua gestão, organização e finalidade, em ato, coletiva e publicamente.

Assim, os gestores devem desenvolver uma postura mais eclética sobre as possibilidades de ações instrumentais, apostando numa gestão que provoque ruídos, abrindo fissuras e possíveis linhas de fuga nos processos de trabalho institucionalizados, gerando processos de liberação sobre o sentido da captura do trabalho vivo em ato pelas forças do trabalho morto que operam cotidianamente, já que as tecnologias de ação do trabalho vivo configuram-se em processos de intervenção em ato, de relações e de subjetividades, com um grau de liberdade para a escolha do modo de fazer a produção (MERHY, 2007a).

Novas perspectivas do trabalho em saúde revelam que sua reorganização deve também passar pela implementação de processos educacionais e formativos dos trabalhadores, resultando na boa qualidade do produto final ofertado, capaz de dar resolução às necessidades sentidas pelos usuários. Outro ponto importante é a introdução ou ampliação de dispositivos democráticos de discussão e de decisão, visando a ampliar os espaços de escuta, de negociações e decisões coletivas na gestão dos processos de trabalho (SANT'ANNA; HENNINGTON, 2011).

O processo de trabalho também é uma categoria fundamental para a saúde do trabalhador, resultando em análises sobre o problema do desgaste físico e psíquico ligado a tipos específicos de atividade produtiva. O resultado dessas análises aponta indicadores de morbidade, ferramentas fundamentais no combate aos agravos impostos aos trabalhadores e demais pessoas, mas com relativo prejuízo ao deixar de lado as considerações e o

detalhamento dos outros elementos - as relações humanas, a relação com o trabalho, o sentido e a significação dele (MACHADO; CORREA, 2002).

Mais recentemente, satisfação no trabalho tem sido apontada como um vínculo afetivo positivo com o trabalho, e têm sido definidas como aspectos específicos deste vínculo as satisfações que se obtêm nos relacionamentos com as chefias e com os colegas de trabalho, as satisfações advindas do salário, das oportunidades de promoção ofertadas pela política de gestão e, finalmente, das satisfações com as tarefas realizadas (SIQUEIRA; PADOVAM, 2008).

### **3.3 Política de Gestão do Trabalho na Saúde**

A implementação do SUS ocasionou a expansão da rede de serviços e, com isso, o aumento dos empregos públicos de saúde, sendo necessário um número expressivo de trabalhadores para a operacionalização do sistema (MACHADO, 2003). Com isso, um crescente desafio para a área de Recursos Humanos (RH) foi colocado, principalmente nas esferas subnacionais, tanto no plano quantitativo e distributivo dos profissionais de saúde, quanto nas possibilidades de qualificação dos mesmos (PIERANTONI, 2001).

Houve neste período um paradoxo. Ao mesmo tempo em que se presenciava um avanço na regulamentação do SUS – vitória e conquista do movimento sanitário – o contexto neoliberal da época ampliava as dificuldades para a efetivação do Sistema. Enquanto o SUS se constituía como uma proposta inovadora de inclusão e cidadania, que pressupunha a democratização do Estado; os neoliberais apresentavam um projeto no qual o importante era a recuperação da capacidade de acumulação do capitalismo, com as regras do jogo sendo ditadas pelo mercado, que passa a ser o grande regulador de todas as relações entre os agentes econômicos e sociais. Era defendido pela ideologia neoliberal a desregulamentação da contratação e a flexibilização de direitos trabalhistas (SILVA; SILVA, 2008).

Segundo Machado (2006a), os anos 90 – de consolidação do SUS – foi a década perdida para os trabalhadores da saúde. O SUS passou a década de sua consolidação sem se preocupar com seus trabalhadores, sem elaborar uma efetiva política de RH compatível com a sua concepção universalista. Também não buscou elevar o tema gestão do trabalho como estratégia institucional, proporcionando estruturas competentes para lidar com tais questões.

Seguindo essa linha, Nogueira (2003) afirma que esse quadro permitiu que os trabalhadores, entre outras questões: não tivessem perspectiva alguma de carreira profissional; a renovação e a expansão de novos profissionais não se dessem por meio da precarização dos



vínculos, com condições precárias de execução das atividades essenciais, ausência de incentivos, de qualificação e de infraestrutura adequada.

Pensar em gestão do trabalho, como eixo da estrutura organizacional dos serviços de saúde, significa pensar estrategicamente, uma vez que a produtividade e a qualidade do serviço oferecido aos usuários do SUS equivalem-se na mesma medida ao resultado da forma e das condições como são tratados, em cada local, os trabalhadores que neles atuam (NOGUEIRA, 2002). Para implementação plena do SUS e para que sejam alcançadas as metas e os objetivos previstos nos Planos de Saúde das três esferas de governo, é necessário tratar realmente a gestão do trabalho como uma questão estratégica (ALMEIDA *et al*, 2008).

Desta forma, é imprescindível o reconhecimento do papel dos profissionais na vida da organização, o que implica a prática da administração participativa, a abertura de espaços para a criatividade e a iniciativa do próprio trabalhador, substituindo o controle do desempenho pela responsabilização com os objetivos institucionais e, a efetivação de mecanismos regulatórios da autonomia e do corporativismo dos profissionais, o que demanda ações e iniciativas dos gestores no campo das negociações com as estruturas do Estado e das organizações corporativas dos trabalhadores (SANTANA, 2001).

Com o objetivo de contribuir para uma gestão do trabalho de qualidade, buscando o equacionamento dos problemas existentes para o efetivo desempenho do SUS de forma articulada com as instâncias federativas gestoras do sistema, o Ministério da Saúde (MS) criou, em 2003, a Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES), em conformidade com o documento Princípios e Diretrizes para a Gestão do Trabalho no SUS (NOB/RH-SUS).

Este documento considera a Gestão do Trabalho no SUS como a gestão e a gerência de toda e qualquer relação de trabalho necessária ao funcionamento do Sistema, desde a prestação dos serviços de saúde aos usuários até as atividades necessárias ao seu desenvolvimento. Define ações de acordo com quatro eixos: Gestão do Trabalho no SUS; de Desenvolvimento do Trabalhador para o SUS; de Saúde Ocupacional para o Trabalhador do SUS; de Controle Social da Gestão do Trabalho no SUS (CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE, 2005a).

Apesar de ter sido criada em consonância com a NOB/RH-SUS, a SGTES define políticas para dois dos quatro eixos contidos neste documento, a Gestão do Trabalho no SUS e o Desenvolvimento do Trabalhador para o SUS. As referidas políticas devem ser implementadas nas esferas subnacionais, em particular as instâncias municipais, pela sua responsabilidade precípua da assistência à saúde, requerendo que a área de gestão do trabalho

seja reconfigurada a partir da incorporação de qualificações gerenciais à área de RH (PIERANTONI *et al.*, 2008a; SCALCO; LACERDA; CALVO, 2010).

A SGTES é composta por dois departamentos: o Departamento de Gestão da Educação na Saúde (DEGES) e o Departamento de Gestão e da Regulação do Trabalho na Saúde (DEGERTS). O estabelecimento do setor de Gestão e Regulação do Trabalho obedece à concepção em que se faz necessário dispor de diretrizes que ordenem as relações de trabalho no SUS, em conformidade com as normas jurídicas básicas e com os objetivos e os critérios da Política Nacional de Saúde. Como os municípios têm autonomia para suprir suas necessidades de manutenção e expansão dos seus próprios quadros de trabalhadores, entende-se que o MS deve desempenhar um importante papel na regulamentação e cooperação técnica de diversos aspectos da gestão do trabalho no sistema (ARIAS *et al.*, 2006).

A partir dessa iniciativa, o MS assume efetivamente seu papel de gestor federal do SUS, no que se refere à formulação de políticas orientadoras ao planejamento, gestão e regulação da força de trabalho em saúde, bem como pela negociação do trabalho junto aos segmentos do governo e dos trabalhadores, envolvendo os setores público e privado que compõem o sistema e contribuindo, dessa forma, para a promoção da melhoria e humanização do atendimento ao usuário do SUS (GARCIA, 2010).

Valores como a autonomia e o protagonismo passam a nortear a Gestão do Trabalho, assim como o estabelecimento de vínculos solidários e a indissociabilidade entre atenção e gestão. A forma para a condução desta proposta está na construção de espaços coletivos do planejamento e da gestão, na criação de colegiados, na constituição de espaços coletivos de discussão e reflexão para valorização dos diferentes saberes, da criatividade, do desenvolvimento pessoal e coletivo e que reconheça a importância das dimensões subjetivas e sociais nas práticas de atenção e gestão na saúde. Desta forma, a criação da SGTES possui a intenção de carrear, disseminar e assim materializar a compreensão do conceito de gestão do trabalho em saúde (BRASIL, 2005a).

Para ter o conhecimento sobre a capacidade gestora da área de recursos humanos em instâncias locais de saúde, a SGTES demandou a realização de um estudo, sob a coordenação da rede Observatório de Recursos Humanos (ROREHS/MS), o qual foi realizado em municípios com população superior a 100 mil habitantes. Seus achados mostraram o traço comum observado nos municípios analisados, sendo: a fragilidade das questões referidas com a autonomia da gestão financeira e dos processos que envolvem o trabalho (planejamento, contratação de pessoal, carreira, negociação, entre outras) (PIERANTONI *et al.*, 2004), confirmando a necessidade do estabelecimento de políticas indutivas e de um conjunto de

ações prioritárias que possam oferecer mecanismos de apoio aos Estados e Municípios para implementação da política, com autonomia, independência e governança (PIERANTONI, VARELLA, FRANÇA, 2006).

Diante desta realidade, o Ministério da Saúde instituiu, em 2006, o Programa de Qualificação e Estruturação da Gestão do Trabalho e da Educação no SUS - ProgeSUS, na tentativa de descentralizar, para as secretarias estaduais e municipais, a importância da gestão do trabalho e da educação em saúde, já reconhecida pelo MS. Trata-se de um programa de cooperação técnica e financeira com estados e municípios, voltado para o fortalecimento das estruturas de gestão RH no SUS, visando a sua efetiva qualificação (BRASIL, 2006a). O ProgeSUS vai de encontro ao que está estabelecido no Pacto pela Saúde 2006, em sua dimensão Pacto de Gestão, que traz diretrizes para a Gestão do Trabalho na Saúde, responsabilizando estados e municípios no cumprimento das diretrizes instituídas pelo MS, envidando esforços para a criação ou fortalecimento de estruturas de RH para suprir as necessidades do sistema local (BRASIL, 2006b).

É condicionante que os gestores não podem mais considerar que as questões de recursos humanos sejam tratadas meramente na esfera administrativa das instituições, principalmente os gestores municipais, tanto pela sua responsabilidade na prestação de serviços de saúde, quanto pela série de medidas indutoras e de cooperação que permitem a reestruturação do processo de trabalho. A gestão do trabalho na saúde deve torna-se uma função política nos municípios, envolvendo ações de negociação e pactuação, que requerem competências adicionais aos dirigentes, bem como posição estratégica na organização, dotada de grau de autonomia que lhes confira governabilidade (PIERANTONI *et al*, 2004).

A gestão e os próprios gestores, na difícil posição de governar, devem cumprir a função de articulação entre as questões de governo, de condução da organização e interesses e desejos dos vários grupos de trabalhadores. Na função de mediação, os gestores potencialmente favoreceriam o fortalecimento do laço social, podendo explorar a governabilidade e autonomia das equipes e, assim, a construção de novos sentidos para o trabalho e de novos imaginários na organização (AZEVEDO, 2010). Para fortalecimento desse processo, os gestores devem colocar em pauta discussões e ações da Agenda da Gestão do Trabalho que envolve a desprecarização, a terceirização e o trabalho precário; o Plano de Carreiras, Cargos e Salários; a Negociação; o ProgeSUS e sua própria estrutura.

Buscando avaliar em que medida as recomendações instituídas pelo MS para a área de gestão do trabalho, a partir da criação da SGTES, vêm sendo incorporadas pelas secretarias municipais de saúde, um estudo realizado em 2008, revelou que os referidos órgãos dos

municípios, em especial os das capitais, vêm colocando em prática instrumentos da Agenda da Política de Gestão do Trabalho na Saúde, ainda que ocorram variações expressivas na extensão dessa implementação, o que pode ser explicado por tratar-se de um universo composto de unidades díspares, com profundas desigualdades regionais e com gestões municipais caracterizadas por fragilidade fiscal e administrativa (PIERANTONI *et al*, 2008a).

Os desafios para a gestão do trabalho em saúde são muitos. Por isso, devem ser considerados dois referenciais básicos: a gravidade da crise de inoperância dos serviços de saúde ante o volume e as exigências das demandas sociais, e a fragilidade dos paradigmas administrativos em uso nas organizações (ARIAS *et al*, 2006). O fortalecimento da capacidade institucional diz respeito à preparação de pessoal específico e especializado para a área, na perspectiva de constituir agentes capazes de intervir na política de recursos humanos de forma crítica e criativa, contribuindo para a construção de alternativas diversificadas para as distintas realidades, superando tanto a improvisação imediatista como o formalismo, a rigidez e, portanto, a ineficácia das administrações de pessoal tradicionais (SEIXAS, 2002).

Quando se procura articular qualidade de vida no/do trabalho com questões relacionadas à gestão do trabalho, assumem relevância as tecnologias e seu impacto para a saúde; o bem-estar no trabalho que se relaciona diretamente com o nível salarial; a criatividade, a autonomia, ou seja, o grau de controle e poder que o coletivo de trabalhadores tem sobre as condições, ambientes e organização de seu próprio trabalho. Do ponto de vista da gestão do trabalho em saúde no SUS e sua relação com a qualidade de vida no/do trabalho, advoga-se aqui a importância da valorização, da negociação para subsidiar o processo decisório; formas de contratação e ingresso, progressão, fixação e critérios de avaliação de desempenho (LACAZ *et al*, 2010).

A Gestão do Trabalho no SUS deve entrar nas agendas de governos como prioridade, para equilibrar o descompasso entre as necessidades dos gestores, profissionais e usuários. Para isso, requer cada vez mais estudos que contribuam para sua maior compreensão e, por conseguinte, colaborem com o seu desenvolvimento. Assim, coloca-se como desafio a busca por mecanismos capazes de dar conta da diversidade de situações num país de dimensão continental como o Brasil (KOSTER, 2008).

### **3.4 O processo de definição e a análise de Políticas Públicas de Saúde**

Existem diversas definições sobre o que seja política pública. Dye (1972) sintetiza a definição como o que o governo escolhe fazer ou não fazer. Jenkins (1978) a define como um

conjunto de decisões tomadas por atores políticos ou grupo de atores em relação a metas e recursos para se atingir uma determinada situação. Anderson (1984) introduziu novas questões ao definir política pública como o curso de uma ação proposta por um ator ou grupo de atores para solução de um problema ou uma questão de interesse dos atores, indicando que o objeto de decisões governamentais não são somente os problemas sociais (VIANA, BAPTISTA, 2008).

As definições de políticas públicas, apesar de optarem por abordagens diferentes, assumem uma perspectiva de que o todo é mais importante do que a soma das partes e que indivíduos, instituições, interações, ideologia e interesses devem ser levados em conta, mesmo que apresentem diferenças em sua importância. Então, política pública, pode ser definida como o “campo do conhecimento que busca, ao mesmo tempo, ‘colocar o governo em ação’ e/ou analisar essa ação (variável independente) e, quando necessário, propor mudanças no rumo ou curso dessas ações (variável dependente)”. Desta forma, o processo de formulação de uma política pública é aquele no qual os governos traduzem seus propósitos em programas e ações, com o intuito de produzir mudanças (SOUZA, 2003).

Neste campo, foram desenvolvidos alguns modelos de análise de política para o entendimento de como e por que os governos fazem ou deixam de fazer algumas ações que repercutirá na vida dos cidadãos (SOUZA, 2006).

A análise de política é uma técnica de estudo que permite formar uma opinião e obter diversos julgamentos acerca de determinada política pública, de acordo com os interesses e do ponto do qual se interpreta e analisa. Para isso, são considerados os discursos oficiais e não oficiais, considerando, o estudo da ausência de uma política, já que o silêncio acerca de uma determinada questão pode ser uma estratégia de ação frente à mesma (ARAÚJO JR., 2000). A análise objetiva intervir nas políticas públicas, seja no sentido de formulá-las, ou propor outras diferentes, analisando-as antes, durante ou após sua implementação (SAMPAIO; ARAÚJO JR., 2006).

Um dos modelos desenvolvidos para a análise de políticas foi o ciclo da política, que se refere à divisão, em fases, do processo político-administrativo de resolução de problemas, as quais levam em conta o caráter dinâmico destes processos (FREY, 2000). O ciclo da política apresenta 05 fases (HOWLETT; RAMESH, 2003): a entrada de um problema na agenda; a formulação da política; a tomada de decisão; a implementação da política e a avaliação da política. Apesar de consistir em uma seqüência, na prática isso não acontece, pois, como as políticas são resultado de um processo dinâmico, não há, necessariamente, o

fim de uma fase para que outra se inicie. O que pode acontecer é um predomínio de uma sobre outra em determinados momentos.

Na primeira fase (a entrada de um problema na agenda), os problemas são definidos como problemas de *policy* quando adquirem relevância do ponto de vista político e administrativo. Alguns fatores podem determinar essa decisão, como: demandas internacionais, pressões de grupos de interesses, identificação do problema como prioritário por parte de governantes, concepções dos governantes e fatores contextuais diversos. Na fase de formulação da política, é quando se busca alternativas para o enfrentamento do problema que entrou na agenda política. Dentre o conjunto de alternativas disponíveis, algumas vão sendo eliminadas de acordo com suas limitações e possibilidades. Algumas razões para essa eliminação é a falta de condições técnicas e políticas, disputa entre atores e a influência do contexto em que elas estão sendo desenvolvidas.

Para a fase de tomada de decisão, é preciso escolher a mais apropriada entre as várias alternativas de ação, a partir de processos de conflito e de consenso envolvendo os atores na política e na administração. Nem sempre essa escolha é positiva, no sentido de desenvolver ações para o enfrentamento do problema, podendo ser uma escolha negativa, restringindo as ações, ou mesmo, levando a ausência de decisão, que é o não posicionamento em relação a determinado problema. A quarta fase (implementação de políticas) está intimamente relacionada a uma dada política, como resposta a um problema particular, produzindo determinados resultados e impactos, que muitas vezes não correspondem aos impactos projetados na fase da sua formulação. Compreende o conjunto de eventos e atividades que acontecem após a definição das diretrizes de uma política, exigindo autonomia e envolvendo decisões e adaptações constantes.

Na última fase (avaliação de políticas), avaliam-se os programas já implementados no tocante a seus impactos efetivos. Deve ser realizada de forma sistemática, visando contribuir para o aperfeiçoamento da política. Se os objetivos do programa já tiverem sido alcançados, o ciclo político pode ser suspenso ou finalizado, ou, caso contrário, pode-se iniciar um novo ciclo, ou modificar o programa anterior.

Para Cohn (2009), os estudos das políticas públicas de saúde tem abordado frequentemente duas dimensões que envolvem o processo de formulação e implementação da política: a dimensão do exercício do poder, e a dimensão da racionalidade que está envolvida nas propostas de organização, reorganização e de escolha de prioridades ao se eleger uma dentre várias possibilidades para fazer frente às necessidades de saúde da população que está sob a responsabilidade do Estado.

Definir o modelo de análise é imprescindível, pois muitos métodos de análise não consideram a multiplicidade de fatores, atores e elementos que configuram a complexidade de uma determinada política pública. Este estudo utilizou o modelo de Análise Compreensiva de Políticas de Saúde para a análise da Política da Gestão do Trabalho na Saúde.

### 3.3.1 Modelo de Análise Compreensiva de Políticas de Saúde

O modelo de Análise Compreensiva de políticas de saúde proposto por Walt & Gilson (1994) recomenda a atenção analítica para quatro aspectos que, inter-relacionados, conformam a política como um todo: o contexto, o conteúdo da política, os atores envolvidos e o processo da política. Este modelo foi operacionalizado por Araújo Jr. e Maciel Filho (2001) que propõe de esclarecer “como?” e “o que?” deve ser observado em cada uma das categorias de análise. É considerado uma estratégia para realização de uma análise abrangente das Políticas de Saúde, sendo indicado na perspectiva de fortalecer uma cultura de análise e avaliação dessas políticas, podendo contribuir com o aperfeiçoamento da política analisada. A síntese do Modelo de Análise Compreensiva de Políticas de Saúde está descrita no quadro 1.

#### 3.3.1.1 Contexto

É entendido como o ambiente em que as mudanças acontecem e onde a política é implantada, o qual exerce influência sobre a política e os possíveis resultados da mesma (ARAÚJO JR., 2000; COSTA, 2003). É composto por subcategorias operacionais: o macro-contexto e o micro-contexto (ARAÚJO JR., 2000).

- a) **Macro-contexto:** inclui as esferas política (mudanças políticas, regime político, ideologia, políticas públicas, influências internacionais); econômica (tamanho e condições da economia, mudanças econômicas, políticas econômica e financeira, gastos públicos); e social (mudanças demográficas, qualidade de vida, pobreza, distribuição e desigualdade de recursos, desenvolvimento humano);
- b) **Micro-contexto:** aborda as políticas setoriais (os principais interesses, poder no setor, política de saúde, relação público e privado); o financiamento do setor (orçamento da saúde, mecanismos e políticas de financiamento, quantidade de recursos); e problemas de saúde e serviços de saúde

(mudanças epidemiológicas, principais problemas de saúde, sistema e serviços de saúde).

### 3.3.1.2. Conteúdo

Representa o corpo da política, ou seja, refere-se aos seus programas, projetos, atividades específicas, objetivos, e metas, os quais são elaborados com o intuito de modificar uma determinada realidade. Também fazem parte da análise do conteúdo a análise da coerência interna e externa da política, a identificação dos recursos materiais, organizacionais e políticos necessários para a operacionalização da política. Segundo o conteúdo, as políticas podem ser classificadas sob cinco perspectivas político-sociais:

- a) Neoliberal: perspectiva onde predomina o mercado econômico competitivo em detrimento ao sistema econômico planejado e direcionado pelo Estado (GREEN, 1998 *apud* ARAÚJO JR.; MACIEL FILHO, 2001);
- b) Conservadora: baseia-se na idéia que o bem estar social começa a partir de instituições sociais estabelecidas como a família, comunidade, classe, religião, propriedade privada e governo (PINKER, 1998 *apud* ARAÚJO JR.; MACIEL FILHO, 2001);
- c) Social Democrática: baseada na concepção de Marshal de direito dos cidadãos, que são os direitos civis, político e social, sendo o Estado responsável pela prestação de serviços à sociedade, garantindo o estado de bem estar social (SULLIVAN, 1998 *apud* ARAÚJO JR.; MACIEL FILHO, 2001);
- d) Socialista: a qual considera que o Estado deve prover os serviços sociais de forma permanente com o intuito de eliminar a desigualdade social (GINSBURG, 1998 *apud* ARAÚJO JR.; MACIEL FILHO, 2001);
- e) Feminista: considera que todas as instituições da sociedade são baseadas em gênero, como também, o acesso a todos os tipos de insumos e recursos (LEWIS, 1998 *apud* ARAÚJO JR.; MACIEL FILHO, 2001).



### 3.3.1.3 *Atores*

São os agentes de algum processo da política que trazem consigo seus valores, crenças e interesses, e podem exercer diversos papéis: formuladores da política, responsáveis pela sua implantação, aliados ou opositores da política. A análise dos atores (pessoas, organizações ou instituições) deve identificar os principais atores envolvidos na formulação e na implementação da política; o posicionamento destes; descrever se os atores estão mobilizados ou não de acordo com suas posições; estabelecer o poder de cada ator em relação aos outros; e analisar a possibilidade de alianças e coalizões entre eles (ARAÚJO JR.; MACIEL FILHO, 2001).

### 3.3.1.4 *Processo da política*

A análise do processo político leva em consideração os estágios de tomada de decisão e formulação da política, como também a sua implementação. É importante destacar as questões relacionadas ao poder dos “tomadores de decisão”, o que determina se o processo decisório é participativo (Pluralista – o poder é distribuído entre grupos, instituições e indivíduos na sociedade) ou autoritário (Elitista – a decisão é tomada por poucos, dentro do grupo dominante).

A forma como a política é implementada também pode ser participativa (Bottom-Up – considera todos os níveis envolvidos na implementação da política como importantes no processo) ou tradicional (Top-Down – onde predomina o autoritarismo nas relações). O desenvolvimento da política, desde a identificação do problema até sua avaliação, também deve ser analisado, podendo ser: Racional (modelo prescritivo e normativo que considera condições ideais de implementação); Incrementalista (considera que a política é principalmente corretiva e espera por mudanças graduais nas políticas já estabelecidas, em vez de grandes transformações momentâneas); e Estratégico (essa aproximação se concentra em construir a viabilidade da política, com formulação de estratégias para atingir as mudanças desejadas) (ARAÚJO JR., 2000).

As discussões realizadas neste capítulo foram utilizadas para embasar a análise da Política de Gestão do Trabalho na Saúde no município de Recife e, desta forma, responder aos objetivos deste estudo. No capítulo seguinte, constará a descrição das abordagens utilizadas durante todas as etapas da execução dessa pesquisa.

Quadro1 - Matriz Sintética do Modelo de Análise Compreensiva de Políticas de Saúde

CONTEXTO		CONTEÚDO	ATORES	PROCESSO
MACRO	MICRO			
<b>Esfera política</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Mudanças políticas;</li> <li>• Regime político;</li> <li>• Ideologia;</li> <li>• Políticas públicas;</li> <li>• Influências internacionais</li> </ul>	<b>Política setorial</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Principais interesses;</li> <li>• Poder no setor;</li> <li>• Política de saúde;</li> <li>• Relação público x privado</li> </ul>	<b>Programas, projetos, ações, objetivos e metas;</b>  <b>Resultados alcançados;</b>  <b>Recursos materiais, organizacionais e políticos;</b>  <b>Coerência interna e externa</b>	<b>Instituições, organizações, pessoas</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Posicionamento em relação à política;</li> <li>• Mobilização ou não em relação à política;</li> <li>• Poder de cada ator em relação aos outros.</li> </ul>	<b>Processo de tomada de decisão</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Pluralista – participativo</li> <li>• Elitista – autoritário</li> </ul>
<b>Esfera Econômica</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Tamanho e condições da economia;</li> <li>• Mudanças econômicas;</li> <li>• Política econômica e financeira;</li> <li>• Gastos públicos</li> </ul>	<b>Finanças do setor</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Orçamento da saúde;</li> <li>• Mecanismos e políticas de financiamento;</li> <li>• Quantidade de recursos</li> </ul>			<b>Concepção de políticas públicas</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Racional</li> <li>• Incrementalista</li> <li>• Estratégico</li> </ul>
<b>Esfera Social</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Mudanças demográficas;</li> <li>• Qualidade de vida;</li> <li>• Pobreza;</li> <li>• Distribuição e desigualdade de recursos;</li> <li>• Desenvolvimento humano</li> </ul>	<b>Problemas de saúde e os serviços existentes</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Mudanças epidemiológicas;</li> <li>• Principais problemas de saúde;</li> <li>• Sistema e serviços de saúde</li> </ul>	<b>Perspectiva político social</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Neoliberal</li> <li>• Conservadora</li> <li>• Social democrática</li> <li>• Socialista</li> <li>• Feminista</li> </ul>	<b>Formuladores;</b> <b>Implementadores;</b> <b>Apoiadores ou opositores;</b> <b>Beneficiários ou prejudicados.</b>	<b>Extensão da política</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Sistêmica</li> <li>• Setorial</li> </ul>
				<b>Tipo de política</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Distributivas</li> <li>• Redistributivas</li> <li>• Regulatórias</li> <li>• Constitutivas</li> </ul>

Fonte: Adaptado de Araújo Jr. e Maciel Filho (2001)

## **4 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS**

### **4.1 Tipo do Estudo**

É um estudo qualitativo, exploratório-descritivo que realizou uma análise abrangente da Política de Gestão do Trabalho na Saúde, a partir de estudo de caso.

Análise Abrangente pode ser entendida como tipo de análise que considera todo o processo da política selecionada, se opondo ao tipo de análise parcial da política, que concentra seu estudo em um estágio particular ou questão específica da política escolhida (ARAÚJO JR., 2000).

Estudo de caso permite a observação de vários elementos simultaneamente, sendo indicado para questões de como ou por que um determinado fenômeno ocorre. É capaz de propiciar um conhecimento aprofundado, especialmente quando os limites entre o fenômeno e o contexto não estão definidos (VÍCTORA; KNAUTH; HASEN, 2000; YIN, 2010). Pode ser considerado um delineamento em que são utilizados diversos métodos de coleta de dados, como a entrevista e a análise documental (GIL, 2009).

### **4.2 Área do Estudo**

Foi o município do Recife, capital do Estado de Pernambuco, situado no litoral nordestino. Ocupa uma posição central, a 800 km das outras duas metrópoles regionais, Salvador e Fortaleza. Apresenta população residente, registrada pelo Censo 2010 do IBGE, de 1.537.704 habitantes e uma extensão territorial de 218,5km<sup>2</sup>. O território do Recife foi subdividido, desde 1988, em 94 bairros, mediante Decreto No. 14.452/88. Para efeito de planejamento e gestão, a cidade também é dividida espacialmente em 06 Regiões Político-Administrativas (RPA), cada uma correspondendo a um Distrito Sanitário.

### **4.3 População do Estudo**

A população do estudo foi composta pelos profissionais envolvidos na gestão do processo de implementação da Política de Gestão do Trabalho na Saúde. No município de Recife, a coordenação é feita, no nível Central, pela Diretoria Geral de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (DGGTES) que descentraliza as ações para as Gerências Operacionais de Gestão de Pessoas (GOGP) que integram a estrutura administrativa dos Distritos

Sanitários. Entende-se, para esta pesquisa, que faz parte da Gestão do Trabalho a Saúde do Trabalhador e o Controle Social. Assim, os profissionais do Centro de Referência para a Saúde do Trabalhador (CEREST) e do Conselho Municipal de Saúde também foram incluídos na população do estudo.

#### **4.4 Instrumentos de Coleta**

A coleta dos dados foi realizada a partir de:

- a) Revisão bibliográfica, com dois objetivos diferentes: elaboração do contexto e discussões das questões relacionadas à Gestão do Trabalho. A primeira foi realizada com critério de escolha de textos e autores da área de Políticas Econômicas e Sociais, referentes aos períodos e governos descritos no contexto. A segunda utilizou tanto artigos oriundos das bases do Scielo e da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), os quais foram pesquisados a partir dos descritores deste estudo, quanto outras produções (capítulos de livros, teses, dissertações e monografias) de autores com determinada expertise na área de conhecimento. Foi ainda adicionado o trabalho de análise das citações de determinadas produções, para ambos os objetivos, através da metodologia de Referências Cruzadas, na qual a partir de determinados artigos outros textos foram selecionados, com posterior verificação de disponibilidade dos mesmos nas bases de dados consultadas, definindo, por fim, a bibliografia que consta neste estudo.
  
- b) Entrevistas semi-estruturadas, para as quais foram utilizados roteiros de entrevista, que contêm uma lista de perguntas ou temas, relacionadas aos objetivos desse estudo. Foram elaborados três roteiros de entrevista: um para a Gestão do Trabalho (Apêndice A), um para a Saúde do Trabalhador (Apêndice C) e, outro para o Conselho Municipal de Saúde (Apêndice B). A distribuição das entrevistas está descrita no quadro 2. As mesmas só foram realizadas após a assinatura do Termo de Consentimento livre e Esclarecido (Apêndice D);

**Quadro2 - Distribuição das entrevistas realizadas de acordo com local de atuação dos entrevistados. Recife, 2012**

Setor		Quantitativo		TOTAL
		Gestão atual	Gestão anterior	
Gestão do Trabalho	Nível Central	01	03	<b>04</b>
	Distrito Sanitário	03	-	<b>03</b>
Saúde do Trabalhador		01	-	<b>01</b>
Conselho Municipal de Saúde		-	01	<b>01</b>
<b>TOTAL</b>		<b>05</b>	<b>04</b>	<b>09</b>

Fonte: Elaborado pela autora

- c) Documentos oficiais e documentos públicos. No projeto de trabalho, foi programada a análise de uma lista de documentos referentes ao período do estudo (2006 a 2011), como mostra o quadro 4. Vale destacar que a partir do contato com os setores da Secretaria Municipal de Saúde, constatou-se a inexistência de alguns documentos, tanto pela falta de sistematização dos mesmos, como pela própria inexistência da oferta de alguns serviços. Os documentos que fizeram parte da análise deste estudo estão listados no quadro 3.

**Quadro3 - Distribuição dos documentos analisados de acordo com setor de elaboração. Recife, 2012**

SETOR	DOCUMENTOS ANALISADOS
<b>Secretaria Municipal de Saúde</b>	Dois Planos Municipais de Saúde: PMS 2006 a 2009 / PMS 2010 a 2013
	Seis Relatórios Anuais de Gestão: 2006 a 2011
<b>Gestão do Trabalho</b>	Tabela síntese do Sistema de Folha de Pagamento e cadastro funcional de 2006 a 2011
	Projeto de Adesão do Município ao ProgeSUS
	Leis do Plano de Cargos Carreiras e Vencimentos: Lei nº 16.959/2004 e Lei nº 17.772/2012
	Quarenta Atas da Mesa de Negociação Permanente: Todas de 2008 a 2011
<b>Controle Social</b>	Três Relatórios das Conferências Municipais: 8ª (2007) / 9ª (2009) / 10ª (2011)
	Atas e Pautas das Reuniões do Conselho Municipal: Todas de 2006 a 2011
<b>Saúde do Trabalhador</b>	Vinte e cinco Comunicações de Acidentes de Trabalho – CAT: 2006 a 2011

Fonte: Elaborado pela autora

#### 4.5 Plano de Análise dos Dados

As estruturas e as ações desenvolvidas pela Política da Gestão do Trabalho na Saúde do município foram descritas e analisadas a partir do modelo de Análise Compreensiva de políticas de saúde de Walt e Gilson (1994), operacionalizado por Araújo Jr. e Maciel Filho (2001). Os quatro aspectos que esse modelo aborda - o contexto, o processo, o conteúdo e os atores – foram analisados a partir da análise documental e da análise de discurso das entrevistas.

Análise documental é a que se realiza com base em documentos de órgãos públicos ou privados de qualquer natureza, ou com pessoas, como: registros, atas, regulamentos, ofícios, memorandos, entre outros (TOBAR; YALOUR, 2001). Uma das vantagens da pesquisa documental é a forma elaborada do conteúdo e o fato de, uma vez na posse do pesquisador, o documento está disponível para a análise. A seleção dos aspectos de interesse junto à fonte documental é mais rápida, garantindo maior controle e domínio do pesquisador (VÍCTORA; KNAUTH; HASEN, 2000).

O discurso é a transcrição de opiniões, de atitudes, da fala e de representações do sujeito que demonstram o recorte de um momento, num processo de elaboração de uma análise feita pelo pesquisador sobre o conteúdo trazido pelo pesquisado. Portanto, a fidedignidade na pesquisa deve conter as observações e percepções emocionais dos relatos e das transcrições, sempre buscando o sentido dado pelo sujeito àquilo que ele narra. Para a Análise do Discurso, o discurso é uma prática, uma ação do sujeito sobre o mundo. Por isso, sua aparição deve ser contextualizada como um acontecimento, pois fundamenta a interpretação (CANZONIERI, 2010; MINAYO, 2010).

Para a análise dos atores envolvidos na implementação da Política de Gestão do Trabalho, utilizou-se como referência o Triângulo de Governo (Matus, 1996a), que é um sistema formado pela articulação de três variáveis interdependentes: projeto, capacidade de governo e governabilidade.

Nessa pesquisa, visando responder à pergunta norteadora e, por sua vez, aos objetivos do estudo, foi necessário a análise dos dados bibliográficos, documentais e narrados seguindo a metodologia proposta, a fim de abarcar todas as dimensões de interesse definidas para a pesquisa.

Os arquivos de áudio com as gravações das entrevistas realizadas durante a fase de campo do estudo foram transcritas, e em seguida, procedeu-se a leitura do material, a qual permitiu a organização dos dados coletados e das ideias centrais abordadas, para posterior identificação das categorias de análise previamente determinadas por este estudo, conforme descrito no quadro 4.

Esse mesmo processo de identificação das categorias de análise foi realizado durante a leitura e organização das informações contidas nos documentos oficiais e nos documentos públicos analisados por este estudo.

A partir da identificação das categorias nessas duas fontes, foi possível a elaboração da descrição e análise dos quatro aspectos que o modelo de análise de política aborda. Essas análises também geraram quadros sínteses nos seguintes capítulos: conteúdo, resultados e atores. Ainda utilizando a referida análise e somando com a revisão da literatura relacionada aos textos da área de Políticas Econômicas e Sociais, foi elaborado o macro-contexto, como também foi sistematizada uma linha do tempo que sintetiza o capítulo do contexto.

Essa linha do tempo sofreu um processo de validação com um técnico da área da gestão do trabalho que atuou no município de Recife no período do estudo e que estava selecionado para participar desta pesquisa.

#### **4.6 Categorias de análise**

Para analisar como está se desenvolvendo a Política de Gestão do Trabalho na saúde no município, foram considerados os princípios e diretrizes da NOB/RH-SUS, atualizados e somados às diretrizes operacionais do Pacto de Gestão / Pacto pela Saúde 2006 e às diretrizes e itens da Agenda da SGTES, os quais foram classificados como dimensões, componentes e critérios, descritos no quadro 4.

Quadro 4 - Categorias de análise e fonte de dados secundários (continua)

Dimensões	Componentes	Crítérios	Dados Secundários	Fonte de Dados	
Agenda da Gestão do Trabalho Desprecarização	Planejamento	Composição da força de trabalho DesprecarizaSUS	Percentual de trabalhadores concursados, contratados e terceirizados	Sistema Folha de pagamento e cadastro funcional	
			Concursos públicos realizados	Plano Municipal / Relatório de Gestão	
			Seleções simplificadas realizadas para suprir necessidade temporária	Plano Municipal / Relatório de Gestão	
			Administração dos vínculos de trabalho	Mecanismos de acompanhamento dos processos de recrutamento/captação, seleção, lotação, contratação	Plano Municipal / Relatório de Gestão Sistema Folha de pagamento e cadastro funcional
			Rotatividade dos trabalhadores	Mudanças constantes na lotação dos trabalhadores	Sistema Folha de pagamento e cadastro funcional
			Direitos e Benefícios dos Trabalhadores	Direitos efetivamente implementados e cumpridos sem prejuízos para o trabalhador	Sistema Folha de pagamento e cadastro funcional
				Gratificações implementadas e cumpridas	Sistema Folha de pagamento e cadastro funcional
Agenda da Gestão do Trabalho Valorização e Negociação	PCCS - Plano de Cargos, Carreira e Salário	Implantação do PCCS	Ano de implantação do PCCS	Leis do PCCV	
		Universalidade do PCCS	Trabalhadores contemplados pelo PCCS	Leis do PCCV / Atas e protocolos da MNP	
		Isonomia salarial	Profissionais de níveis equivalentes com mesmos salários e vencimentos	Sistema Folha de pagamento e cadastro funcional / Relatório de Gestão	
		Gestão partilhada de carreira	Trabalhadores participando na formulação e gestão do respectivo PCCS	Atas e protocolos da MNP	
		Educação permanente	Trabalhadores participando de projetos / programas de educação permanente e capacitações	Relatório de Gestão	
		Avaliação do desempenho	Processo de avaliação coletivo focado no desenvolvimento profissional e institucional	Relatório de Gestão	
		Progressão (vertical ou horizontal) e Promoção do trabalhador	Critérios para mudança de padrão	Leis do PCCV / Atas e protocolos da MNP	
	Periodicidade de avaliação efetiva do servidor		Leis do PCCV / Atas e protocolos da MNP		
	Mesa de Negociação Permanente –MNP	Composição da MNNP	Percentual de representantes do governo e das entidades profissionais	Atas e protocolos da MNP	
		Itens do acordo coletivo cumprido	Acordos efetivamente implementados e cumpridos	Atas e protocolos da MNP	



Quadro4 - Categorias de análise e fonte de dados secundários (conclusão)

Dimensões	Componentes	Crítérios	Dados Secundários	Fonte de Dados
Agenda da Gestão do Trabalho ProgeSUS	Qualificação e Estruturação da Gestão do Trabalho	Adesão ao ProgeSUS	Projetos de adesão ao programa	Projeto de adesão do município
		Incentivo à qualificação profissional	Profissionais que realizaram Cursos de Atualização e/ou Especialização em Gestão do Trabalho, e Mestrado profissional	Plano Municipal / Relatório de Gestão
		Investimento na infra-estrutura	Financiamento recebido para aquisição de mobiliário e equipamentos	Plano Municipal / Relatório de Gestão
		Oferta do Sistema de Informação Gerencial	Adoção de Sistema de Informação Gerencial	Plano Municipal / Relatório de Gestão
Saúde do Trabalhador	Assistência a Saúde do Trabalhador	Ações de prevenção e controle de riscos ocupacionais	Campanhas de prevenção realizadas	Plano Municipal / Relatório de Gestão
			Equipamentos de Proteção Individual disponibilizados	Plano Municipal / Relatório de Gestão
			Exames periódicos realizados	Boletim de produção do serviço de referência
		Assistência aos trabalhadores nos serviços de referência	Profissionais atendidos	Boletim de produção do serviço de referência
			Notificações dos casos de acidentes e ocorrências no trabalho	Sistema de Notificação
			Afastamentos por acidentes e ocorrências no trabalho	Boletim de produção do serviço de referência
	Adequação do ambiente de Trabalho	Inspeções realizadas pelo Centro de Referência de Saúde do Trabalhador – CEREST	Inspeções realizadas	Relatórios do Centro de Referência
			Adequações na estrutura física e no ambiente psicológico do trabalho	Plano Municipal / Relatório de Gestão
Controle Social da Gestão do Trabalho	Organização do Controle Social para a Gestão do Trabalho	Participação do Conselho Municipal nas questões da gestão do trabalho	Discussões sobre temas de Gestão do Trabalho	Atas e pautas de reuniões do Conselho
			Definições e acompanhamento das deliberações	Atas e pautas de reuniões do Conselho
		Propostas sobre a Gestão do Trabalho na Conferência Municipal	Deliberações definidas e implementadas	Relatórios das Conferências
		Participação de Comissões Intersetoriais de Recursos Humanos	Existência e participação efetiva das Comissões	Atas e pautas de reuniões do Conselho
		Denúncias de Assédio Moral	Denúncias realizadas	Atas e pautas de reuniões do Conselho

Fonte: Elaborado pela autora

## **5 ASPECTOS ÉTICOS**

Esse projeto de pesquisa cumpriu todos os procedimentos éticos necessários para o início das atividades que envolvem o trabalho de campo de uma pesquisa, seguindo as recomendações Resolução 196/96 do CNS/MS, que regulamenta a pesquisa com seres humanos. Foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães (CAAE 01557412.8.0000.5190), após o recebimento da Carta de Anuência do município participante do estudo.

Também foram realizados os procedimentos éticos relativos ao estudo, no que concerne à leitura, esclarecimento de eventuais dúvidas e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido por parte de cada sujeito entrevistado ao início de cada entrevista (Apêndice D), com a devida garantia da confidencialidade de sua identidade. Também foram explicados os objetivos da pesquisa, os motivos que levaram à escolha deles enquanto sujeitos para contribuir com a coleta de dados; os possíveis constrangimentos ou risco que essa pesquisa pode trazer e como os mesmo seriam minimizados.

## 6 RESULTADOS

### 6.1 Análise do Contexto da implementação da Política de Gestão do Trabalho na Saúde

Para o melhor entendimento do contexto da implementação da Política de Gestão do Trabalho na Saúde no município de Recife, foi necessário recuperar historicamente os períodos anteriores ao que foi proposto por esse estudo, para elucidar o motivo de alguns acontecimentos ocorridos no processo de implantação/implementação da Política.

#### 6.1.1 Macro – contexto

##### 6.1.1.1 Esfera Política

Sendo o Brasil uma República Federativa, foi governado, no período desse estudo, de 2006 a 2011, por dois presidentes: Luís Inácio Lula da Silva (finalizando seu primeiro mandato em 2006 e reeleito para o período de 2007 a 2010), e Dilma Rousseff (presidente empossada em 1º de janeiro de 2011), filiados ao Partido dos Trabalhadores (PT), partido de oposição à direita neoliberal anteriormente instituída no governo federal.

O Neoliberalismo começou a se formar e firmar-se politicamente na década de 80, a partir da crise econômica atribuída aos estados centrados no Welfare State, do fim da Guerra Fria, e do início dos governos neoliberais de Reagan, nos EUA, e, sobretudo, o de Margareth Thatcher, na Inglaterra. As atitudes destes líderes influenciaram a implantação de ideias neoliberais nas economias globalizadas do século XX de maneira hegemônica. Suas proposições de desmonte da garantia estatal de direitos mínimos de cidadania - o chamado Estado de Bem Estar Social -, de contenção de gastos sociais, privatizações dos ativos públicos, redução das atividades sindicais, flexibilização do trabalho, desregulamentação do mercado e globalização da economia tornaram-se as estratégias para sanar a crise em que se encontravam os países do primeiro mundo, entre os anos 70 e 80, na direção do Estado Mínimo (LEME, 2010; MUNHOZ *et al*, 2009).

Segundo Bolzan (2010), o neoliberalismo é uma doutrina que abrange economia e a filosofia social e suas principais características incluem: a superioridade do mercado como uma instituição para alocação ótima de recursos, na qual as decisões tomadas pelo governo visam o bem público através de escolhas racionais positivistas; a superioridade do

individualismo sobre o coletivismo e a autoconfiança, em que a responsabilidade moral individual se sobrepõe a uma cultura de interdependência; o Estado Mínimo, onde existe reduzida interferência do Estado nas políticas públicas e cada indivíduo deve assumir responsabilidade sobre o provimento de seu bem estar.

O Estado Mínimo, de acordo com Munhoz *et al.* (2009),

evolui com a redução dos gastos públicos com saúde, educação e previdência social, significando, para os países desenvolvidos, o fim do Estado de Bem Estar Social, e para os países em desenvolvimento, o agravamento do quadro das iniquidades sociais, acentuando as desigualdades entre extremos de pobreza para a maioria e riqueza para um reduzido número de pessoas.

No cenário mundial, a implantação do modelo neoliberal iniciou-se na década de 1980. Já no Brasil, aconteceu de forma tardia, devido ao processo de redemocratização do país, após o período ditatorial que se instalou com um golpe militar em 1964. Os anos 1980 foram, no Brasil, um momento de importante ascensão das lutas sociais e de uma grande participação da sociedade brasileira na vida política. É neste período também que foi aprovada a nova Constituição Brasileira, considerada bastante avançada em termos sociais, justamente como reflexo desse momento de mobilização política. A década de 1990 pode ser considerada de década neoliberal no Brasil, pois seus efeitos se fizeram sentir de forma profunda sobre a sociedade brasileira (LOPES, 2009).

Esta década inicia-se com a vitória eleitoral de Fernando Collor de Mello, que se comprometeu desde o início com as políticas neoliberais. Seguido por Itamar Franco e por dois mandatos de Fernando Henrique Cardoso (FHC), os quais permitiram a consolidação de uma hegemonia burguesa, capaz de articular as elites políticas e econômicas em torno dos ideais neoliberais. Foram realizados investimentos privados, internos e externos, a partir de uma política de estabilização monetária e de reforma do Estado, que tinha na privatização de empresas e órgãos públicos um pilar fundamental (LOPES, 2009).

Após 1997, surgiu um movimento social internacional em resposta aos inúmeros impactos negativos da globalização neoliberal, a qual acarretou no crescimento acelerado da pobreza e da desigualdade em quase todos os países do mundo, com exceção de alguns casos como o da China. De acordo com o Relatório de Desenvolvimento Humano das Nações Unidas de 1999, mais de 80 países tinham renda per capita, em 1999, menor que na década anterior, com declínio nas taxas de crescimento econômico em quase todos os países. Além disso, progressos na diminuição da mortalidade infantil e nas taxas de alfabetização e

escolaridade tornaram-se mais lentos, o desemprego mundial alcançou o patamar de 1 bilhão de pessoas e os empregos se tornaram temporários, inseguros, flexíveis e informais, acarretando graves consequências para a saúde e bem-estar dos trabalhadores (SIQUEIRA; CASTRO; ARAUJO, 2003).

Diante disso, nas eleições do Parlamento britânico de 1997, o Partido Trabalhista derrotou o Partido Conservador por uma maioria dos votos, defendendo o plano de governo “modelo para o século XXI”, segundo o princípio “trabalho para os que podem trabalhar” e “assistência para os que não podem trabalhar”. O governo Tony Blair (Partido Trabalhista) adotou medidas de inspiração keynesiana, tais como o restabelecimento de um salário mínimo, aumento dos créditos fiscais (isenções) para a classe trabalhadora (uma medida de “transferência indireta de renda”) e a melhoria dos serviços públicos, notadamente no campo da saúde e do sistema educacional (PEREIRA, 2007).

As críticas ao neoliberalismo começam a se refletir no governo FHC, colaborando para a vitória de Lula nas eleições, em 2002, com a promessa de implantar um novo modelo de desenvolvimento para o país. O governo Lula, que teve a característica de regime político democrático, contou com apoio de uma coalizão de alguns partidos (PT, PMDB, PRB, PCdoB, PSB, PP, PR, PTB, PV, PDT, PSC), o que garantiu a sua governabilidade e a priorização de seus projetos de governo, como a implementação políticas sociais, dentre elas o combate à pobreza (PASQUARELLI, 2011).

O governo conseguiu superar a recessão herdada e desenvolveu políticas de distribuição de renda que, pela primeira vez, alteraram a desigualdade social no Brasil. Além disso, consolidou e estendeu uma política externa independente, e permitiu que o Estado recuperasse seu poder de indução do crescimento econômico. Em relação a esse fato Fagnani (2011, p.16) afirma:

No campo político e ideológico, emergiu um cenário favorável para ampliação do papel do Estado na economia e na regulação. O colapso financeiro internacional (2008) interrompeu um longo ciclo de hegemonia do neoliberalismo em escala global. Muitos dos dogmas do “pensamento único” passaram a ser questionados. Instituições como BIRD e FMI reconheceram o fracasso das políticas inspiradas pelo Consenso de Washington. Este cenário abriu uma nova brecha para a ampliação do papel do Estado na consolidação do sistema social consagrado pela Constituição de 1988.

Apesar do grande número de escândalos políticos que envolveram o PT, a popularidade do então presidente da república continuou expressiva, fato por muitos atribuído a sua forma de governo populista, que oferece benefícios monetários e alimentícios a famílias

de baixa renda através de programas sociais como o Bolsa Família. Este programa permitiu difundir a ideia de que o governo Lula fez pelos pobres mais que qualquer outro governo antecedente no país. A oposição considera o Bolsa-Família “uma dimensão simbólica imprescindível ao marketing eleitoral” do partido (MOURA, 2007).

Essa popularidade permaneceu no início do Governo Dilma Rousseff que recebeu aprovação de 57% da população brasileira. O resultado positivo igualou tecnicamente a marca recorde obtida pela gestão de Luiz Inácio Lula da Silva, referentes ao segundo mandato do ex-presidente. Em relação a aprovação do governo por área de atuação no primeiro ano do mandato, as áreas de melhor desempenho do Governo Dilma foram combate à fome e à pobreza, combate ao desemprego e meio ambiente. Já às áreas de pior desempenho, foram aquelas ligadas à saúde, impostos e segurança (INSTITUTO BRASILEIRO DE OPINIÃO PÚBLICA E ESTATÍSTICA, 2012).

Em fevereiro de 2011, o governo anunciou um corte de R\$ 50 bilhões no orçamento federal do mesmo ano, o equivalente a 1,2% do Produto Interno Bruto (PIB). A decisão justifica-se sob o argumento de que o bloqueio de gastos era uma maneira de o governo tentar combater as pressões inflacionárias e, com isso, evitar os efeitos negativos da crise financeira internacional. Como consequência destas medidas, houve uma redução acentuada das vendas de automóveis e o crédito imobiliário para o programa “Minha Casa Minha Vida” experimentou redução acentuada (LIMA, 2011).

Em relação a política externa, o governo Dilma se comprometeu a trabalhar para a integração sul-americana e latino-americana; na defesa dos Direitos Humanos, na luta pela paz mundial e pelo desarmamento; e manter um diálogo construtivo e soberano com os países desenvolvidos e em desenvolvimento. Também daria continuidade a consolidação e a implementação da nova política de defesa, nos termos da Estratégia Nacional, iniciada no governo Lula.

#### *6.1.1.2 Esfera Econômica*

A ideologia neoliberal fica mais forte e concreta na agenda política brasileira quando FHC assume a presidência do Brasil, em 1995. Mesmo tendo prometido retirar o país de sua condição subdesenvolvida durante a campanha eleitoral de 1994, o Governo FHC terminou seu segundo mandato no ano de 2002 em uma grande crise. O “Plano Real”, implantado em julho de 1994, continha o suporte básico de toda política macroeconômica adotada pelo

Governo no período entre 1995 e 2002. Dentre os principais problemas desse período destacam-se: desequilíbrios das contas governamentais; elevação enorme das dívidas interna e externa; baixíssimo crescimento do PIB; elevação do desemprego; redução do poder de compra do salário mínimo (MATTEI; MAGALHÃES, 2011).

A política econômica do primeiro mandato do Governo Lula (2003-2006) foi marcada pelo aprofundamento da agenda neoliberal, dando a essas políticas um caráter ortodoxo neoliberal/conservador. O segundo mandato (2007-2010) foi marcado por uma intervenção mais forte do Estado na economia, recuperando sua capacidade de investimento, além de orientar os investimentos privados no sentido de ampliar a infraestrutura básica do país, podendo ser denominada de liberal-desenvolvimentista. Mesmo assim, o comando da política econômica ainda continuou refém do mercado financeiro (MATTEI; MAGALHÃES, 2011).

Suas diretrizes de trabalho na área de Relações Exteriores estavam focadas na construção de uma cultura de paz entre as nações, aprofundando a integração entre os países do continente Sul Americano, resgatando e ampliando o Mercosul. Esta integração teve o objetivo de obter alguns avanços, como o aumento de mais de 100% nas exportações para a América do Sul e o fortalecimento o comércio regional. Também fomentou acordos comerciais e buscou uma nova ordem econômica internacional que diminuísse as injustiças, a distância crescente entre países ricos e pobres, bem como a instabilidade financeira internacional que tantos prejuízos tem imposto aos países em desenvolvimento (ALMEIDA, 2003).

Para seu segundo mandato, o presidente Lula lançou a meta de crescimento do PIB (Produto Interno Bruto – soma das riquezas produzidas por um país) a 5% ao ano, como também lançou o PAC (Programa de Aceleração do Crescimento), um conjunto de medidas cujo intuito era a aceleração do ritmo de crescimento da economia brasileira. O ano de 2007 é marcado pela retomada da atividade em vários setores, em virtude principalmente da recuperação da renda da população e pela expansão do crédito no país, com destaque para a agropecuária. As melhores condições de renda e crédito também incrementaram o desempenho da indústria, com destaque para os recordes de produção do setor automotivo, além do setor de construção civil. Com isso, o PIB apresentou expansão de 5,4% em 2007, aproximando-se da maior taxa de crescimento do Governo Lula, que ocorreu em 2004, quando houve crescimento de 5,7% (LOUREIRO; SANTOS; GOMIDE, 2011).

A orientação fortemente comercial da política externa resultou num crescimento das exportações brasileiras, o qual, até 2008, permitiu a elevação das reservas internacionais e o

ajuste externo da economia brasileira pôde ser realizado. Desta forma, a dívida externa do setor público foi zerada no ano de 2007, e ainda foi possível o empréstimo de recursos ao FMI nos anos de 2008 e 2009, devido à conquista de um saldo positivo, apesar da taxa dessa dívida ser de quase 15% do PIB em 2003 (MATTEI; MAGALHÃES, 2011).

Concomitantemente, o endividamento interno cresceu, diminuindo a proporção da dívida sobre o PIB. Como o controle inflacionário era prioridade do governo e estava baseado no manuseio da taxa de juros, seus reflexos foram cada vez maiores sobre o endividamento público. O governo gasta, em média, R\$ 150 bilhões ao ano com pagamentos de juros dessa dívida. Desta forma, proporcional a essa taxa de juros será esse montante anual de gasto com amortizações. Como a amortização exige quantias anuais elevadas, o governo acaba tendo que cortar gastos que poderiam ser direcionados para áreas essenciais, como saúde, saneamento, habitação, educação e infraestrutura (MATTEI; MAGALHÃES, 2011).

Em 2008, quando a demanda econômica nacional já gerava preocupações para o cumprimento das metas de inflação, a crise financeira mundial originada nos Estados Unidos atingiu o Brasil, no segundo semestre. Porém, o PIB nacional terminou o ano com uma taxa de expansão de 5,1%, devido à compensação do crescimento ocorrido no primeiro semestre. A crise internacional, além dos efeitos negativos sobre as decisões de investimento, derrubou as exportações brasileiras, com implicações diretas sobre o nível de atividade econômica, uma vez que o desempenho da economia nacional estava atrelado aos ciclos do comércio internacional. A redução considerável das exportações levou a queda da produção industrial brasileira em 2009 (FILGUEIRAS *et al*, 2010).

No mesmo ano, segundo Cano e Silva (2010)

um novo programa de promoção à indústria brasileira é lançado com maiores pretensões no sentido de sua abrangência, profundidade, articulações, controles e metas, ampliando o número de setores e os instrumentos de incentivo em relação à Política Industrial, Tecnológica e de Comércio Exterior (PITCE). Entre os avanços, há a preocupação em definir objetivos e estabelecer metas, fortalecer a coordenação entre diferentes instituições do governo e o diálogo com o setor privado, dentro de uma visão sistêmica voltada à construção da competitividade de longo prazo dos mais diversos setores da economia brasileira. Batizada de Política de Desenvolvimento Produtivo – PDP e apoiando-se em diversos tipos de medidas (tributária/fiscal, financiamento, poder de compra por parte do governo, aprimoramento jurídico, regulação e apoio técnico), a nova política tem como objetivo a sustentação de um longo ciclo de desenvolvimento produtivo, apoiado no investimento, na inovação, na competitividade das empresas e na ampliação das exportações. Entre outros instrumentos, o novo programa propõe a desoneração de diversos setores produtivos correspondente a uma renúncia fiscal de R\$ 21,4 bilhões entre 2008 e 2011.



A gestão Dilma Rousseff iniciou dando segmento à política econômica do Governo Lula. As previsões iniciais para 2011 variavam entre crescimento de 4% e 5%, mas a crise internacional e a ameaça de aumento da inflação foram fatores que influenciaram o PIB, já que o governo adotou medidas de contenção que diminuíram o ritmo da economia. O PIB do primeiro ano do Governo Dilma apresentou um desempenho abaixo em relação ao aguardado pelo mercado financeiro e de próprios setores do governo. Esse perfil de crescimento é reflexo do baixo dinamismo apresentado pela produção industrial doméstica, sobretudo, da indústria transformadora, que tem sofrido o impacto tanto da desaceleração da demanda interna, quanto de pressões competitivas das importações decorrentes de um câmbio excessivamente aprecia. A inflação segundo o Índice Nacional de Preços ao Consumidor Amplo (IPCA) registrou alta de 7,23% no acumulado de 12 meses terminados em agosto, registrando o maior nível anual desde 2004 (IPEA, 2011).

#### *6.1.1.3 Esfera Social*

O governo Collor iniciou e o governo Cardoso aprofundou uma série de medidas neoliberais, com um corte dos recursos para custeio e contratação, que prejudicou a qualidade do serviço público, desvalorizou salários e reduziu a capacidade do governo de realizar investimentos sociais. Houve aumento da concentração da renda e da desigualdade social e as políticas públicas foram esvaziadas, principalmente em seu caráter universalista; os vínculos de trabalho foram precarizados, importantes direitos sociais foram retirados dos trabalhadores e os sindicatos perderam força e poder. Essa piora nas condições de emprego e renda dos trabalhadores refletiu-se também em outros indicadores sociais, tais como o aumento dos níveis de criminalidade nos centros urbanos, consequência da incapacidade do modelo econômico de absorver força de trabalho. Entre 1995 e 1997, dados apontam para uma redução de cerca de 140 mil empregos no setor público. E com as privatizações ocorridas em 1998 e 1999, esse número cresceu ainda mais (LOPES, 2009; BARROCO, 2011).

A saúde caminha no sentido oposto. Neste período, alcançou uma taxa de incremento de empregos de 51,6%, a qual contribuiu para que as taxas de desemprego não atingissem patamares piores. Uma contribuição importante para o crescimento do mercado de trabalho na saúde foi a ampliação das ações consideradas estratégicas, dentre as quais o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e o Programa de Saúde da Família (PSF), que ocasionou uma expansão de 84,7% nas atividades ambulatoriais, representando um

crescimento de 62,3% nas taxas de emprego público (CONSELHO NACIONAL DOS SECRETÁRIOS DE SAÚDE, 2004).

Devido à forma como foram conduzidos os processos de contratação, seguindo as ideias neoliberais, a flexibilização das relações de trabalho e precarização dos vínculos no setor saúde se acentuou, com consequências diretas para o trabalhador e para as organizações de saúde (KOSTER; MACHADO, 2012).

Para auxiliar na gestão destes trabalhadores que participam do processo de trabalho do SUS, foram elaborados os “Princípios e Diretrizes para Gestão do Trabalho no SUS” durante a 10ª Conferência Nacional de Saúde, que em 1998 tornou-se a NOB/RH-SUS após discussões na Oficina Nacional de Trabalho sobre Recursos Humanos para o SUS. Em 2002, esta Norma Operacional foi revista e aprovada, estabelecendo assim maior coerência com as diretrizes aprovadas na 11ª Conferência Nacional de Saúde, tornando-se documento - base para a política de Gestão do Trabalho na Saúde (KOSTER, 2008). No entanto, poucos avanços foram alcançados com a NOB/RH-SUS, tendo em vista a antipolítica de RH que priorizou a privatização via terceirização de serviços, assim como, a flexibilização das relações de trabalho.

Do ponto de vista do emprego, observa-se uma grande mudança no período do Governo Lula em relação ao governo anterior, com a recuperação dos princípios do Estado. O novo modelo de desenvolvimento impulsionado pelo Governo Federal criou, entre janeiro de 2003 e setembro de 2010, uma média de 1,9 milhão de postos de trabalho por ano. Neste período, aproximadamente 5 milhões de trabalhadores deixaram a informalidade e passaram a desfrutar de todos os direitos reservados a eles pela Constituição Federal. Assim, houve uma inversão no mercado de trabalho, com os postos formais de trabalho atingindo, no ano de 2009, 52% da População Economicamente Ativa (PEA). Os índices de desemprego caíram, apesar das dificuldades provocadas pela crise financeira global, que se intensificou a partir do segundo semestre de 2008 (BRASIL, 2010).

Esse movimento do mercado de trabalho gerou efeitos correlatos sobre o comportamento dos salários, particularmente do salário mínimo, que teve ganhos reais durante todo período. Esse crescimento real do salário mínimo desencadeou efeitos positivos sobre a participação dos salários na renda nacional, tendo um efeito auxiliar no sentido de reduzir a desigualdade de renda do país. Com isso, verifica-se que entre 2002 e 2009 houve uma efetiva redução da desigualdade de renda, com o Índice de Gini caindo de 0,59 para 0,54. Essa queda da desigualdade da renda deve-se, fundamentalmente, a maior desconcentração da

renda do trabalho e aos efeitos das transferências públicas de renda (aposentadorias, pensões, bolsa Família e programa de benefício de prestação continuada). Apesar disso, não devemos esquecer que o Brasil ainda se situa entre os países com a maior desigualdade de renda no mundo (CICONELLO, 2011).

Em relação ao gasto social no Governo Lula, houve um aumento considerável até a crise de 2008-2009. Em grande medida, essa expansão se deve ao fato de que o governo efetivamente priorizou o combate à pobreza, através de programas focalizados, com destaque para o Bolsa Família, que realiza transferência de renda para as famílias em situação de extrema pobreza (BRASIL, 2010).

Outra iniciativa do governo na área social foi o Plano Nacional de Desenvolvimento Urbano (PNDU), que ganhou reforço significativo com a criação do eixo de Infraestrutura Social e Urbana no âmbito do Programa de Aceleração do Crescimento (PAC), destinado a ações integradas de habitação, saneamento e urbanização e, ainda, ao lançamento do Programa Minha Casa Minha Vida, com o objetivo de construir um milhão de novas moradias, inovando ao adotar mecanismos mais flexíveis de financiamento, favorecendo o acesso à população de baixa renda (BRASIL, 2010).

Um avanço importante foi a realização de conferências nacionais de políticas públicas. O número de conferências realizadas em todo o país tem aumentado devido ao maior estímulo do governo federal a esse mecanismo de participação. Entre os anos de 2003 e 2010, foram realizadas aproximadamente 60 conferências, nas quais foram produzidas por volta de 5.000 deliberações. Estes eventos envolveram cerca de 4 milhões de pessoas, com representação dos poderes públicos municipal, estadual e federal (IPEA, 2007). Grande parte delas foi incorporada no desenho de diversas políticas públicas setoriais, para as quais consolidar o processo de institucionalização é um grande desafio. Novos órgãos, criados para gerir essas políticas, precisam ser dotados de recursos (humanos, financeiros, gerenciais) que os empoderem e permitam promover a implementação das mesmas dentro de suas áreas de atuação (CICONELLO, 2011).

Dentre as principais ações voltadas para a Educação, destacou-se a aprovação do Plano de Desenvolvimento da Educação e a institucionalização da reforma do ensino superior e do Fundo de Manutenção e Desenvolvimento da Educação Básica e de Valorização dos Profissionais da Educação (FUNDEB), que ampliou a complementação de recursos da União para equalizar o investimento por aluno nos diferentes estados do Brasil. Também merece destaque o início da reforma da educação superior que tinha o intuito de ampliar o orçamento

das instituições federais e expandir a rede pública. Outra medida importante foi a criação da Universidade Aberta do Brasil (UAB) voltada para a formação dos docentes da educação básica (FAGNANI, 2011).

A administração da presidente Dilma pretende continuar o trabalho ligado às políticas sociais de redução da pobreza que se iniciaram no governo Lula. O *slogan*, “Brasil, um país de todos”, utilizado no governo do presidente, foi agora alterado para “País Rico é País sem Miséria”, confirmando a continuação do que vinha ocorrendo com a implementação de políticas públicas que combatam as desigualdades sociais do país. Mas, no início do governo, devido ao corte no orçamento, houve a contenção dos repasses do governo para o programa Minha Casa, Minha Vida, apesar da garantia de que as despesas com os programas sociais e com os investimentos do PAC seriam integralmente mantidos. Dilma também suspendeu a contratação do aprovados em concursos públicos e a realização de novos processos seletivos durante o ano de 2011, como forma de conter os gastos do governo, considerados elevados nos últimos anos (LIMA, 2011).

#### 6.1.2 Micro – contexto

##### 6.1.2.1 Política Setorial

A Constituição Federal de 1988 - e as Leis que a regulamentam - promoveram grandes mudanças na área de saúde no Brasil, instituindo nova formulação política e organizacional dos serviços, assegurando a todos os cidadãos brasileiros ou residentes no país o direito à saúde. Esse processo introduziu modificações expressivas no funcionamento do sistema de saúde brasileiro, passando de um modelo de gestão centralizado para um modelo descentralizado de base municipal, cabendo ao município prestar atendimento à sua população (LIMA, 2005).

A implantação o Sistema Único de Saúde (SUS), um novo arranjo organizacional do Estado brasileiro, deu suporte à efetivação da política de saúde e traduziu em ação seus princípios e diretrizes. O SUS compreende um conjunto organizado e articulado de serviços e ações de saúde, tanto públicos existentes nos âmbitos municipal, estadual e nacional, quanto os serviços privados de saúde que o integram para a prestação de serviços, de forma complementar, quando contratados ou conveniados para tal fim (VASCONCELOS; PASCHE, 2009).

A operacionalização do sistema se originou pelas resoluções dos conselhos de saúde, nas três esferas de governo, e das normas operacionais (Norma Operacional Básica - NOB e Norma Operacional da Assistência a Saúde - NOAS) com base nos acordos estabelecidos na negociação tripartite, entre os gestores municipais, estaduais e federal. Em 2006, foi implantado o Pacto Pela Saúde, que tinha o objetivo de definir prioridades articuladas e integradas em três componentes: Pacto pela Vida, Pacto em Defesa do SUS e Pacto de Gestão do SUS. Este último componente se propõe a introduzir inovações nas relações intergovernamentais no SUS produzindo institucionalidade vigente tendo em vista superar os entraves que se acumulam no processo de descentralização. Dentre as prioridades desse pacto destaca-se a priorização de iniciativas de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde, visando aprimorar as relações de trabalho e valorização dos trabalhadores do SUS (BRASIL, 2006b).

Mais recentemente, foi aprovado o Decreto Nº 7508 DE 28 de junho de 2011 que regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências, mas não traz inovações na área de Gestão do Trabalho (BRASIL, 2011).

No setor público, o trabalho é atravessado por instabilidades e adversidades de diferentes ordens e pode-se observar uma grande demanda que reflete no adoecimento do trabalhador. É possível destacar: a dificuldade do trabalho em equipe, poucos espaços de co-gestão, excesso de atividades, falta de reconhecimento por parte dos usuários, necessidade de capacitação continuada, e que os espaços de troca e apoio entre os trabalhadores precisam se efetivar. Por isso, é preciso avançar na perspectiva de valorização dos trabalhadores como sujeitos de seu saber, seu fazer, seu trabalho, com o olhar sempre voltado para sua saúde e condições de trabalho (SCHNEIDER; SILVA, 2010).

A partir de problemas como a fragmentação do processo de trabalho e das relações entre os diferentes profissionais; o baixo investimento na qualificação dos trabalhadores, especialmente no que se refere à gestão participativa e ao trabalho em equipe; poucos dispositivos de fomento à co-gestão e à valorização e inclusão dos gestores, trabalhadores e usuários no processo de produção de saúde; e também, em muitos casos, o desrespeito aos direitos dos usuários, foi criada, em 2003, a Política de Humanização da Atenção e da Gestão (PNH). A PNH tem por objetivo qualificar práticas de gestão e de atenção em saúde. Uma tarefa desafiadora, sem dúvida, uma vez que na perspectiva da humanização, isso corresponde à produção de novas atitudes por parte de trabalhadores, gestores e usuários, de novas éticas

no campo do trabalho, incluindo aí o campo da gestão e das práticas de saúde, superando problemas e desafios do cotidiano do trabalho (BERNARDI, 2010).

Esta política utiliza determinadas “tecnologias” ou “modos de fazer” que são os seus dispositivos, entre eles a Co-gestão e a Saúde do Trabalhador. A co-gestão é um modo de administrar que inclui o pensar o fazer coletivo, para que não haja excessos por parte dos diferentes corporativismos e também como uma forma de controlar o Estado e o governo. Para tanto, dispositivos devem ser implementados para promover a gestão participativa, como por exemplo, a Mesa de Negociação Permanente (BRASIL, 2007).

Neste contexto, houve, no setor da saúde, uma mudança positiva nas políticas de recursos humanos que veio acompanhada pela criação da Secretaria de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde (SGTES), em 2003, baseada na NOB/RH-SUS, tendo o objetivo de definir políticas no campo da gestão do trabalho, a partir do reconhecimento da importância dos profissionais nas organizações de saúde (MACHADO, 2006a). Estas políticas estão relacionadas com a desprecarização dos vínculos, valorização dos trabalhadores, negociação das questões relacionadas ao trabalho, formação e qualificação dos trabalhadores, como também, qualificação e estruturação dos setores da gestão do trabalho. Outro ponto importante foi a superação do conceito de recursos humanos, sendo agora considerado o conceito de gestão do trabalho.

A evolução conceitual do termo Gestão do Trabalho está pautada em três grandes ciências: Administração, Economia Política e Sociologia (KOSTER, 2008). Tem origem na Ciência da Administração, partindo da Administração de Recursos Humanos, como significado de capacidade de gerenciar pessoas. Nesta concepção, o conceito de recursos humanos é veiculado a de um trabalhador estático, desprovido da capacidade de participar da construção do processo de trabalho e que pode ser moldado para atuar conforme necessidade.

A incorporação desta concepção na saúde foi justificada pela busca de eficiência, seguindo a lógica de controle sobre os trabalhadores. A estruturação de um sistema de pessoal baseou-se em atividades e processos burocráticos voltados para alocação, remuneração, controle de férias, licenças e avaliação da capacidade funcional do trabalhador. As funções de capacitação e negociação foram instituídas de forma equivocada, sendo incapazes de responder as necessidades de qualificação dos trabalhadores.

Na Economia Política, absorve o conceito de força de trabalho. Os trabalhadores vinculados à produção de serviços de saúde, através da relação de compra e venda da força de

trabalho, fornecem a criação de riquezas, e desta forma adquirem expressão econômica na dinâmica da oferta e demanda no mercado de trabalho em saúde.

A Sociologia do Trabalho vem somar buscando a compreensão do trabalho como um processo que envolve o trabalhador, seu trabalho, o meio ao seu redor e a capacidade para desenvolvê-lo com segurança. No campo da saúde, como a operacionalização dos serviços envolve o trabalhador, o usuário e o gestor, as questões a serem consideradas tornam-se mais complexas. A gestão deverá favorecer a criação de condições de trabalho para a realização das atividades com qualidade, devendo instituir ações que respeite e reconheça o valor do trabalhador e de seu trabalho. Desta forma, a Sociologia do Trabalho contribuiu dando um (re)significado ao conceito, originando assim o termo Gestão do Trabalho.

Nesse período, já estava estabelecido um consenso mundial sobre o papel decisivo dos Recursos Humanos para reduzir a exclusão, ampliar o acesso aos serviços de saúde e transformar o modelo de atenção nos sistemas de saúde. A partir disso, uma investigação, que reuniu profissionais de saúde e especialistas do meio acadêmico de diversos países e agências internacionais examinou os problemas encontrados em relação aos recursos humanos com maior profundidade. Este trabalho de investigação culminou no relatório da Joint Learning Initiative em Recursos Humanos em Saúde (RHS), lançado em 2002 e publicado em 2004.

Ancorados neste trabalho estão os primórdios da Aliança Global da Força de Trabalho em Saúde (The Global Health Workforce Alliance – GHWA), criada em 2006, por ocasião do Informe Mundial da Saúde “Trabalhando Juntos para a Saúde”. A Aliança tem como objetivo enfrentar a crise de RHS, especialmente em 75 países identificados pela OMS por encontrarem-se em estado crítico de déficit de RHS. O primeiro Fórum Global da GHWA deu origem ao seu Programa de Ação Global, que envolve a cooperação e facilitação entre países, a promoção de boas práticas a serem adotadas pelos países na formulação e implementação de políticas de recursos humanos em saúde.

Seguindo as tendências internacionais e os princípios e diretrizes do SUS descritas acima, o município de Recife estabeleceu os Modelos de Atenção e organizou os serviços de saúde. Em 2001, quando o Partido dos Trabalhadores assume o poder, inicia-se um momento do avanço de conquistas sociais, particularmente no campo da saúde. A Secretaria de Saúde, com base nos seus compromissos políticos, pretende organizar o Modelo Atenção à Saúde compatível com a construção de uma Cidade Saudável, entendendo-a como um conjunto de ações intersetoriais, que norteou as prioridades sociais do município. Para que essa mudança

ocorresse de forma efetiva, foi de fundamental importância a consolidação de uma forma democrática de governar, sendo considerada a marca da gestão (RECIFE, 2001).

Este governo, no seu segundo mandato (2005 - 2008), permanece dando continuidade ao modelo municipal de Atenção à Saúde, organizado para garantir a ampliação do acesso às ações e serviços de qualidade, prioritariamente para as populações mais necessitadas (inclusão social), sem perder de vista o objetivo mais amplo, que era a melhoria da qualidade de vida de toda a população (universalidade do acesso e atenção integral), buscando ainda a construção de uma Cidade Saudável. Dessa forma, a Secretaria de Saúde trabalhava para a construção de um sistema de saúde de qualidade em todos os níveis de atenção (básica, média e alta complexidade), de acordo com as necessidades da população (CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE, 2007). Vale salientar que é nesse mandato que se inicia o período desse estudo (ano de 2006).

A partir de 2009, houve uma mudança na organização do Modelo Municipal de Atenção à Saúde do Recife, na busca utilizar toda a estrutura de recursos financeiros, humanos e a rede disponível, para garantir o acesso da população às ações e serviços de saúde de qualidade. O Modelo Recife em Defesa da Vida tem como referência as pessoas, propondo a revisão do modo de funcionar na rede de saúde, sem perder de vista sua finalidade: os trabalhadores da rede municipal de saúde, os usuários, bem como o fortalecimento do SUS em Recife. Esse Modelo tem a força para “ratificação do compromisso ético-político dos serviços de saúde na defesa da vida e nos coloca a necessidade, entre outras, de: qualificar o sistema de co-gestão; criar um sistema de saúde em rede, que supere o isolamento dos serviços em níveis de atenção; superar a fragmentação do processo de trabalho e das relações entre os diferentes profissionais”. A aposta é na indissociabilidade entre os eixos da atenção e da gestão, estando juntos os processos de produção de saúde e fortalecimento dos sujeitos implicados (RECIFE, 2012a).

#### *6.1.2.2 Finanças do Setor*

A Constituição Federal instituiu o Orçamento da Seguridade Social (OSS) como forma de alocação de recursos para as políticas públicas sociais, a partir da diversificação de fontes. Desde de então, as fontes destinadas à saúde passaram a não ser apenas baseadas em folha salarial, mas também no faturamento empresarial, dada a incorporação e a elevação da alíquota do Fundo de Desenvolvimento Social (Finsocial), transformado em 1989 em



Contribuição Social para o Financiamento da Seguridade Social (Cofins), como também passaram a ser lastreadas no lucro líquido das empresas, com a criação da Contribuição sobre o Lucro Líquido das Empresas (CSLL). Também faz parte do OSS recursos oriundos de Fontes Fiscais como: do Imposto de Renda (IR) e do Imposto sobre Produtos Industrializados (IPI) (FRANÇA; COSTA, 2011).

Com o objetivo de viabilizar mais recursos para a saúde, de garantir prioridade à atenção básica e promover sua efetiva descentralização, novas regras e incentivos foram introduzidos no financiamento da saúde para que os governos subnacionais ampliassem o percentual de recursos destinados à saúde e assumissem a oferta do atendimento básico e de programas específicos, nos moldes definidos pelo governo federal. Com isso, a autonomia decisória dos governos estaduais e municipais passou a ser afetada por regras e incentivos estabelecidos, a fim de obter a cooperação dessas esferas de governo e de definir um padrão nacional de execução local dos programas desenhados centralmente, o que se entende por regulação federal. Destacam-se dois mecanismos de regulação federal no financiamento dessa política: a nova lógica dos repasses do SUS, definidas pelas Normas Operacionais Básicas e a vinculação de receitas, estabelecida pela Emenda Constitucional nº. 29 (EC 29), em setembro de 2000 (VAZQUEZ, 2011).

A Emenda Constitucional n. 29 (EC29) assegurou o financiamento das ações e serviços públicos de saúde, estabelecendo que as três esferas de governo aportem anualmente recursos mínimos provenientes da aplicação de percentuais das receitas e determinando as suas bases de cálculo. Em 2003, iniciou-se um processo de aprovação da regulamentação da EC29 que buscava a definição de mais recursos federais para a saúde, estando, no projeto original, que a União deveria destinar 10% da receita corrente bruta para o setor. A EC29 foi regulamentada em 07 de dezembro de 2011, ficando os estados e municípios obrigados a aplicar anualmente 12% e 15% do produto da arrecadação de seus impostos para a saúde, respectivamente, enquanto a União aplicará o valor destinado no ano anterior acrescido da variação nominal do Produto Interno Bruto (PIB) dos dois anos anteriores.

O rompimento com a lógica de alocação de recursos centrada na oferta de serviços, no aporte tecnológico ou com base em série histórica de gastos foi iniciado com a Norma Operacional Básica de 1996 (NOB 96), que instituiu o Piso Assistencial Básico, posteriormente transformado em Piso da Atenção Básica (PAB). Este tem como base o tamanho da população local e um valor per capita nacional, para financiamento de uma gama de procedimentos ambulatoriais básicos, de responsabilidade municipal. A NOB 96 definiu

também valores e incentivos para o financiamento do Programa de Saúde da Família (PSF) e do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Também foram propostos índices, fatores de incentivos para Assistência Especializada e Procedimentos de Alta Complexidade, e sobretudo, criados os tetos financeiros para estados, municípios e para atividades específicas (Teto Financeiro de Epidemiologia e Controle de Doenças – TFECD) (MENDES; LEITE; MARQUES, 2011).

As Normas Operacionais de Assistência a Saúde (NOAS) de 2001 e de 2002, além de mais restritas à assistência à saúde propriamente dita, não trouxeram novidades na parte de mecanismos e critérios para transferência de recursos. Essas normas estavam mais direcionadas a estabelecer uma nova proposta para a regionalização das redes de serviços e mecanismos mais concretos para a regulação do acesso. As mudanças mais recentes no processo de financiamento compartilhado do SUS tiveram como pano de fundo o Pacto pela Saúde (Portaria GM/MS n. 399/2006) e a Portaria GM/MS n. 204, de 29 de janeiro de 2007, que regulamenta o financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e serviços de saúde, com o respectivo monitoramento e controle. Os recursos federais destinados às ações e serviços de saúde passam a ser organizados e transferidos na forma de blocos de financiamento, os quais totalizam seis: Atenção Básica; Atenção de Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar; Vigilância em Saúde; Assistência Farmacêutica; Gestão do SUS; e Investimentos na Rede de Serviços de Saúde. Os recursos federais que compõem cada bloco de financiamento serão transferidos aos estados, Distrito Federal e municípios, fundo a fundo, em conta única e específica para cada bloco de financiamento, observados os atos normativos específicos (CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE, 2011).

O bloco de financiamento para a Gestão do SUS é constituído de dois componentes:

1. Componente para a Qualificação da Gestão do SUS, no qual consta o financiamento das ações da área de gestão do trabalho. A transferência dos recursos no âmbito desse Componente dar-se-á mediante a adesão ao Pacto pela Saúde, por meio da assinatura do Termo de Compromisso de Gestão e respeitados os critérios estabelecidos em ato normativo específico;
2. Componente para a Implantação de Ações e Serviços de Saúde, que inclui, entre outros, os incentivos implantação de Centros de Referência em Saúde do Trabalhador. A transferência dos recursos do Componente de Implantação de Ações e Serviços de

Saúde será efetivada em parcela única, respeitados os critérios estabelecidos em cada política específica.

O Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS) elaborou um livro (CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE, 2011) que traz o panorama do financiamento da saúde no Brasil, as informações sobre as mudanças ocorridas a partir do Pacto pela Saúde e reflete a preocupação com a inadequação do financiamento do setor. Comparando o gasto com saúde, como percentual do PIB, entre os países com população elevada (acima de 100 milhões), a posição brasileira (8,4%) só é inferior a dos Estados Unidos (15,7%), o que não surpreende, mas está bastante próxima do Japão (8,0%), onde a despesa per capita pública com saúde é quase sete vezes mais alta.

O paradoxo aparece quando se examina o Brasil frente a países com sistema de saúde similar (acesso universal). Os sistemas de saúde de atenção universal apresentam algumas características em comum: gasto total em saúde relativamente alto, financiamento público superior ao privado, recursos oriundos de impostos gerais, gratuidade, gasto e cobertura privados pouco significativos. No Brasil, o gasto público é inferior ao privado e percentual significativo da população não usa o SUS ou só o faz seletivamente, o que reduz as externalidades positivas decorrentes da presença da classe média entre a clientela do sistema público (Tabela 1).

**Tabela 1:** Países selecionados com sistema de saúde de acesso universal segundo % do PIB do gasto setorial, per capita público (em US\$) e % do gasto público em relação ao gasto total com saúde, 2007

PAÍSES	% DO PIB	PÚBLICO PER CAPITA	% DO GASTO PÚBLICO
Austrália	8,9	2.266	67,5
<b>Brasil</b>	<b>8,4</b>	<b>348</b>	<b>41,6</b>
Canadá	10,1	2.730	70,0
Cuba	10,4	875	95,5
Reino Unido	8,4	2.446	81,7
Suécia	9,1	2.716	81,7

Fonte: CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE (2011)

Independentemente da forma de agregação ou dos conceitos utilizados para consolidar o gasto público com saúde, há uma nítida tendência de redução da participação do governo federal nos gastos. Entre 1980 e 1990, a União era responsável por mais de 70% do gasto público com saúde. Em 2000, estava em torno de 58,6%, em 2008, essa participação caiu para 43,5%. Ou seja, a participação dos estados e dos municípios no financiamento da saúde

creceu, consideravelmente, nos últimos anos (CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE, 2011).

Em relação ao município do Recife, o total de gastos com saúde aumentou no período estudado. Tanto os recursos oriundos do Tesouro Municipal como os recursos oriundos dos Repasses federais (SUS), que compõem o gasto total com saúde do município, aumentaram ao longo dos anos estudados, contribuindo de forma equivalente no total das despesas. Vale salientar que o percentual de gastos com a saúde oriundos do Tesouro Municipal foi superior aos 15% recomendados pela Emenda Constitucional n.29 nos cinco anos (tabela 2).

**Tabela 2.** Consolidado da Execução Orçamentária da Secretaria de Saúde (Administração Direta e Fundo Municipal de Saúde), segundo fonte dos recursos (R\$) e percentual da receita municipal aplicadas na Saúde.

	Tesouro Municipal			Convênio		SUS		TOTAL	
	N	%	EC29	N	%	N	%	N	%
<b>2006</b>	170.613.155,00	52,7	-	3.528.332,29	1,09	149.765.505,20	46,2	323.906.992,59	100
<b>2007</b>	198.795.943,99	57,8	15,68%	2.661.858,52	0,77	142.522.313,65	41,4	343.980.115,86	100
<b>2008</b>	244.586.808,61	51,7	15,63%	3.526.690,37	0,75	224.802.909,46	47,5	472.916.408,44	100
<b>2009</b>	242.070.362,97	54,6	15,03%	1.022.194,52	0,23	200.322.131,55	45,2	443.414.689,04	100
<b>2010</b>	266.327.139,90	50,9	15,11%	739.676,00	0,14	256.283.951,42	49,0	523.350.767,32	100
<b>2011</b>	308.221.684,07	52,6	15,28%	5.306.584,41	0,91	271.937.935,31	46,4	585.466.203,79	100

Fonte: Relatório Municipal de Gestão – SMS (RECIFE, 2007, 2008, 2009b, 2010, 2011, 2012a)

Em relação as despesas com a Gestão do Trabalho e Desenvolvimento de Recursos Humanos, houve uma diminuição no total de gastos ao longo dos anos estudados. O mesmo pôde ser observado nos recursos oriundos do Tesouro Municipal para financiamento desse setor. Uma explicação possível para os valores elevados nos anos de 2006 e 2007 é a vinculação dos recursos destinados ao pagamento de contratos temporários à Gestão Trabalho, o que não é mais observado nos anos seguintes, já que em 2008 foram convocados profissionais do concurso. È importante mencionar que o montante oriundo do Tesouro Municipal destinado a Gestão do Trabalho é menor que 1% no ano de 2006, que é o ano de maior gasto com o setor, do total de gasto com a saúde da receita própria do município (tabela 3).

**Tabela 3.** Demonstrativo da Execução Orçamentária da Secretaria de Saúde com a Gestão do Trabalho e seu percentual em relação à receita da saúde, segundo fonte dos recursos (R\$).

ANOS	Tesouro Municipal		Convênio		SUS		TOTAL	
	N	%	N	%	N	%	N	%
<b>2006</b>	465.489,16	91,8	-	-	41.378,80	8,2	506.867,96	100
<b>2007</b>	295.148,16	88,4	-	-	38.607,40	11,6	333.755,56	100
<b>2008</b>	15.580,40	33,1	-	-	31.463,10	66,9	47.043,50	100
<b>2009</b>	19.877,00	60,7	-	-	12.885,00	39,3	32.762,00	100
<b>2010</b>	4.500,00	100	-	-	-	-	4.500,00	100
<b>2011</b>	-	-	-	-	76.346,83	100	76.346,83	100

Fonte: Relatório Municipal de Gestão – SMS (RECIFE, 2007, 2008, 2009b, 2010, 2011, 2012a)

### *6.1.2.3 Problemas de saúde e os serviços existentes*

A sociedade brasileira tem passado por grandes transformações nas últimas décadas. Essas transformações, de ordem demográfica, social, política e econômica geraram fortes impactos nas condições de vida e saúde da população, criando novas demandas para o sistema de saúde, com repercussões na alocação dos recursos públicos destinados ao setor. Além disso, as formas de financiamento das políticas públicas implementadas ao longo da história do País, que levaram à concentração desordenada e à desarticulação entre os serviços, são agravadas pela diversidade sociocultural, desigualdade socioeconômica e singularidade epidemiológica que distinguem as regiões brasileiras (MENDES; LEITE; MARQUES, 2011).

O perfil epidemiológico do Brasil se caracteriza por manter algumas características de um perfil mais arcaico juntamente com características de um perfil mais moderno. Apresenta, por um lado, elevadas taxas de incidência, prevalência e mortalidade para algumas doenças transmissíveis negligenciadas, endêmicas e epidêmicas, passíveis de controle ou erradicação como: esquistossomose, malária, dengue, hanseníase, tuberculose. Por outro lado, apresenta redução acentuada e controle ou erradicação de enfermidades evitáveis por vacinação. É evidente a expansão das doenças crônicas não transmissíveis como hipertensão, diabetes, obesidade, osteoporose. Apresenta redução da mortalidade infantil, aumento da expectativa de vida, redução da natalidade e da fecundidade, explosão da violência urbana com o incremento das mortalidades por causas externas, dos homicídios e dos acidentes de trânsito. Também apresenta incidência elevada de casos de AIDS com o aumento da sobrevivência e níveis elevados de doenças mentais e alcoolismo (FREESE; FONTBONNE, 2006).

O município de Recife segue a mesma tendência do Brasil em relação aos problemas de saúde. Apresenta elevada magnitude de casos de tuberculose e a hanseníase, sendo consideradas endêmicas no município; tendência crescente dos coeficientes de detecção de filariose, DSTs com destaque para os casos de sífilis e sífilis congênita; tendência de crescimento na ocorrência de casos de AIDS; risco elevado para leptospirose, hepatite A, cólera e outras diarreias. A hipertensão arterial e o diabetes mellitus são problemas de saúde de grande relevância para todo o município. Os transtornos mentais e o uso/abuso/dependência de substâncias psicoativas como álcool, fumo e outras drogas também representam um importante problema de saúde pública para o Recife. Verifica-se uma redução da mortalidade infantil tanto no componente neonatal quanto no pós-neonatal. Apresenta um incremento de óbitos por neoplasias, sendo o câncer de brônquios e pulmões o

que apresentou o maior número de óbitos, ressalta-se ainda o câncer de mama feminino e o de próstata. O Recife é uma das capitais mais violentas do país, apresentando taxas elevadas principalmente de homicídios por arma de fogo, seguidos por acidentes de transporte (RECIFE 2005; 2009a).

Em relação à organização dos serviços de saúde, o enfoque dado a Atenção Primária a Saúde (APS) na agenda do Ministério da Saúde se inseriu numa perspectiva de reorganização do sistema, de mudança do modelo de atenção e à busca de consolidação dos princípios do SUS. A APS constitui um conjunto de serviços ambulatoriais não especializados de primeiro contato do paciente com o sistema de saúde, relevantes às necessidades de saúde e funcionalmente integrados que criam vínculos longitudinais e se responsabilizam por seus cuidados individuais e coletivos no território (CASTRO; MACHADO, 2010).

Desde a Política Nacional da Atenção Básica de 2006 que a Estratégia Saúde da Família é reconhecida como modelo substitutivo e de reorganização da atenção básica. É operacionalizada mediante a implantação de equipes multiprofissionais em unidades básicas de saúde. Essas equipes são responsáveis pelo acompanhamento de um número definido de famílias, localizadas em uma área geográfica delimitada. As equipes atuam com ações de promoção da saúde, prevenção, recuperação, reabilitação de doenças e agravos mais frequentes, e na manutenção da saúde desta comunidade. Entretanto, as condições e características de implantação do modelo nos diferentes municípios têm sido heterogêneas, variabilidade que, na prática, é a expressão concreta dos contextos e momentos históricos específicos de cada experiência de implantação (SISSON *et al.*, 2011).

Na busca pelo aperfeiçoamento da ação institucional do setor saúde, levando em conta as necessidades e os fluxos reais das pessoas, usuários e profissionais, dentro do sistema, ações incrementais, mas de relevância na perspectiva de avanços na cobertura e qualidade da atenção foram implantadas como a expansão do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), do Programa Farmácia Popular, dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), do Programa da Academia da Cidade; e a criação do Pacto pela Saúde e dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF).

A rede de saúde na Cidade do Recife segue o preconizado pelo Ministério da Saúde para a prestação de serviços aos usuários. O quadro 5 mostra como está estruturada a rede e sua evolução de 2006 a 2011. No Recife existe uma grande rede hospitalar do SUS, entretanto, a maioria das unidades e leitos localizados no território municipal ainda está sob gestão estadual.

**Quadro 5. Rede de serviços de saúde do Recife, 2006 e 2011**

<b>Rede de Saúde Própria</b>	<b>2006</b>	<b>2011</b>
Unidades da saúde da Família	<b>105</b>	<b>121</b>
Equipes de Saúde da Família	<b>220</b>	<b>252</b>
Equipes de Saúde Bucal	<b>100</b>	<b>133</b>
Farmácia da Família	<b>5</b>	<b>10</b>
Polos da Academia da Cidade	<b>15</b>	<b>27</b>
Equipes de Núcleos de Apoio às Práticas Integrativas (NAPI)	<b>01</b>	<b>02</b>
Equipes Básicas de Serviço de Assistência Domiciliar (SAD)	<b>-</b>	<b>12</b>
Equipes de Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF)	<b>-</b>	<b>20</b>
Unidades Tradicionais	<b>26</b>	<b>22</b>
Centro de Atenção Psicossocial – AD	<b>07</b>	<b>06</b>
Centro de Atenção Psicossocial - SM	<b>08</b>	<b>11</b>
Albergues terapêuticos	<b>04</b>	<b>04</b>
Residências Terapêuticas	<b>10</b>	<b>22</b>
Centro de Especialidades Odontológicas – CEO	<b>04</b>	<b>06</b>
Policlínica	<b>11</b>	<b>12</b>
Maternidades	<b>03</b>	<b>03</b>
Hospital Pediátrico com SPA	<b>02</b>	<b>02</b>
Unidades Especializadas	<b>05</b>	<b>07</b>
Equipes de Consultório de Rua	<b>-</b>	<b>06</b>
Serviço de Atendimento Médico de Urgência – SAMU	<b>01</b>	<b>01</b>
Laboratório Municipal de Saúde Pública	<b>01</b>	<b>01</b>
Centro de Vigilância Ambiental – CVA	<b>01</b>	<b>01</b>
Centro de Referência em Saúde do Trabalhador – CEREST	<b>01</b>	<b>01</b>

**Fonte: Plano Municipal de Saúde – SMS (RECIFE, 2005, 2009a)**

No setor responsável por atender as demandas dos trabalhadores da rede de saúde, ocorreu uma evolução nos processos gerenciais e na sua estruturação, e como consequência, a mudança de nomenclatura, mantendo a organização da seguinte forma: uma diretoria a nível central e seis departamentos/gerências a nível distrital. A partir de 2001, a diretoria a nível central passou a ser denominada de Diretoria Geral de Desenvolvimento e Administração de Pessoas (DGADP), anteriormente denominada Diretoria de Recursos Humanos (DRH). Era parte integrante da Diretoria Administrativo-Financeira e de Pessoal e, com a reforma de estrutura organizacional da Secretaria, assumiu status de diretoria geral ampliando suas competências. Além disso, foram sistematizados os procedimentos gerais e de pessoal, redefinido o papel dos setores de Recursos Humanos dos Distritos Sanitários que passaram ao status de departamento.

Mesmo antes dessa reforma na estrutura organizacional, algumas decisões foram tomadas, diferenciando a posição do Governo Municipal em relação a sua força de trabalho, as quais podem ser consideradas:

[...] um marco muito importante de constituição de uma Política de Gestão do Trabalho, porque não tinham direitos trabalhistas, não tinham férias, também não

tinham 13º salário porque era cooperativa. A cooperativa partia da lógica que fosse, por exemplo, uma cooperativa de artesanato que você faz seu produto, coloca para vender e só recebe o que for vendido. Se você não produzisse, não ia receber, por isso não podia ter férias (informação verbal). [E1]

Quando eu iniciei em 2001, era para resolver problemas relacionados a recursos humanos puramente, questões burocráticas. Hoje realmente com as inovações e com os investimentos políticos se tem um olhar diferenciado para o setor (informação verbal). [E8]

Dentre as ações realizadas, está o rompimento do contrato com a cooperativa e a contratação dos agentes comunitários de saúde (ACS), dos agentes de controle de endemias (ACE) e os profissionais das equipes de saúde da família diretamente pela prefeitura através de Contratação Temporária Excepcional de Interesse Público (CTEIP), o qual com garantia de direitos trabalhistas (férias, licença maternidade, licença médica, décimo terceiro salário); o implemento de pessoal com a realização de seleção pública para a composição da equipe de agentes comunitários de saúde, da equipe de agentes de saúde ambiental, das equipes do programa da saúde da família, saúde mental e de profissionais para os serviços de emergências; o início das discussões do Plano de Cargos Carreiras e Salários; realização de consultas às diretorias gerais quanto às necessidades de pessoal para realização de concurso público.

Em 2005, com o objetivo de fortalecer as ações de Gestão do Trabalho uma nova nomenclatura foi adotada no setor, sendo denominada de Diretoria Geral de Gestão do Trabalho (DGGT) à nível central e Gerência Operacional de Gestão de Pessoas á nível distrital, reforçando a gestão descentralizada para os seis Distritos Sanitários do município seguindo as recomendações do MS após a criação da SGTES. Com a implantação do Modelo de Atenção à Saúde Recife em Defesa da Vida em 2009, iniciou-se algumas mudanças no setor da Gestão do Trabalho que resultou na adoção, em 2011, de um novo organograma e uma nova nomenclatura para a diretoria do nível central. Esta passou a ser denominada de Diretoria Geral de Gestão do Trabalho e Educação em Saúde. Entre as mudanças ocorridas, pode-se destacar a inclusão de novas Gerências como a de Atenção ao Trabalhador e a de Serviço de Apoio à Mesa de Negociação Setorial da Saúde, e principalmente, o fortalecimento da Gerência de Educação Permanente.

[...] a diretoria de Gestão do Trabalho passou a ser vista de outra forma, como um lugar que propõe, como um lugar que executa, como um lugar também que dialoga com os modelos, não apenas como uma instância burocrática, de férias e resolução de pagamentos (informação verbal). [E5]



[...] ela ocupa um lugar estratégico dentro da Secretaria porque ela é vista como estratégica que discute que formula que tem é um capital político, tem uma capital intelectual propositivo (informação verbal). [E5]

Esta evolução na estrutura organizacional da Gestão do Trabalho do município de Recife, que ocorreu no decorrer dos anos estudados, mostra que o setor buscou adequar-se às recomendações realizadas pela SGTES/MS. A criação de uma Diretoria (2001) voltada exclusivamente para a gestão dos recursos humanos da saúde, dentro de uma perspectiva de gestão descentralizada, representou um reconhecimento da importância estratégica da gestão dessa área, bem como uma crítica ao termo e concepção de RH, embora ainda sob a ótica do Desenvolvimento e Administração de Pessoas. Essa mudança na estrutura organizacional da Secretaria continuou sendo realizada, quando, em 2005 é criada a DGGT, assumindo o termo Gestão do Trabalho e, consolidada em 2011 com a criação da DGGTES, incorporando a Gestão da Educação em Saúde.

[...] para se adequar a SGTES, nós mudamos a nomenclatura como ponto inicial, antes era apenas Diretoria de Gestão do Trabalho, hoje é Diretoria de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde, aliando-se a nomenclatura nacional (informação verbal). [E4]

Pensando nas questões relacionadas à Saúde dos Trabalhadores, em 2002 foi criado o Centro Especializado em Saúde do Trabalhador Dr. Edson Hatem – CEST, que teve sua criação consolidada através do Decreto do Chefe do Executivo Municipal nº 20.522, de 01 de julho de 2004 e, respectiva publicação no D.O.M. em 02 de julho daquele mesmo ano. O CEST foi criado com a missão de prestar assistência integral aos trabalhadores, sejam eles formais ou informais, vítimas de acidentes e doenças relacionadas ao trabalho, além de promover reabilitação física e mental, práticas educativas e ações de vigilância dos ambientes de trabalho, Também faz parte de suas atribuições a realização cursos, seminários, oficinas e demais eventos, para capacitação dos profissionais que atuam nos diversos níveis da rede municipal e de outras instituições.

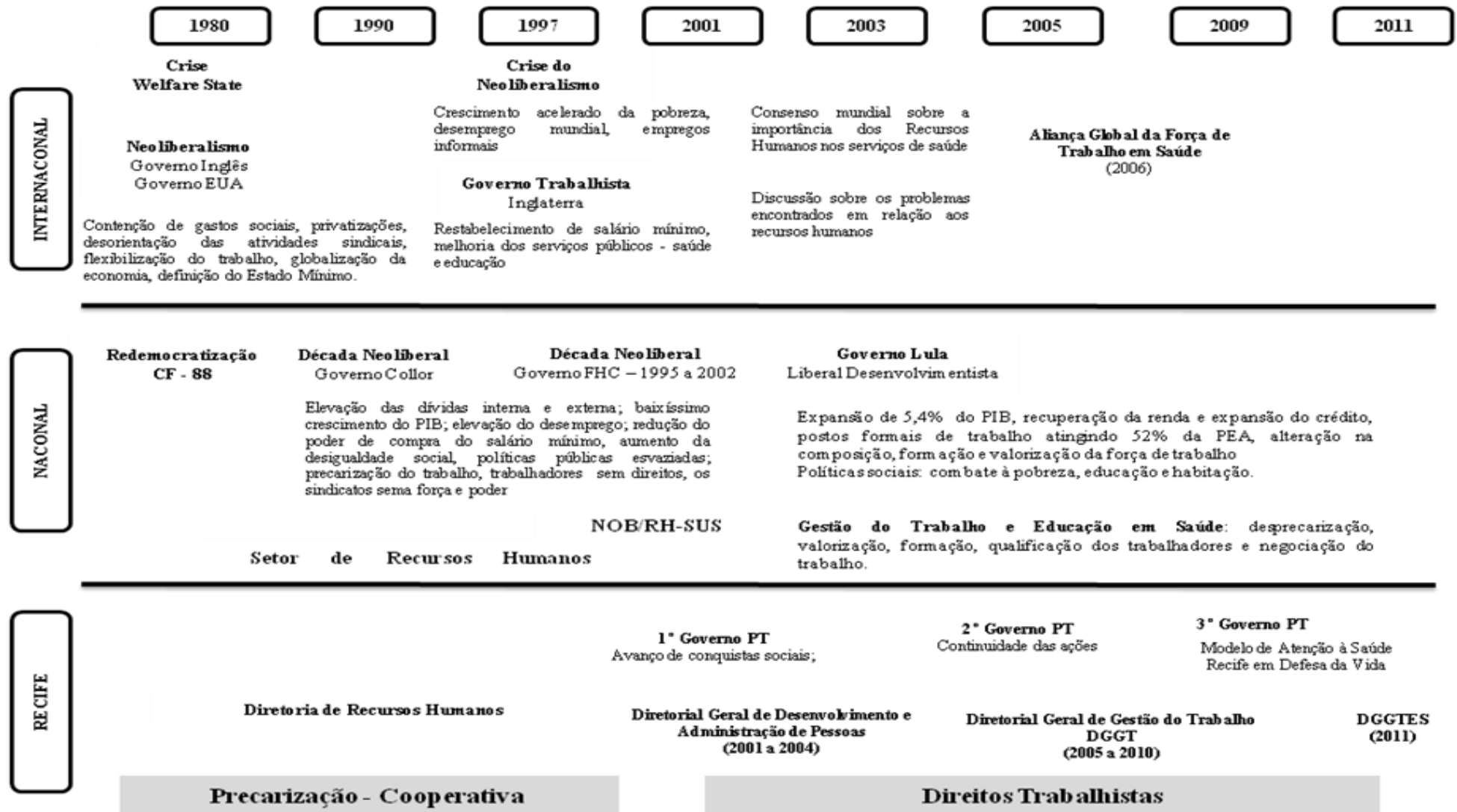
A resolução da Comissão Intergestores Bipartite N.1236 de 05 de maio de 2008 aprovou o processo de Regionalização da Saúde do Trabalhador e tentou disciplinar a pactuação da área de abrangência regional do setor em PE. A partir deste documento, solicitou-se a alteração de denominação do então CEST para Centro de Referência em Saúde do Trabalhador de Recife Dr. Edson Hatem (CEREST/Recife), com o objetivo de atender as diretrizes da Política Nacional de Atenção à Saúde do Trabalhador. Atualmente o CEREST

assume a sua abrangência regional de 09 municípios, sendo, além da capital Recife, os municípios de Olinda, Paulista, Abreu e Lima, Igarassu, Itapissuma, Itamaracá, Camaragibe e Fernando de Noronha.

Devido a problemas na sua redação, a Resolução da CIB (Comissão Intergestores Bipartite) foi superada, na prática, pelos arranjos locais pactuados nas reuniões de planejamento e organização dos CEREST's e a Coordenação Estadual de Saúde do Trabalhador. O CEST tornou-se efetivamente CEREST no ano de 2012, através da Portaria SS 137/12, de 13/07/12, do Secretário de Saúde.

A figura 1 apresenta a síntese do contexto da Política de Gestão do Trabalho na Saúde no município de Recife.

Figura 1: Matriz sintética do contexto da Política de Gestão do Trabalho na Saúde no município de Recife



Fonte: Elaborado pela autora

## 6.2 Análise do Conteúdo da Política de Gestão do Trabalho na Saúde

### 6.2.1 Marco normativo-legal

A gestão de RH é um tema central, mas difícil, como afirmam Dussault; Souza (1999). “Central, por causa do papel fundamental que a força de trabalho desempenha na produção e utilização dos serviços de saúde. Difícil, porque não se trata de uma ciência exata e os resultados são dependentes de um grande número de fatores”. Desta forma, as Políticas de Saúde não podem ter êxito sem uma efetiva Política de Recursos Humanos.

No Brasil, até o ano de 2003, a área de RH encontrava-se a cargo da Coordenação-Geral de Desenvolvimento de Recursos Humanos para o SUS, ligada inicialmente à Secretaria de Assistência à Saúde, por conseguinte à Secretaria Executiva do Ministério da Saúde, e por fim, à Secretaria de Políticas de Saúde, fazendo parte do terceiro escalão da estrutura ministerial. A partir de 2003, passa a compor o Ministério da Saúde (MS), fazendo parte do seu primeiro escalão, a Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES), reafirmando a relevância da área de gestão do trabalho para o desenvolvimento da Política Nacional de Saúde (GARCIA, 2010).

A SGTES assume o papel estratégico nas diretrizes intersetoriais que envolvam o desenvolvimento da Política Nacional de Recursos Humanos na Saúde (PNRHS), a qual é a 3ª edição, revisada e atualizada, do documento Princípios e Diretrizes para a Gestão do Trabalho no SUS (NOB/RH-SUS), publicada em 2005, após a 12.ª Conferência Nacional de Saúde e aprovada por meio da Resolução n.º 330, de 4 de novembro de 2004 (CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE, 2005a).

Esta nova concepção gerencial para a área de gestão do trabalho, com o reconhecimento do papel central dos profissionais no processo de trabalho da organização, segundo Pierantoni *et al.*, (2008b, p.689), vem,

[...] (re)nomeando e (res)significando a gerência de recursos humanos para a gestão de pessoas no sentido de “humanizar” a área e valorizar o capital humano e, ao mesmo tempo, buscar qualidade, produtividade e competitividade. Ou seja, desenvolver novos estilos gerenciais, visto que as formas tradicionais já não respondem às exigências de competitividade no mercado. Ao trabalhador são imputados novos atributos via ampliação de seus conhecimentos e busca pela polivalência funcional, para garantir espaços no mundo cada vez mais restrito de oportunidades de emprego.

Assim, o campo de RH se reorienta para funções ampliadas de gestão do trabalho em saúde, que envolvem: planejamento, captação, distribuição e alocação de pessoas em postos de trabalho; desprecarização, negociação e valorização; a oferta de possibilidades de formação e capacitação que atenda às necessidades de desenvolvimento de competências a gestão e a regulação do trabalho com interfaces com as representações das corporações profissionais e com o mercado educativo (PIERANTONI *et al*, 2004). Algumas destas funções ampliadas compõem a Agenda da Gestão do Trabalho.

Com a reformulação da área de gestão do trabalho, a noção de trabalho precário ganhou destaque nas discussões e tem sido utilizada, sobretudo, para indicar a ausência dos direitos trabalhistas e sociais de trabalhadores do SUS. Os pressupostos envolvidos nesta discussão têm sido os seguintes: o Estado, como empregador, mais do que qualquer agente privado, deveria garantir a seus empregados os direitos associados ao trabalho, no entanto, no SUS, grande parte dos trabalhadores não usufrui desses direitos, como também, os contratos têm duração bem delimitada no tempo, criando um sentimento de instabilidade no trabalhador. Isso é o que caracteriza uma situação de emprego precário (NOGUEIRA; BARALDI; RODRIGUES, 2004).

Entende-se como trabalho precário aquele que se exerce na ausência dos direitos trabalhistas e de proteção social, sem a garantia dos benefícios, o que inclui, entre outros, a aposentadoria, o gozo de férias anuais, 13º salário e as licenças remuneradas de diversos tipos. Estão envolvidos, nessas condições, trabalhadores que são contratados diretamente pelo órgão público mediante um vínculo temporário ou informal que se renova sistematicamente; ou ainda, trabalhadores que se incorporam à força de trabalho do setor público por meio de entidades terceirizadas, tais como cooperativas (BRASIL, 2004).

Segundo o CONASS (CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE, 2007), as formas de contratação direta utilizadas pelos gestores do SUS são: Servidor Estatutário (ingresso por concurso público); Servidor Celetista (subordinados a CLT, contratos por prazo indeterminados para exercício na administração direta, autárquica e fundacional); Regime Especial/Contratos Temporários (sem exigência de concurso, que atende às excepcionalidades de interesse público); Regime especial/cargos comissionados (servidores não efetivos, nomeados livremente pelas autoridades).

Já as formas de contratação indireta utilizadas, seguindo a mesma publicação (CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE, 2007), são: Terceirização (intermediação de força de trabalho com administração de um agente externo, porém com

comando do processo de trabalho pelo contratante do SUS); Cooperativas (fornecedores de força de trabalho na prestação de serviços de saúde). A primeira forma de contratação indireta mencionada foi vetada pelo Ministério Público e a segunda, tem sido criticada pelos gestores do SUS, pois interferem gravemente na governabilidade dentro do sistema.

Os cargos comissionados, criados com base em autorização do poder legislativo, são de caráter temporário e reservados às funções de confiança. Os contratos temporários assim como aqueles feitos através de cooperativas podem abranger tanto relações de trabalho por CLT, quanto informais, irregulares juridicamente e desprotegidas socialmente (ARAÚJO *et al.*, 2006).

A precarização das relações de trabalho na saúde pode afetar o vínculo, a responsabilidade, o envolvimento e o comprometimento do trabalhador, produzindo crise no processo de trabalho, comprometendo a eficácia e a eficiência dos serviços, ao ocasionar um trabalho desvinculado do seu objeto de trabalho, que sempre necessitará de cuidados solidários e comprometidos com a vida humana (FLEGELER *et al.* 2008).

Diante desse quadro, a SGTES por meio do Departamento de Gestão e da Regulação do Trabalho na Saúde (DEGERTS), vem desenvolvendo ações que visam estabelecer uma adequada política para seus trabalhadores, estruturando carreiras profissionais, implementando políticas de desprecarização do trabalho e implantando mesas de negociação permanente, dentre outras ações.

Com a finalidade de implantar e concretizar uma política de valorização do trabalhador, em parceria com os gestores estaduais, municipais e representantes de entidades sindicais, o MS criou o Programa Nacional de Desprecarização do Trabalho no SUS - DesprecarizaSUS, por meio do DEGERTS (BRASIL, 2006c). Com o intuito de operacionalizar o DesprecarizaSUS, em julho de 2003 foi criado o Comitê Nacional Interinstitucional de Desprecarização do Trabalho no SUS (Portaria nº 2.430, de 23 de dezembro de 2003). Entre as suas atribuições está a de apoiar e estimular a criação de Comitês Estaduais, Regionais e/ou Municipais, ao quais tem como objetivo a formulação da política local de desprecarização dos vínculos de trabalho, a partir das realidades sociais, políticas e administrativas de seu âmbito de atuação (BRASIL, 2006d).

É importante ressaltar que com a criação da SGTES houve uma mudança de orientação em relação às modalidades de contratação da força de trabalho em saúde, seguindo o entendimento da Advocacia Geral da União do MS (AGU/MS) e do Ministério Público do Trabalho, a qual define que o ingresso no serviço público seja realizado somente por meio de

processo seletivo, para suprir necessidade temporária e excepcional do serviço público, e por meio de concurso (SILVA; SILVA, 2008).

Fazendo parte da política de valorização do trabalho, MS criou, em 2004, a Comissão Especial, composta por representantes das várias Secretarias e órgãos do Ministério da Saúde, do Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão, do Ministério da Ciência e Tecnologia, CONASS, CONASEMS e das entidades sindicais, para Elaboração das Diretrizes do Plano de Carreira, Cargos e Salários do SUS – PCCS/SUS. Essas diretrizes têm a finalidade de subsidiar a elaboração ou a reestruturação dos PCCS/SUS nas três esferas de governo, respeitando as peculiaridades e as necessidades locais. Após vários debates na Comissão Especial, em novembro de 2006, a Comissão Intergestores Tripartite (CIT) aprovou as Diretrizes (BRASIL, 2006e).

Tais diretrizes estabelecem um conjunto de princípios, o que servem de referência para a análise dos PCCS, a saber: universalidade dos planos de carreira; equivalência dos cargos ou empregos; concurso público como única forma de ingresso; mobilidade; flexibilidade; gestão partilhada de carreira como garantia de participação dos trabalhadores na formulação e gestão do respectivo plano de carreira; carreiras como instrumento de gestão; educação permanente; avaliação do desempenho e; compromisso solidário, em prol da qualidade dos serviços, do profissionalismo e da adequação técnica do profissional às necessidades do serviço de saúde (LACAZ *et al*, 2010).

Desta forma, o PCCS é um instrumento que visa assegurar a profissionalização e a valorização dos trabalhadores do SUS na medida em que ressalta as especificidades do setor e visa à constituição de um quadro de pessoal capacitado para lidar com tais especificidades (ARAÚJO, 2008).

Essa ideia de propor diretrizes para o PCCS não é recente. Em 1987, a Comissão Nacional da Reforma Sanitária sugeriu que o Sistema Nacional de Saúde fixasse elementos que garantissem a compatibilidade dos planos de carreira das instituições federais, estaduais e municipais, de acordo com as particularidades regionais. Em seguida, a Lei nº. 8.080/90 estabeleceu a necessidade de instituição de PCCS em cada esfera de governo, com fixação de pisos nacionais de salário para cada categoria profissional, e adoção de remunerações complementares para atender às necessidades regionais. A Lei nº. 8.142/90 coloca como necessário para que seja realizada a transferência de recursos para estados, municípios e Distrito Federal a implantação de uma Comissão para a elaboração de um Plano num prazo de dois anos (BRASIL, 2006d).

Para tratar dos conflitos e demandas decorrentes das relações funcionais e de trabalho no âmbito do SUS, foi criada a Mesa Nacional de Negociação Permanente do SUS (MNNP/SUS), em 1993. Tinha como objetivo o estabelecimento de um fórum permanente de negociação entre os gestores públicos e privados e trabalhadores do SUS para serem discutidos todos os pontos pertinentes à força de trabalho em saúde. Apesar da criação da mesa ter representado uma conquista, apenas algumas reuniões foram realizadas. Em 1997, MNNP foi reinstalada e mais uma vez não teve continuidade. Durante a década de 90, a mesa permaneceu desativada por falta de interesse político dos governantes da época. (CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE, 2006, MACHADO, 2006b).

A partir de junho de 2003, a mesa nacional reinicia suas atividades com uma nova estrutura e uma composição ampliada de seus membros, constituída por gestores públicos, gestores de serviços privados, conveniados ou contratados do SUS, e entidades sindicais nacionais representativas de trabalhadores, garantindo-se a paridade. A estrutura da MNNP/SUS compreende o funcionamento articulado de uma Mesa Nacional e de Mesas estaduais e municipais, constituindo, assim, o Sistema Nacional de Negociação Permanente do SUS (SiNNP/SUS), respeitando as realidades regionais e a autonomia de cada ente político (BRASIL, 2003).

A Mesa de Negociação é um espaço de negociação permanente, onde são tratadas e encaminhadas as demandas apresentadas pelos participantes que podem, direta ou indiretamente, interferir na realização e/ou na qualidade dos serviços. Assim, o objetivo da Mesa é tratar das demandas e conflitos dos servidores públicos da saúde, viabilizando a implantação de políticas relacionadas à democratização das relações de trabalho, ao gerenciamento participativo de conflitos, à reestruturação negociada dos processos e à democratização da tomada de decisões (ESPÍRITO SANTO *et al.*, 2008). Além desses objetivos, a Mesa Nacional de Negociação também tem o intuito de implementar e consolidar as Mesas nos âmbitos municipais e estaduais, com vistas à democratização das relações de trabalho no setor público.

A Regulação do Trabalho também faz parte da Agenda da Gestão do Trabalho, o que pode ser reconhecido pela criação da Câmara de Regulação, confirmando o papel da União, estabelecido na Constituição de 88, de organizar o sistema nacional de empregos e condições para o exercício das profissões, apesar de não estar sendo plenamente exercida. A regulação das profissões tem obedecido mais às regras colocadas pelo mercado. Não há qualquer



tentativa de intervenção do governo no que se refere às resoluções produzidas por estes órgãos de fiscalização (CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE, 2005b).

O modelo de Regulação no Brasil é composto pelos conselhos profissionais de um lado, e de outro o Congresso Nacional aprovando a criação de profissões sem ao menos haver diálogos entre diversos entes que deveriam participar das decisões. Desta forma, pode-se dizer que este modelo encontra-se ultrapassado por não respeitar o princípio da negociação e decisões colegiadas. A Câmara de Regulação, que possui caráter permanente, consultivo e natureza colegiada, foi criada com o intuito de tornar o processo de discussão coletivo, onde todos os projetos de lei para a criação de profissões devam passar por ela (KOSTER, 2008).

Para implementar políticas de desprecarização e valorização do trabalho e, implantar mesas de negociação permanente, faz-se necessário que os órgãos de RH tenham estrutura adequada. Por isso, estudos, de abrangência nacional, como a pesquisa realizada pelo CONASS - 2004 e as pesquisas realizadas pela Estação de Trabalho da Rede Observatório de Recursos Humanos em Saúde (ROREHS) do IMS/UERJ – 2004 e 2005, foram realizados com o objetivo de revelar as condições estruturais dos órgãos de RH das secretarias estaduais e municipais de saúde. Os resultados dessas pesquisas serviram como primeira aproximação a alguns temas relativos à área de RH nas unidades subnacionais, como: o perfil dos gestores de recursos humanos, qualificação profissional, estrutura e autonomia para execução de suas atividades, orçamento e financiamento, atividades gerenciais relativas à implementação de plano de carreiras, instalação de mesas de negociação do trabalho, utilização da informação para o planejamento e a gestão, entre outros (GARCIA, 2010).

Um dos problemas evidenciados é que a gestão do trabalho no SUS tem sido feita, em grande parte, de forma empírica e pouco profissionalizada, sem o devido entendimento das questões jurídicas, administrativas, políticas e éticas envolvidas nesse setor. Atendendo a necessidade de enfrentar e resolver essa lacuna, a SGTES implanta o Programa de Qualificação e Estruturação da Gestão do Trabalho e da Educação no SUS – ProgeSUS (Portaria GM 2.261, de 22 de setembro de 2006) com o objetivo de “propor diretrizes organizacionais e oferecer ferramentas, suporte e mecanismos para a organização, modernização e profissionalização da gestão do trabalho e da educação nas Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde” (BRASIL, 2006a).

Trata-se de um programa de cooperação técnica e financeira com estados e municípios, visando à efetiva estruturação e qualificação do setor de gestão do trabalho e da educação no SUS. É constituído de quatro componentes (BRASIL, 2006a):

1. Financiamento para a estruturação dos setores da Gestão do Trabalho e Educação nas SES e nas SMS, a partir da aquisição de mobiliários e equipamentos;
2. Disponibilização, pelo MS, de Sistema de Informação Gerencial para a área de Gestão do Trabalho e Educação (SisTrabalhoSUS) das Secretarias de Saúde que desejarem adotá-lo;
3. Capacitação dos gestores e técnicos da área que atuam nas SES e nas SMS;
4. Participação das secretarias que aderirem ao ProgeSUS no Sistema Nacional de Informações em Gestão do Trabalho do SUS – InforSUS.

Com a criação do ProgeSUS, constituiu-se uma Comissão Intergestora, a qual passou a ser a instância formuladora e consultiva do Programa. Conhecida como CIP, ela tem em sua constituição representantes do CONASS, CONASEMS e MS. Tem como missão a deliberação de todas as ações e políticas para o Programa (MACHADO; MOYSÉS; LEMOS, 2012).

A capacitação de profissionais para a Gestão do Trabalho no SUS tem como objetivo qualificar os técnicos e os gestores do setor, para que os mesmos tenham instrumentos que os auxiliem na modernização da Gestão do Trabalho na saúde e sejam capazes de intervir de forma crítica e criativa para a construção de alternativas diversificadas para as distintas realidades. A utilização do Sistema Gerencial de Gestão do Trabalho tem a finalidade de facilitar a administração e o gerenciamento da área pelos estados e municípios, subsidiando os gestores para a estruturação de planos de carreiras, cargos e salários (ARIAS *et al*, 2006).

A importância da implantação e disponibilização desse Sistema Gerencial está no fato de que as principais fontes de informações sobre recursos humanos em saúde são grandes bancos de dados, de diferentes sistemas os quais trabalham com um nível de agregação elevado de dados, e sua utilização, em nível local, para subsídio a processos de gestão, é praticamente inviável. São fontes de dados e informações quantitativas sobre os trabalhadores da saúde: censos demográficos e pesquisas por amostragem domiciliar realizadas pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE); Relação Anual de Informações Sociais (RAIS), com dados sobre emprego e remuneração no setor e; registros administrativos: folha de pagamento e cadastro funcional (PIERANTONI, 2003).

Além das questões relacionadas à negociação, valorização, estruturação e qualificação das estruturas do trabalho, outro ponto importante é a saúde do trabalhador do SUS, já que o trabalho em saúde implica exposição a diversos fatores de risco, como os decorrentes do contato com os pacientes e ambientes, o sofrimento psíquico, fatores físicos (ruído, calor,

radiações ionizantes), químicos (gases, medicamentos, produtos de limpeza e desinfecção) e fatores relacionados às cargas de trabalho e demandas ergonômicas (esforço físico, posturas, organização do trabalho, excesso de hora extra ou plantões) (COSTA *et al.*, 2010).

Com o objetivo de promover a saúde dos trabalhadores do SUS, foi instituído a Saúde Ocupacional do Trabalhador, que desenvolve ações que vão desde a promoção, educação em saúde e o controle dos riscos existentes nos ambientes e processo de trabalho à prevenção de agravos de relevância epidemiológica, a ações de recuperação e reabilitação física, psicossocial e profissional, criando condições dignas de trabalho, com a melhoria das relações interpessoais e grupais, garantindo a melhoria da qualidade de vida no trabalho. Constitui o estabelecimento e o desenvolvimento de políticas, planos, programas, projetos e ações de promoção e proteção da saúde, de controle e vigilância dos riscos advindos das condições e dos ambientes e processos de trabalho, de prevenção e detecção de agravos, de recuperação e reabilitação da saúde e da capacidade de trabalho e qualidade de vida. É destinada a todos trabalhadores do SUS dos serviços públicos, contratados e conveniados (CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE, 2005b).

A partir de 2003, iniciou-se a implementação da Rede de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador (RENAST), com a retomada do processo de discussão para definição de uma Política Nacional de Segurança e Saúde do Trabalhador (PNSST), de caráter intersetorial, também envolvendo os Ministérios do Trabalho e Emprego e Previdência. Sua atuação envolve a implementação de um amplo processo de capacitação, nos estados e municípios, com participação dos pólos de educação permanente. Nesse sentido, uma rede de centros colaboradores em Saúde do Trabalhador no SUS, deve ser organizada para apoiar essa capacitação, fornecer assessoria técnica e produzir conhecimentos e material de apoio necessário ao pleno desenvolvimento das atividades (DIAS; HOEFEL, 2005).

Todas estas questões referentes à Gestão do Trabalho deverão ser sempre submetidas e discutidas, nas três esferas de gestão do SUS, nas Conferências de Saúde e nos Conselhos de Saúde, e pactuadas, antes da sua execução, entre gestores, trabalhadores e usuários, com a participação efetiva do usuário na definição do quadro de trabalhadores necessários à gestão do sistema e à execução dos respectivos orçamentos e planos de saúde; no desenvolvimento dos trabalhadores, com base na realidade local; na aprovação, a implementação e a adequação do Plano de Carreira, Cargos e Salários (PCCS); no acompanhamento dos processos de negociações coletivas e dos acordos, convenções ou contratos coletivos de trabalho. Devem ser constituídas, nos estados e municípios, as Comissões Intersetoriais de Recursos Humanos

de Saúde para acompanhar a implementação das deliberações dos Conselhos acerca do trabalho no SUS, assim como os processos de capacitação permanente, a atualização e a formação dos trabalhadores; e a capacitação e o assessoramento aos conselheiros de saúde. Também é responsabilidade dos Conselhos de Saúde a apuração de denúncias dos usuários do SUS, estimulando a criação de ouvidorias e denunciando ao Ministério Público, caso não sejam cumpridas suas deliberações. A implementação destas discussões e deliberações devem impactar positivamente quanto à qualidade e ao acesso dos usuários às ações e serviços de saúde (CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE, 2005a).

Diante dos problemas na gestão do trabalho na saúde, como a não existência de PCCS para os servidores, a precarização nas relações de trabalho e a falta de qualificação tanto para os trabalhadores como para os gestores, e considerando que o investimento e a priorização dessa área podem vir a desencadear mudanças nas práticas político-institucionais tanto no âmbito gerencial quanto na organização e prestação dos serviços, o MS, como gestor federal do SUS, pactuante Pacto pela Saúde 2006, inseriu na dimensão Pacto de Gestão demandas por provimento e qualificação profissional de seus servidores (PINTO; TEIXEIRA, 2011).

Os Pactos pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão são documentos de orientação e condução político-gerencial, aprovado pela Comissão Intergestores Tripartite, reforçando-se a regionalização dos serviços e a proposta de constituição de redes integradas que articulassem os diferentes níveis de atenção (BRASIL, 2006b).

O Pacto de Gestão enfatiza a importância das responsabilidades sanitárias na Gestão do Trabalho na Saúde, trazendo, nesse eixo, algumas diretrizes importantes, das quais se destacam estratégias fundamentais, que contam no Termo de Compromisso de Gestão: elaboração, implementação e/ou reformulação do Plano de Cargos, Carreiras e Salários (PCCS/SUS), que tem o objetivo de motivar os três entes federados para a implementação planos que possibilitem a evolução do trabalhador na carreira, evitando que ele permaneça sem nenhuma perspectiva de promoção; garantia dos direitos trabalhistas e previdenciários para todos os trabalhadores; criação de espaços de negociação permanente entre gestores e trabalhadores de saúde para discussão de todas as questões pertinentes às relações de trabalho; reposição da força de trabalho em saúde cedida aos estados e municípios com o processo de descentralização. Tais políticas devem ser constituídas para alcançar impacto positivo na qualidade dos serviços de saúde (JUNQUEIRA *et al.*, 2011; SILVA; SILVA, 2008).

Estas diretrizes configuram-se numa proposta de construção de consensos na gestão do trabalho e da educação na saúde e asseguram recursos para essas duas áreas. O envolvimento

dessas áreas no Pacto é fruto da ação política do MS, na medida em que com a criação da SGTES possibilita que se pactue com os gestores municipais e estaduais, a fim de que explicitem a Política local de Gestão do Trabalho. Progressivamente, podem ser identificados frutos dessa pactuação, tais como: o surgimento de estruturas locais de gestão do trabalho na saúde, a criação de mesas de negociação do trabalho, maior dedicação dos gestores às discussões dos assuntos referentes a esse campo, assim como mais participação do Congresso Nacional na discussão dessas questões (GARCIA, 2010).

#### 6.2.2 Resultados alcançados pela Política de Gestão do Trabalho na Saúde no período de 2006 a 2011

Os resultados alcançados pela Política de Gestão do Trabalho serão apresentados em três blocos. No primeiro tem-se a análise do cumprimento das metas do Plano Municipal de Saúde 2006-2009 segundo os respectivos Relatórios Anuais de Gestão (RAG) e a 8ª Conferência Municipal de Saúde (agosto de 2007). A análise da inclusão das proposições da 9ª Conferência Municipal de Saúde (outubro de 2009) no Plano Municipal de Saúde 2010 -2013 como também o cumprimento das metas do PMS 2010-2013 segundo os respectivos RAG e a 10ª Conferência Municipal de Saúde (julho de 2011) será apresentado no segundo bloco. E no terceiro, as ações realizadas pela Gestão do trabalho segundo as categorias de análise.

No Recife, os PMS se referem a 04 anos e as Conferências Municipais têm ocorrido regularmente, de 02 em 02 anos, podendo ser ou propositiva de metas para o Plano Municipal ou avaliativa do cumprimento destas metas. Assim sendo, a 8ª Conferência avaliou o PMS 2006-2009 e fez proposições para a Conferência Estadual. Já a 9ª Conferência gerou proposições que foram a base do PMS 2010-2013, e a 10ª avaliou o Plano Municipal de Saúde 2010-2013 na perspectiva de detectar avanços e descompassos na efetivação das metas e ações propostas pelo Plano.

##### 6.2.2.1. *Plano Municipal da Saúde 2006-2009 x Relatórios Anuais de Gestão e 8ª Conferência Municipal de Saúde*

O Plano Municipal de Saúde 2006-2009 (PMS 2006-2009) foi amplamente discutido nas plenárias distritais e trabalhos de grupos da 7ª Conferência Municipal de Saúde (7ª CMS), sendo aprovado na Plenária Final desta Conferência em 2005.

Teve como um dos objetivos específicos “implementar a Política de Gestão do Trabalho com a participação dos diversos atores envolvidos no processo, fortalecendo as relações do trabalho e o desenvolvimento profissional, elaborando suas proposições e metas a partir da diretriz que qualifica a Gestão do Trabalho em Saúde, valorizando o trabalhador” (RECIFE, 2005).

As proposições e metas relacionadas à Gestão do Trabalho contidas no PMS 2006-2009 estão descritas nos seguintes eixos: **Vigilância à Saúde do Trabalhador, Gestão Participativa e Controle Social, e Gestão do Trabalho** (RECIFE, 2005). Após a análise dos Relatórios Anuais de Gestão (RAG) (RECIFE, 2007, 2008, 2009b, 2010) e da 8ª Conferência Municipal de Saúde (8ª CMS) (CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE, 2007), constatou-se que a maioria destas proposições e metas ou não foram realizadas ou não foram consideradas metas prioritárias para os respectivos anos (2006-2009), pois não estavam descritas nos RAG, como mostra o quadro 6.

Em relação às proposições e metas do eixo **Vigilância à Saúde do Trabalhador**, que tinham o objetivo de fortalecer a Política Municipal de Saúde do Trabalhador, pode-se destacar a deliberação da 8ª CMS que garantia a realização da Conferência Municipal de Saúde do Trabalhador a cada 2 anos, separadamente da Conferência Municipal de Saúde. Na prática, esta meta não foi cumprida, já que nos anos 2007 e 2009 não houve a realização da Conferência, como constatado nos RAG 2007 e RAG 2009 (CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE, 2007; RECIFE, 2007, 2008, 2009b, 2010).

As demais ações relacionadas à Vigilância à Saúde do Trabalhador não foram realizadas, sendo: as ações de promoção da saúde para esse grupo específico, através da construção de mapas de áreas de risco e fiscalização dos ambientes de trabalho, assegurando melhorias e manutenção dos mesmos; ações educativas em prevenção de acidentes, assistência integral aos trabalhadores, exames periódicos, notificação dos casos de acidentes e ocorrências no trabalho; estímulo e garantia de práticas de atividades físicas sob a orientação do Programa de Academia da Cidade (PAC), enfatizando o “Cuidar do Cuidador”; distritalização do Centro de Referência em Saúde do Trabalhador – CEST, favorecendo o acesso para todos os trabalhadores da rede, incluindo a participação nas atividades de lazer, cultura e atendimento médico (CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE, 2007; RECIFE, 2007, 2008, 2009b, 2010).

Para o quadriênio, o PMS 2006-2009 com o intuito de implementar a **Gestão participativa e o Controle Social**, se propunha a garantir a participação dos trabalhadores da

atenção básica em fóruns de controle social, como também, implementar os mecanismos internos de gestão a partir de realização de reuniões mensais entre estes e os gerentes de saúde. Em alguns Distritos Sanitários (DS), foi iniciada a prática de realização periódica de reuniões entre os gerentes e trabalhadores, segundo o relatório da 8ª CMS (CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE, 2007).

O PMS 2006-2009 também teve o objetivo de consolidar a **Gestão do Trabalho** no SUS centrada na valorização dos trabalhadores, com a participação dos diversos atores envolvidos no processo; no desenvolvimento profissional; na atuação solidária, humanizada e de qualidade, na perspectiva do trabalho em equipe e no fortalecimento das relações interpessoais. Para isso, propunha um programa de qualificação gerencial para os diversos níveis de gestão da Rede Municipal, através de cursos de especialização e/ou aperfeiçoamento. Em 2007, foi elaborado um plano de qualificação e formação profissional, que teve a intenção de realizar cursos em 2008 e 2009, em parcerias estabelecidas entre a gestão municipal e o NESC/CPqAM/ Fiocruz, a FBV/IMIP e a UPE.

Visando à regularização dos vínculos dos trabalhadores da rede, a Secretaria de Saúde tinha como meta a realização de concurso público para os profissionais de nível médio e superior do Programa de Saúde da Família (PSF), Agente comunitário de saúde (ACS), Agente de Saúde Ambiental (ASA) e profissionais de Educação Física. Em 2007, foi realizado um concurso para os profissionais de nível superior e médio do PSF, o qual foi suspenso por pendências jurídicas, sendo homologado em 2008. Neste ano, também foi realizado tanto o concurso para ACS e ASA quanto o concurso para profissionais de Educação Física, estes através da Secretaria de Educação.

Em relação à readequação da produtividade e ao estabelecimento um sistema de remuneração variável baseado na hierarquização e em parâmetros de impacto epidemiológico, capaz de contemplar com equidade os trabalhadores efetivos e municipalizados da rede Municipal, instrumentalizando a consolidação do Modelo de Atenção à Saúde, o PMS 2006-2009 se propunha a criar uma comissão formada por Gestores e Trabalhadores dos três níveis (elementar, médio e superior) para discutir e definir essa mudança no sistema de produtividade, com a participação do controle social. Essa proposição não foi realizada até a 8ª CMS e, depois disto, não foi relacionada nos RAG de 2007, 2008 e 2009 (CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE, 2007; RECIFE, 2008, 2009b, 2010)..

Outra meta para 2006-2009 foi a adequação do Plano de Cargos Carreira e Vencimentos – PCCV, de acordo com a periodicidade estabelecida em Lei, respeitando e

garantido a isonomia salarial entre as categorias do nível médio e superior, com a participação do controle social na Mesa de Negociação Permanente (MNP). Deveria também ser incluída no PCCV uma política de incentivo a atuação dos profissionais como preceptores e a implantação do Programa de Avaliação de Desempenho. A isonomia salarial não foi garantida. Já a política de incentivo a atuação dos profissionais como preceptor foi garantida como progressão vertical no PCCV, quando esta ocorrer.

Apesar de o relatório da 8ª CMS e o RAG 2008 mostrarem que alguns profissionais tiveram progressão nas suas carreiras, este fato na realidade não ocorreu. Da mesma forma, não foi iniciada a Avaliação de Desempenho como mostra o relatório da 8ª CMS. Como as informações contidas nos documentos sobre estas proposições não condizem com a realidade, as mesmas receberam destaque vermelho no quadro 6 (CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE, 2007; RECIFE, 2009b).

Tratando do funcionamento da MNP, tinha o objetivo de garantir o estabelecimento de relações de trabalho democráticas, através de um fórum de discussão e pactuação entre gestores e trabalhadores, no qual deveriam ser trabalhados conflitos que envolvessem as relações do trabalho, a gestão do sistema, suas dificuldades, limites e possibilidades, com a participação das entidades organizadoras dos trabalhadores e do controle social. Para este fim, a MNP teve seu regimento aprovado em 2007, mas iniciou oficialmente suas atividades a partir de 2008.

O setor de Gestão do Trabalho, no PMS 2006-2009, se responsabilizava em garantir condições de trabalho adequadas para todos os profissionais da Secretaria Municipal de Saúde, a partir do fornecimento de EPIs e fardamentos, com a fiscalização do seu uso e punições em caso de infrações. Ainda se referindo as condições de trabalho, garantia a adequação do número de ACS pelo número de famílias, o número de ASA por imóveis a serem visitados, como também, a recuperação e manutenção da estrutura física das Unidades de Saúde, das Academias da Cidade e dos pontos de apoio do PSA.

Segundo o relatório da 8ªCMS (CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE, 2007) e os RAG não houve adequação do número de ACS pelo número de famílias, nem o número de ASA por imóveis. Em relação ao fornecimento de EPI's, apesar dos documentos comprovarem a disponibilização, nesse período ocorreram dificuldades na distribuição de protetor solar e na renovação dos fardamentos. Também não ocorreu a recuperação dos pontos de apoio do PSA e não existiu um plano de manutenção corretiva e preventiva, respeitando as normas de biossegurança e da saúde do trabalhador.



Outras proposições faziam parte do PMS 2006-2009, como o enfoque no combate ao assédio moral sofrida pelos trabalhadores, garantindo a aplicação de penalidades, as quais não foram realizadas porque não existia uma legislação municipal para assédio moral, sendo criada uma Câmara Técnica para discussão dos casos, apesar de constar como realizada no relatório da 8ªCMS (CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE, 2007). Situação semelhante ocorreu com a proposição de expandir e divulgar as atividades do CEREST, a qual aparece como realizada no relatório da CMS, mas na realidade não apresenta indícios de realização. Estas proposições receberam destaque vermelho no quadro 6.

A criação de programa de atenção psicossocial de saúde do trabalhador da rede municipal incluindo atenção ao alcoolismo e outras dependências e, a garantia de creches para os filhos dos trabalhadores da rede municipal, descentralizando os serviços de creche por distrito sanitário, também faziam parte das metas do PMS 2006-2009. Estas proposições não foram cumpridas, sendo realizadas ações pontuais de atendimento psicossocial a demanda espontânea.

Quadro 6: Análise da situação das proposições do PMS 2006 – 2009 (continua)

Setor	PMS 2006 – 2009	RAG 2006	8ª CMS 2007	RAG 2007	RAG 2008	RAG 2009
Vigilância a Saúde do Trabalhador	Promover a integração da Vigilância Sanitária com a Vigilância em Saúde do Trabalhador, incorporando às práticas da Vigilância Sanitária a detecção dos problemas referentes à saúde do trabalhador (a), garantindo as entidades sindicais acompanhar as inspeções nos locais do trabalho	NR	NR	SR	SR	SR
	Garantir a realização da Conferência Municipal de Saúde do Trabalhador a cada 2 (dois) anos, separadamente da Conferência Municipal de Saúde	SR	R	NR	SR	NR
	Construir mapas de áreas de risco	NR	NR	NR	NR	NR
	Garantir informações atualizadas e regulares a cerca dos ambientes de trabalho promovendo uma análise ergonômica dos locais com emissão de relatório para as entidades representativas dos trabalhadores	SR	NR	NR	NR	NR
	Implementar a notificação dos casos de acidentes e ocorrências no trabalho – SIST	NR	NR	NR	NR	NR
	Intensificar as ações educativas em prevenção de acidentes	SR	NR	SR	NR	NR
	Estimular e garantir aos trabalhadores os exames periódicos	NR	NR	NR	SR	SR
	Implantar ações de vigilância à saúde do trabalhador garantindo a participação de representantes dos mesmos, enfatizando o “Cuidar do Cuidador”	SR	NR	SR	SR	NR
	Estimular a prática de atividades físicas nas unidades de saúde da família, unidade de saúde, pontos de apoio, para funcionários, com orientação da Academia da Cidade	SR	NR	SR	SR	SR
	Implementar a política de saúde do trabalhador no município, distritalizando as ações do CEST	SR	NR	SR	SR	NR
Controle Social	Implementar o controle social na rede de serviços, garantindo a participação dos trabalhadores de atenção básica nos fóruns do controle social	SR	SR	SR	SR	SR
	Implementar os mecanismos internos de democratização da gestão, garantindo reuniões mensais entre os gerentes e trabalhadores de saúde	SR	PR	SR	SR	SR

Quadro 6: Análise da situação das proposições do PMS 2006 – 2009 (continua)

Setor	PMS 2006 – 2009	RAG 2006	8ª CMS 2007	RAG 2007	RAG 2008	RAG 2009
Gestão do Trabalho	Implementar programa de qualificação gerencial para os diversos níveis de gestão da Rede Municipal, garantindo curso de especialização e/ou aperfeiçoamento para os gestores e gerentes da rede municipal em Gestão de Serviços de Saúde	NR	NR	PR	R	SR
	Viabilizar concurso público para os profissionais de nível universitário e médio do PSF, garantindo a realização de concurso no prazo máximo de 01 ano	NR	NR	NR	R	SR
	Manter a gratificação da adesão (Lei de Adesão n.º16.727/01) com respaldo jurídico, condicionando novos ingressos a seleção interna	SR	R	SR	SR	SR
	Incluir a participação de outros profissionais da área de saúde no PSF através de concurso público	SR	SR	SR	SR	SR
	Realizar concurso ou processo seletivo especial para Agentes de Saúde Ambiental - ASA e Agentes Comunitários de Saúde – ACS, valorizando experiências anteriores, cumprindo o prazo legal de até setembro de 2006	NR	NR	NR	R	SR
	Viabilizar concursos públicos para os profissionais da área de educação física, possibilitando a regularização do vínculo dentro da Secretaria de Saúde, através da Secretaria de Educação	NR	NR	NR	R	SR
	Implantar a isonomia salarial nos níveis equivalentes	SR	NR	SR	SR	SR
	Implementar mudança no sistema de produtividade a partir de critérios de acesso e qualidade para os níveis elementar, médio e superior, após de criação de comissão formada por Gestores e Trabalhadores dos três níveis para discutir e definir a mudança	SR	NR	SR	SR	SR
	Adequar periodicamente o Plano de Cargos Carreira e Vencimentos – PCCV com a participação do controle social na mesa de negociação permanente	SR	PR	SR	PR	NR
	Definir uma política de incentivo a atuação dos profissionais como preceptor, incluindo capacitação e valorização no PCCV	SR	R	SR	SR	SR
	Implantar o Programa de Avaliação de Desempenho, com a participação do controle social, dos profissionais e representantes de categorias na discussão dos critérios de avaliação	NR	R	SR	NR	NR

**Quadro 6: Análise da situação das proposições do PMS 2006 – 2009 (conclusão)**

Setor	PMS 2006 – 2009	RAG 2006	8ª CMS 2007	RAG 2007	RAG 2008	RAG 2009
Gestão do Trabalho	Garantir o funcionamento da mesa setorial de negociação com a participação das entidades organizadoras dos trabalhadores e do controle social.	SR	NR	SR	R	R
	Garantir o número máximo de 150 famílias por Agentes Comunitários de Saúde – ACS, considerando 120 famílias para áreas de difícil acesso, adequando gradativamente à contratação de novos ACS de acordo com a necessidade de cada área	NR	NR	SR	SR	SR
	Garantir Equipamento de Proteção Individual – EPI para os profissionais da rede, sobretudo para os Agentes de Saúde Ambiental (ASA) / Agentes Operacionais de Apoio (AOA), Agentes Comunitários de Saúde (ACS) e auxiliares de enfermagem e exigir o uso de EPI para todos os profissionais, incluindo a prevenção com o protetor solar e fardamento completo, com punições em caso de infrações	SR	PR	SR	PR	SR
	Manter, recuperar e adequar às estruturas físicas e os equipamentos das Unidades de Saúde, do Programa Academia da Cidade e dos pontos de apoio do PSA, garantindo a implantação do plano de manutenção corretiva e preventiva, respeitando as normas de biossegurança, da saúde do trabalhador	SR	PR	SR	SR	SR
	Garantir que o número de imóveis por área do ASA, não ultrapasse os limites preconizados nos parâmetros do PSA, adequando gradativamente à contratação de novos ASA de acordo com a necessidade de cada área	NR	NR	SR	SR	SR
	Implantar a política da saúde do trabalhador municipal com enfoque no combate ao assédio moral	SR	R	SR	SR	SR
	Expandir e divulgar as atividades do Centro de Especialidade em Saúde do Trabalhador – CEST, favorecendo o acesso para todos os trabalhadores da rede, incluindo a participação nas atividades de lazer, cultura e atendimento médico e exames periódicos	SR	R	SR	SR	NR
	Garantir um programa de atenção psicossocial de saúde do trabalhador da rede municipal incluindo atenção ao alcoolismo e outras dependências	NR	NR	SR	SR	NR
	Garantir creches para os filhos dos trabalhadores da rede municipal, descentralizando os serviços de creche por distrito sanitário.	SR	NR	SR	SR	SR

Fonte: PMS 2006-2009; Relatório da 8ªCMS; Relatórios de Gestão (CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE, 2007; RECIFE, 2005, 2007, 2008, 2009b, 2010)

Legenda: NR = não realizado; R = realizado; PR = parcialmente realizado; SR = sem referência

Algumas proposições não estavam descritas no PMS 2006-2009, mas fizeram parte da Programação Anual e suas situações foram descritas nos respectivos RAG (RECIFE, 2005, 2007, 2008, 2009b, 2010). A maioria destas proposições não foram realizadas, destacando a implantação de um Sistema de Informação que viabilizasse a integração das demandas funcionais da Gestão do Trabalho dos Distritos Sanitários com o nível central e as questões relacionadas à Saúde do Trabalhador, sendo apenas realizadas ações pontuais de promoção à saúde dos trabalhadores, como mostra o quadro 7. Merece destaque a finalização do processo de Efetivação de ACS e ASACE ocorrida em 2008.

**Quadro7: Análise da situação das proposições que não estavam no PMS 2006 – 2009 (continua)**

<b>RAG</b>	<b>METAS</b>	<b>SITUAÇÃO</b>
2006	Realizar a fiscalização dos ambientes de trabalho pelas equipes técnicas do CEST-Recife e dos 06 DS.	Parcialmente realizada
	Realizar capacitações para os Conselhos de Unidades e da Comissão Intersetorial de Saúde do Trabalhador.	Não realizada
2007	Realização de inspeção em Saúde do Trabalhador em 100% do Setor Regulado (Serviços de Interesse à Saúde) pelos inspetores VISA.	Realizada
	Realização de visitas para fiscalização dos ambientes de trabalho pelas equipes técnicas.	Parcialmente realizada
	Capacitação dos conselheiros do Conselho de Unidade/CEST e CIST	Não realizada
2008	Realização da posse dos Membros da CIST no Conselho de Unidade	Realizada
	Implantação Núcleos de Saúde do Trabalhador nas Policlínicas.	Não realizada
	Realização das atividades de Promoção à Saúde do Trabalhador referentes à Voz-Viva Voz, Ócio do Ofício e de Promoção a Ler/Dort	Realizada
	Construção das diretrizes e normas para o processo de afastamento	Não realizada
	Finalização do processo de Efetivação de ACS e ASACE.	Realizada parcialmente
	Elaboração do manual do servidor	Realizada
2009	Atualização do capítulo de Saúde do Trabalhador no Código Municipal de Saúde.	Não realizada
	Acompanhamento da nomeação dos Inspectores Sanitários para o CEREST.	Não realizada
	Inclusão do quesito Doença/Acidente de Trabalho nos formulários utilizados nos ambulatórios, SAMU e emergência.	Não realizada
	Inclusão no processo de formação permanente a temática de Saúde do Trabalhador.	Não realizada
	Participação do CEST em reuniões do Conselho de unidade e da CIST.	Realizada
	Confecção e distribuição de folders temáticos da Saúde do Trabalhador (CEST, CAT, Assédio Moral e direitos previdenciários) e manual com a legislação de recursos humanos	Não realizada
	Criação de um SITE dentro da homepage da PCR para a Saúde do Trabalhador	Não realizada
	Realização das oficinas para as ações de promoção dos grupos de apoio de voz (Ler/Dort e Ócio do Ofício).	Realizada
	Implantação do protocolo de Acidentes com Material Biológico (HIV e Hepatites).	Realizada
	Apresentação do Plano de Trabalho das ações do Sistema de Informação em Saúde do Trabalhador – SIST.	Realizada

**Quadro7: Análise da situação das proposições que não estavam no PMS 2006 – 2009 (conclusão)**

RAG	METAS	SITUAÇÃO
2009	Elaboração de Protocolos de Atenção à Saúde do Trabalhador, definindo fluxos de referência e contra-referência na promoção, prevenção e recuperação da saúde.	Não realizada
	Monitoramento das ações de saúde do trabalhador executadas pelas gerências operacionais.	Não realizada
	Apresentação relatório de quadro de funcionários da Secretaria com funções, carga horária e lotação para o Conselho Municipal de Saúde	Não realizada
	Elaboração de portaria das USF com difícil acesso.	Parcialmente realizada
	Instalação da intranet para implantação do Sistema de Informação (CONSISTRH) nos Distritos Sanitários, visando a operacionalização das demandas funcionais da gestão do trabalho nos DS.	Não realizada
	Criação de um link da DGGT/SS no site da Prefeitura do Recife para promover acesso ao Estatuto, formulários padronizados, Leis e demais documentos institucionais da DGGT, de interesse do Servidor da Secretaria de Saúde.	Não realizada
	Acompanhamento dos servidores, com dificuldades no ambiente de trabalho, encaminhados pelos distritos sanitários e diretorias ou por demanda espontânea.	Realizada

Fonte: PMS 2006-2009; Relatórios de Gestão (RECIFE, 2005, 2007, 2008, 2009b, 2010)

#### 6.2.2.2 9ª Conferência Municipal de Saúde x Plano Municipal da Saúde 2010-2013 x Relatórios Anuais de Gestão e 10ª Conferência Municipal de Saúde

O Relatório Final da 9ª Conferência Municipal de Saúde (9ªCMS) (CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE, 2009) da cidade de Recife, realizada em outubro de 2009, que teve como tema “Fortalecendo a participação e o controle social para a consolidação do SUS”, é composto por proposições originadas de debates que foram a base para elaboração do Plano Municipal de Saúde 2010-2013 (PMS 2010-2013) (RECIFE, 2009a).

Entre os eixos de atuação do PMS 2010-2013 está a reforma dos mecanismos de gestão e organização dos processos de trabalho. Este plano apresenta 10 diretrizes de atuação, sendo 02 ligadas a Gestão do Trabalho: Cogestão e produção de autonomia e Qualificação dos processos internos de trabalho e mecanismos de gestão (RECIFE, 2009a).

A primeira diretriz tem o objetivo de desenvolver estratégias de gestão colaborativa e democrática, com coresponsabilização de trabalhadores e usuários na ação e nos resultados, desenvolvendo a autonomia das unidades e equipes na condução dos processos de trabalho, a partir de colegiados de gestão nos serviços; gestão cotidiana democrática; contratualização de metas na rede, por unidades e por profissionais; Apoio Institucional e; fortalecimento de Conselhos de Saúde.

A segunda diretriz citada tem o objetivo de consolidar a política de gestão de pessoas no território e desenvolver estratégias de aprimoramento dos processos de trabalho com vistas à qualificação das ações e alcance das metas. Para isso, se propõe a fortalecer a integração de

fluxos de trabalho entre as diretorias e demais atores; informatizar a rede; reestruturar a organização dos Distritos Sanitários (DS); fortalecer a Gestão do Trabalho nos DS; instituir a avaliação e monitoramento como prática cotidiana e sistemática e a produtividade como indutora de processos de trabalho associada à contratualização de metas.

As proposições relacionadas à Gestão do Trabalho contidas na 9ªCMS estão descritas nos seguintes eixos: **Atenção básica, Vigilância à Saúde do Trabalhador, Gestão Participativa e Controle Social, e Gestão do Trabalho** (CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE, 2009). Destas proposições, constatou-se que apenas 05 não fizeram parte do PMS 2010-2013, as quais estão destacadas no quadro 8.

Em relação aos trabalhadores, a proposta da **Atenção Básica** é realizar ações permanentes de capacitação e qualificação profissional, buscando construir estratégias de fixação e comprometimento dos mesmos, meta que não consta nos RAG dos anos de 2010 e 2011 (RECIFE, 2011, 2012a). Já a proposição de construir espaços de cogestão com discussões transversais (fóruns microrregionais e distritais com as políticas estratégicas para discussão das linhas de cuidado) e a revisão pactuada dos processos de trabalho foi realizada nos dois anos citados.

Ainda como proposta da Atenção Básica, através da Política Municipal de Práticas Integrativas e Complementares (PMPIC), a Secretaria Municipal de Saúde se compromete em implementar a linha de cuidados integrais nas ações da Política de Saúde do Trabalhador. Ações pontuais foram realizados em alguns DS, mas não foi instituída uma linha de cuidado integrais. Outras propostas como a implantação de um protocolo de risco biológico (DST/AIDS) para os trabalhadores expostos ao risco, a implantação de ações da Academia da Cidade voltadas para a Saúde do Trabalhador e o fortalecimento das ações integradas de saúde do trabalhador voltadas ao controle do tabagismo e do sedentarismo, as quais aparecerem com em andamento no relatório da CMS, não foram realizadas. A Academia da Cidade realiza, desde 2010, atividades voltadas somente para grupos específicos, como a Guarda Municipal.

Com o intuito de implementar e fortalecer a **Política Municipal de Saúde do Trabalhador** em Recife, em consonância com o modelo/matriz proposto pelo Ministério da Saúde e o Modelo de Atenção em Defesa da Vida, o PMS 2010-2013 apresenta 04 eixos de atuação (RECIFE, 2009a):

1. Formação dos profissionais, incluindo, no processo de formação permanente, a temática para instrumentalizar os profissionais para atuar no campo da saúde do

trabalhador; realização de oficinas para sensibilização dos profissionais, sobre qualidade de vida associada ao ambiente de trabalho, valorizando a humanização das relações interpessoais nas Unidades de Saúde;

2. Ações de orientação da população sobre riscos ocupacionais: especialmente para redução de acidentes com motociclistas profissionais;
3. Desenvolver a vigilância do ambiente de trabalho e de agravos provocados pelo trabalho: Implantação das Unidades Sentinela do Recife para notificações do SINAN-NET;
4. A estruturação de serviços de saúde direcionados ao cuidado integral com a saúde do trabalhador, incluindo a garantia de exames e consultas especializadas.

De acordo com esses 04 eixos, são metas da **Vigilância à Saúde do Trabalhador** para os anos de 2010 a 2013: descentralização das ações de saúde do trabalhador para os distritos sanitários através da estruturação de policlínicas, serviços de pronto atendimento e unidades de saúde da família como unidades sentinela em saúde do trabalhador; ações de promoção à saúde do trabalhador; garantia da assistência integral à saúde do trabalhador; ações de vigilância em saúde do trabalhador - VISAT, transversal às ações da VISA, por ramo de atividade, após capacitação em “intervenção educativa e ética de impacto” em VISAT dos técnicos do CEREST, da VISA e da vigilância ambiental; promoção do adequado preenchimento da Ficha CAT para notificação de acidente de trabalho; realização de um estudo do perfil epidemiológico e construção do mapa de risco da saúde do trabalhador do município; implantação das notificações do SINAN-NET nas seis policlínicas; garantia da política de análise preliminar do risco (APR), bem como, medidas de controle e uso de Equipamentos de Proteção Individual (EPI) para os profissionais com a reposição periódica dos mesmos (mascaras, luvas, protetor solar, botas de segurança, avental, jaleco, etc), inclusive para o ASACE.

Destas metas descritas acima, apenas uma foi realizada, a de redução de acidentes com motociclistas profissionais. A capacitação/formação permanente sobre a temática para instrumentalizar os profissionais para atuar no campo da saúde do trabalhador foi realizada com alguns profissionais da rede. As demais metas citadas ou não foram realizadas ou não foram consideradas metas prioritárias para os anos 2010 e 2011.

O PMS 2010-2013 também tem o objetivo de consolidar a **Gestão do Trabalho** no SUS, centrada na valorização dos trabalhadores e com a participação dos diversos atores envolvidos no processo, fortalecendo as relações do trabalho, o desenvolvimento profissional



e uma atuação solidária, humanizada e de qualidade, na perspectiva do trabalho em equipe e integralidade da atenção à Saúde. Para atingir esse objetivo, apresenta duas linhas de atuação. A primeira refere-se aos processos administrativos que dizem respeito à vida profissional do servidor e sua atuação, e para aprimorá-los a Diretoria Geral de Gestão do Trabalho pretende a descentralização da gerência de pessoas e o incremento tecnológico de apoio a esta atividade. E a segunda linha de atuação é referente aos processos normativos que respaldam este gerenciamento, campo em que será necessária a revisão da legislação vigente, adequando à realidade do SUS e à organização da rede.

Diante disso, a Gestão do Trabalho e Desenvolvimento de Recursos Humanos se propõe a implantar o Programa de Avaliação de Desempenho dos Servidores do setor Saúde - PADS e estruturar e manter o PCCV; criar equipe descentralizada nos DS e articulada com o Centro Especializado de Referência em Saúde do Trabalhador que trabalhe na escuta do trabalhador e nos casos de readaptação de função; convocar todos os profissionais concursados, do concurso em vigência, e realização de novos concursos para manutenção e incremento do quadro de pessoal de acordo com o levantamento de necessidade; revisar o organograma da Secretaria; e garantir a isonomia salarial para todos os profissionais de nível superior, médio, técnico e elementar.

Apenas duas destas metas foram realizadas, segundo o relatório da 10ª CMS: a garantia da revisão da lei de produtividade e a revisão do organograma da Secretaria. A maioria das demais metas não foi considerada metas prioritárias para os anos de 2010 e 2011, pois não constam nos respectivos RAG (CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE, 2011; RECIFE, 2011, 2012a). O mesmo foi encontrado para as proposições do eixo **Controle Social**, não estão listadas nos RAG.

**Quadro 8: Análise das deliberações da 9ªCMS que entraram no PMS 2010 – 2013 e da situação das proposições do Plano citado (continua)**

Setor	9ª CMS 2009	PMS 2010 - 2013	RAG 2010	10ª CMS 2011	RAG 2011
Atenção básica	Respeitar o que foi acordado na 8ª Conferência de Saúde quanto ao número de famílias por ACS, a saber: “agentes de saúde que trabalhem em áreas de difícil acesso deverão atender de 500 a 600 pessoas, ao passo que as áreas de melhor acessibilidade atendam de 600 a 800 pessoas”	NÃO	SR	A	SR
	Promover espaços de cogestão com discussões transversais (fóruns microrregionais e fórum distrital com as políticas estratégicas para discussão das linhas de cuidado)	SIM	R	R	R
	Garantir, de forma efetiva, a fixação dos profissionais nas USF, ampliando o número de profissionais de saúde pública no acompanhamento das equipes e qualificando a atenção ao usuário	SIM	SR	SR	SR
	Implantação de ações da Academia da Cidade voltadas para a Saúde do Trabalhador	SIM	NR	A	NR
	Implementar a linha de cuidados integrais nas ações da Política de Saúde do Trabalhador	SIM	NR	NR	SR
	Fortalecer ações integradas de saúde do trabalhador voltadas ao controle do tabagismo e do sedentarismo	SIM	SR	A	SR
	Implantação de um protocolo de risco biológico (DST/AIDS) para os trabalhadores expostos ao risco	SIM	SR	A	SR
Vigilância a Saúde do Trabalhador	Capacitação e Implantação das Unidades Sentinela do Recife para notificações do SINAN-NET em todas as Unidades de Saúde da Família e Policlínicas	SIM	NR	A	NR
	Inclusão no processo de capacitação / formação permanente a temática para instrumentalizar os profissionais para atuar no campo da saúde do trabalhador	SIM	SR	A	PR
	Ações de Vigilância em Saúde do Trabalhador – VISAT, transversal às ações da VISA, por Ramo de Atividade, após capacitação em “Intervenção Educativa e Ética de Impacto” em VISAT dos técnicos do CEREST e da VISA	SIM	NR	A	SR
	Apoiar ações de Promoção à Saúde do Trabalhador, especialmente para redução de acidentes com motociclistas profissionais	SIM	R	R	SR
	Capacitar os profissionais dos serviços de saúde no preenchimento da Ficha CAT para notificação de acidente de trabalho	SIM	SR	A	SR
	Incluir a temática Saúde do Trabalhador no cronograma anual de atividades de educação permanente	SIM	SR	SR	NR

**Quadro 8: Análise das deliberações da 9ªCMS que entraram no PMS 2010 – 2013 e da situação das proposições do Plano citado (continua)**

Setor	9ª CMS 2009	PMS 2010 - 2013	RAG 2010	10ª CMS 2011	RAG 2011
<b>Vigilância a Saúde do Trabalhador</b>	Promover oficinas para sensibilização dos profissionais, sobre qualidade de vida associada ao ambiente de trabalho, valorizando a humanização das relações interpessoais nas Unidades de Saúde	SIM	SR	SR	AR
	Estimular e formalizar a supervisão das condições de trabalho dos servidores em parceria com a Gerência Executiva de Atenção à Saúde do Trabalhador – GSAT	SIM	SR	SR	SR
	Investir em melhorias de condições de trabalho	SIM	SR	A	NR
	Garantir Equipamentos de Proteção Individual - EPI's para os profissionais com a reposição periódica dos mesmos, (mascaras, luvas, protetor solar, botas de segurança, avental, jaleco, etc) inclusive para os ASACE	SIM	SR	A	SR
	Assegurar fardamento completo – calça e camisa com tecidos específicos para exposição ao Sol (exemplo: fardamento dos profissionais da Academia da Cidade), chapéu com proteção para face e orelhas, sapato tipo tênis impermeabilizado, adequado para longas caminhadas - para todos os profissionais, com garantia de reposição periódica dos mesmos, priorizando os profissionais expostos cujo fardamento sofre depreciação mais rápida e fazer cumprir os acordos anteriores	SIM	SR	SR	SR
	Criar nos DS Núcleos de Saúde do Trabalhador vinculados ao departamento da Vigilância à Saúde e o CEREST, que trabalhe na escuta do trabalhador e nos casos de readaptação de função	SIM	NR	A	NR
	Garantir assistência integral à saúde do trabalhador, incluindo a ampliação das cotas de exames especializados	SIM	NR	A	SR
	Levantar perfil de acidentes graves e fatais no município e estruturar o comitê de investigação de acidentes de trabalho graves e fatais no município	NÃO	NR	SR	SR
	Construir mapa de risco em saúde do trabalhador da cidade do Recife	SIM	NR	A	SR
	Elaboração de protocolo de prevenção às doenças ocupacionais específicas para cada função	NÃO	SR	SR	SR
	Estruturar a área física da vigilância ambiental do DS e dos pontos de apoio, bem como realizar ações de prevenção e monitoramento da saúde do trabalhador	SIM	NR	A	NR
	Garantir as condições necessárias para execução das atribuições dos ASACE	SIM	NR	-----	SR

**Quadro 8: Análise das deliberações da 9ªCMS que entraram no PMS 2010 – 2013 e da situação das proposições do Plano citado (continua)**

Setor	9ª CMS 2009	PMS 2010 - 2013	RAG 2010	10ª CMS 2011	RAG 2011
<b>Controle Social</b>	Criar um link no site da prefeitura para esclarecer direitos e deveres do servidor com fóruns distritais de discussão	SIM	SR	SR	SR
	O controle social não deverá apenas aprovar pauta, mas participar do processo de construção das políticas de forma intersectorial, integrando as ações em rede	SIM	SR	SR	SR
	Garantir espaços de debate com os movimentos sociais, universidade, trabalhadores e usuários para discutir formas de participação popular dentro do estado	SIM	SR	SR	SR
<b>Gestão do Trabalho</b>	Implantar/implementar o Programa de Avaliação de Desempenho dos Servidores do setor Saúde - PADS e reajustar o PCCV com enfoque na carreira única do SUS	SIM	PR	A	SR
	Rediscutir e participar da revisão do Estatuto do Servidor Municipal e atualizando o PCCV e outras normas referente à gestão de pessoas da rede de saúde, inclusive dentro do âmbito dos ACS's e ASACE's, conjuntamente com os órgãos representativos das citadas categorias	SIM	SR	SR	SR
	Implementar e manter um Sistema de Gerenciamento de Pessoas descentralizado	SIM	NR	A	SR
	Estabelecer um processo de estímulo ao profissional lotado em unidade de difícil acesso, desde o concurso	SIM	SR	SR	SR
	Implementar um sistema de auditoria permanente da folha, verificando os servidores constantes da folha de pagamento e que não estão em exercício nas unidades	SIM	SR	A	SR
	Normatizar a cessão/transferência/permuta interna e externa de servidores	SIM	SR	SR	SR
	Convocar todos os profissionais concursados, inclusive os ACS, ARD, ASACE, técnicos administrativo aprovados para equipes das USF/ESF, PACS, Programa Academia da Cidade e dos serviços de saúde em déficit de recursos humanos e esgotado o banco de dados iniciar novo processo de seleção por concurso público para complementação da rede de saúde, após levantamento de necessidade de pessoal	SIM	SR	A	SR
	Garantir a Revisão do organograma da Secretaria, inclusive quanto a cargos/funções e valores de vencimentos, considerando as diferenças da rede e garantindo a equidade, mantendo os níveis existentes	SIM	SR	R	SR
	Garantir a revisão da lei da produtividade para todos os profissionais do SUS e que seja garantida discussão com todas as entidades representativas	SIM	R	SR	SR

**Quadro 8: Análise das deliberações da 9ªCMS que entraram no PMS 2010 – 2013 e da situação das proposições do Plano citado (conclusão)**

Setor	9ª CMS 2009	PMS 2010 - 2013	RAG 2010	10ª CMS 2011	RAG 2011
<b>Gestão do Trabalho</b>	Garantir a isonomia salarial para todos os profissionais de nível superior, médio, técnico e elementar;	SIM	SR	A	SR
	Criação de uma política de contratação de RH–SUS, que assegure concurso público para a contratação, considerando qualificação para o trabalho, mediante comprovação de qualificação técnica e em área de atuação em nível de saúde;	NÃO	SR	SR	SR
	Implantação de uma Unidade de Cuidados Integrativos inserida na Rede de Atenção Básica do Recife, como espaço de práticas e formação para os profissionais e estudantes da saúde;	NÃO	SR	SR	SR

Fonte: PMS 2010-2013; Relatórios da 9ªCMS e 10ªCMS; Relatórios de Gestão (CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE, 2009, 2011; RECIFE, 2009a, 2011, 2012a)

Legenda: NR = não realizado; R = realizado; PR = parcialmente realizado; A = em andamento; SR = sem referência

Algumas metas relacionadas à Gestão do Trabalho que estão descritas no PMS 2010-2013 não foram proposições da 9ªCMS (CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE, 2009; RECIFE, 2009a). Estas estão relacionadas aos seguintes eixos: **Atenção básica, Vigilância Sanitária, Vigilância à Saúde do Trabalhador, Gestão Participativa e Controle Social, e Gestão do Trabalho**, como mostra o quadro 9.

A proposta da **Atenção Básica** - ampliação da oferta da ação terapêutica “Cuidando do Cuidador” - e a proposta do **Controle Social** - estreitar a relação entre o Conselho Municipal de Saúde e a Comissão Intersetorial de Saúde do Trabalhador - não foram realizadas segundo o relatório da 10ª CMS e os RAG 2010 e RAG 2011 (CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE, 2011; RECIFE, 2011, 2012a).

Em relação à **Vigilância Sanitária** (VISA), o PMS 2010-2013 tem o objetivo de ampliar e descentralizar a atuação da VISA, aprimorando suas práticas de trabalho e apoio tecnológico, através de promoção de inspeções da vigilância sanitária em unidades de saúde municipais, semestralmente, com envio de cópia de relatório para o Conselho Municipal de Saúde via conselhos distritais; como também o monitoramento da adequação das estruturas físicas dos consultórios das unidades de saúde, incluindo os odontológicos, dentro das normas de vigilância sanitária, visando também o aspecto da ergonomia. Segundo o relatório da 10ª CMS estas metas foram realizadas, mas não constam nos RAG (CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE, 2011; RECIFE, 2011, 2012a).

As proposições dos eixos **Saúde do trabalhador e Gestão do trabalho** não foram realizadas, como também não foram consideradas metas prioritárias para os anos de 2010 e 2011, pois não constam nos respectivos RAG.

**Quadro 9: Análise das proposições que estão descritas no PMS 2010 – 2013 e não foram deliberações da 9ª CMS**

Setor	PMS 2010 – 2013	RAG 2010	10ª CMS 2011	RAG 2011
Atenção Básica	Ampliação da oferta da ação terapêutica “Cuidando do Cuidador”	PR	A	SR
Vigilância Sanitária	Promoção de inspeções da vigilância sanitária em unidades de saúde municipais, semestralmente, com envio de cópia de relatório para o Conselho Municipal de Saúde via conselhos distritais	SR	R	SR
	Monitoramento da adequação das estruturas físicas dos consultórios das unidades de saúde, incluindo os odontológicos, dentro das normas de vigilância sanitária, visando também o aspecto da ergonomia	SR	R	SR
Vigilância à Saúde do Trabalhador	Estruturação da sede própria do CEREST	SR	A	SR
	Monitoramento da rede de referência e contra-referência para diagnóstico, tratamento, reabilitação e reinserção social dos trabalhadores vítimas de agravos relacionados ao trabalho	NR	A	SR
	Realização de Pré-Conferências Distritais e da II Conferência Municipal de Saúde do Trabalhador	NR	SR	SR
	Monitoramento para execuções nas ações de saúde do trabalhador através das gerencia operacional	R	SR	SR
Gestão do Trabalho	Elaboração de Protocolo que auxilie os encaminhamentos da Mesa de Negociação Setorial-Saúde	SR	A	SR
	Elaboração e discussão de proposta de redimensionamento dos servidores	SR	A	SR
	Fortalecimento da Mesa de Negociação Setorial, com antecipação das negociações e discussão da Política de Gestão do Trabalho, e de itens específicos como produtividade	R	SR	SR
	Mudança para a nova sede da DGGT	R	SR	SR
	Manutenção de ticket-refeição, pagamento de pessoal e incentivo à produtividade	R	SR	SR
Controle Social	Estreitar a relação entre o Conselho Municipal de Saúde e a Comissão Intersetorial de Saúde do Trabalhador	NR	SR	NR

Fonte: PMS 2010-2013; Relatório da 10ªCMS; Relatórios de Gestão (CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE, 2011; RECIFE, 2009a, 2011, 2012a)

Legenda: NR = não realizado; R = realizado; PR = parcialmente realizado; A = em andamento; SR = sem referência

Algumas proposições não estavam descritas no PMS 2010-2013, mas faziam parte da Programação Anual e suas situações foram descritas nos respectivos RAG (RECIFE, 2009a, 2011, 2012a), como mostra o quadro 10. Dentre estas metas realizadas, merece destaque o fortalecimento da Mesa de Negociação Setorial, com discussão da Política de Gestão do Trabalho e de itens específicos como produtividade. A criação de cadastro único para todos os setores da Diretoria Geral de Gestão do Trabalho e Educação em Saúde e a elaboração do protocolo de acompanhamento do servidor que necessita de atendimento psicossocial, com equipe multidisciplinar, na recondução de profissionais a sua função foram metas não realizadas. Vale ressaltar que mesmo sendo considerada realizada a meta de implantação do colegiado de gestão ampliada no setor de Gestão do Trabalho, na realidade essa prática de discussão não acontece.

**Quadro10: Análise da situação das proposições que não estavam no PMS 2010 – 2013 (continua)**

ANO	METAS	SITUAÇÃO
2010	Construção de protocolo de padronização de equipamentos, estrutura e ambiência da Atenção Básica.	Realizada
	Produção de materiais informativos em saúde do trabalhador.	Realizada
	Executar grupos de apoio à saúde do trabalhador (grupo ócio do ofício, grupo viva voz, grupo reativar, grupo psicossocial).	Realizada
	Realização de campanhas pontuais das datas comemorativas relacionadas à saúde do trabalhador.	Realizada
	Atualização do capítulo de Saúde do Trabalhador no Código Municipal de Saúde.	-----
	Nomeação dos membros da Comissão Permanente de Gestão do PCCV	Não realizada
	Contratação de consultoria para revisão e elaboração da lei do PCCV.	Realizada
	Instituição de um grupo de trabalho para revisão da Lei de Gratificação SUS.	Realizada
	Elaboração de decreto normativo sobre a lei do estágio probatório.	Realizada
	Contratação de consultoria para construir o sistema de cadastro funcional dos servidores.	Não realizada
	Contratação de consultoria para construção do novo sistema de gratificação SUS.	Não realizada
	Manutenção de ticket-refeição, pagamento de pessoal e incentivo à produtividade.	Realizada
	Fortalecimento da Mesa de Negociação Setorial, com discussão da Política de Gestão do Trabalho e de itens específicos como produtividade	Realizada
	Seleção simplificada de profissionais para reposição de vagas na rede, expansão da Estratégia de Saúde da Família e implantação de 05 NASF	Realizada
2011	Promoção de espaços de cogestão com discussões transversais com periodicidade de acordo com a singularidade de cada equipe	Realizada
	Realização de capacitação em Saúde do Trabalhador para os profissionais da Atenção Básica	Não realizada
	Apresentação das ações da Política de Saúde do Trabalhador para os membros da Comissão Intersetorial em Saúde do Trabalhador (CIST) e Conselhos Distritais.	Parcialmente realizada
	Realização de campanhas temáticas nas datas comemorativas relacionadas à saúde do trabalhador.	Realizada
	Criação de cadastro único para todos os setores da Diretoria Geral de Gestão do Trabalho e Educação em Saúde (DGGTES).	Não realizada
	Aquisição de equipamentos para o setor de Gestão do Trabalho	Parcialmente realizada



**Quadro10: Análise da situação das proposições que não estavam no PMS 2010 – 2013 (conclusão)**

ANO	METAS	SITUAÇÃO
2011	Implantar colegiado de gestão ampliada no setor de Gestão do Trabalho	Realizada
	Participação da DGGTES no Apoio Institucional	Realizada
	Elaborar protocolo de acompanhamento do servidor que necessita de atendimento psicossocial, com equipe multidisciplinar, na recondução de profissionais a sua função	Não realizada
	Estabelecer normas relativas a folgas, mobilidade, frequência e regulamentação de regime de plantão.	Parcialmente realizada
	Realizar seleções simplificadas e seleções internas	Realizada

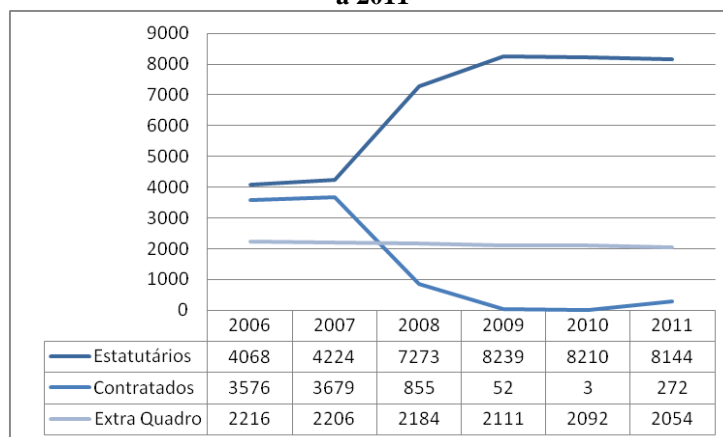
Fonte: PMS 2010-2013; Relatórios de Gestão (RECIFE, 2009a, 2011, 2012a)

### 6.2.2.3 Ações realizadas pela Gestão do trabalho segundo as categorias de análise

#### 6.2.2.3.1 Agenda da Gestão do Trabalho: Desprecarização

No período do estudo, pôde-se observar uma mudança na composição da força de trabalho. No ano de 2006, tinha-se um número elevado de profissionais contratados na Secretaria Municipal de Saúde. A partir de 2008, com a realização de concursos públicos, houve uma diminuição do número de contratados, tornando os estatutários correspondentes ao maior percentual dos servidores da rede municipal. Percentual esse que foi aumentando nos anos seguintes. Para compor as equipes NASF, em 2011 realizou-se uma seleção simplificada, gerando um pequeno incremento no número de contratados, como mostra o gráfico 1.

**Gráfico 1: Evolução da composição da força de trabalho da Secretaria Municipal de Saúde de Recife, 2006 a 2011**



Fonte: Sistema de Folha de Pagamento e Cadastro Funcional – SMS/Recife

Vale salientar que durante os seis anos do estudo houve um número constante de profissionais Extra-Quadro que compunham a rede. Estes podiam ser: aposentados INSS, servidores de outros órgãos à disposição, servidores de outros órgãos municipais. Também faz

parte do quadro da Secretaria Municipal de Saúde os profissionais terceirizados, geralmente ocupando os cargos relacionados a serviços gerais, digitação e os motoristas. O quantitativo desses profissionais não foi disponibilizado.

O levantamento da necessidade de pessoal para a realização de seleção pública é realizado pelos GOGP/DS, mas é no nível central que é decidido o número de vagas e o número de profissionais nomeados. Este quantitativo de nomeados geralmente é inferior ao número necessário para suprir necessidades de pessoal, ficando a cargo dos GOGP/DS decidir a maior prioridade para a lotação do profissional, como mostra o trecho:

A gente encaminha a necessidade, o nível central analisa a necessidade geral e define tantas vagas para cada Distrito. Definindo essas, vagas a gente identifica a prioridade da prioridade porque nem sempre a gente recebe o quantitativo necessário (informação verbal). [E2]

As lotações ocorrem por critério de escolha do profissional de acordo com a classificação no processo seletivo, sendo que os profissionais que já estão na rede tem prioridade de permuta para as vagas disponíveis. Devido a essa possibilidade de permuta, à autonomia dos GOGP/DS para a realização das mesmas e à falta de um Sistema de Informação que integre os GOGP/DS como nível Central, não torna possível a análise da rotatividade dos servidores na rede de saúde.

Nós usamos o CONSISTRH que é um sistema de informação da Prefeitura como um todo, sistema de informação de gestão e folha de pagamento, mas é um sistema que não é bem aproveitado, aqui na Secretaria de Saúde só temos acesso à consulta, assim mesmo nem todo tipo de consulta, não temos um sistema que atenda a necessidade da Secretaria. Nós precisamos criar um Sistema de Informação que interligue os Distritos Sanitários, o Nível Central e outras diretorias (informação verbal). [E4]

Quando efetivados, os profissionais têm direitos e benefícios, os quais estão listados no Guia do Servidor da Saúde, disponibilizado em 2008. Entre os direitos tem-se: Férias, Licença à Maternidade por Adoção, Licença Paternidade, Licença para Serviço Militar, que necessitam dar entrada nos requerimentos adequados para ter o direito garantido. Para outros direitos, é preciso abrir um processo, como é o caso de: Salário Família, Abono de Permanência, Aposentadoria, Licença Prêmio, Licença por Motivo de doença em Pessoa da Família, Licenças para Acompanhar o Cônjuge fora do município. Já as Licenças maternidade, Médica e para Tratamento de Saúde precisam passar pela perícia da Junta

Médica Municipal. O direito que não foi garantido no período do estudo foi a Progressão Funcional, pois o PCCV não estava em funcionamento.

Algumas concessões também são garantidas a partir de entrada de processo, como: Licença para Tratar de Interesse Particular, Licença para missão oficial ou de estudo, Afastamento para Casamento, Afastamento por Luto, Auxílio Funeral. No caso da Licença para Tratar de Interesse Particular e da Licença para estudo, a Gestão tem a prerrogativa de não liberar alegando que, por necessidade do serviço, não pode dispor do servidor, conforme rege o Estatuto.

Em relação aos benefícios e gratificações, os servidores têm direito, dependendo do cargo e função de: Adicional Noturno, Adicional de Plantão, Gratificação de Insalubridade, Produtividade, Horas-Extras (no máximo 40 horas/mês), Bilhete Eletrônico, PROSEL, Vale Refeição, Creche (somente para os servidores lotados no prédio da Prefeitura) e Empréstimos Consignados. Para se ter o direito a Insalubridade é necessário dar entrada em processo para que seja realizada uma perícia no local de trabalho, o qual é caracterizado pela morosidade pois a Prefeitura só dispõe de um técnico para a realização desta atividade. Mesmo estando listado no Guia do Servidor, o Saúde Recife (Plano de Saúde) não pode ser mais considerado um benefício, pois há um certo tempo não recebe mais novas adesões por não dispor de estrutura para dar resposta a demanda em crescimento dos servidores da Rede Municipal de Saúde.

#### 6.2.2.3.2 Agenda da Gestão do Trabalho: Valorização

O instrumento utilizado para garantir a profissionalização e a valorização dos trabalhadores é o Plano de Cargos, Carreira e Vencimento – PCCV, que neste estudo, foi analisado os seus seguintes componentes: implantação, universalidade, isonomia salarial, gestão partilhada da carreira, educação permanente, avaliação de desempenho, progressão e promoção do trabalhador.

No período do estudo, tem-se, na Secretaria de Saúde do município de Recife, o PCCV de 2004, instituído pela Lei nº 16.959/2004, e discussões iniciadas em 2009 que culminou na Lei nº 17.772/2012, a qual instituiu o Plano de Cargos, Carreiras, Desenvolvimento e Vencimentos (PCCDV) dos servidores efetivos da saúde, com a integração do Programa Institucional de Avaliação de Desempenho. Estes planos estabelecem a estrutura de cargos efetivos, as regras básicas para investidura nos referidos cargos, as

tabelas de vencimentos e os mecanismos de desenvolvimento na carreira do Grupo Ocupacional Saúde.

A formulação do PCCDV/2012 contou com a participação dos trabalhadores e sua implantação não revogou o PCCV/2004. Os dois Planos vigentes não garantem isonomia salarial para os profissionais de níveis equivalentes nem Promoção. Entre os anos de 2006 e 2011, não ocorreu nem Progressão Vertical nem Progressão Horizontal dos trabalhadores e, atualmente, estes terão que aderir a um dos Planos para iniciar as avaliações para mudança de padrão.

O desenvolvimento dos ocupantes de cargo do Grupo Ocupacional Saúde ocorre segundo mecanismos de Progressão nos dois Planos. No PCCV/2004 ocorre segundo mecanismos de Progressão Horizontal e Vertical. No PCCDV/2012 ocorre segundo Progressão por Mérito, por Qualificação e Tempo de Serviço. A periodicidade de avaliação dos servidores e os critérios para mudança de padrão de cada Plano estão descritas no quadro 11.

**Quadro 11. Matriz sintética dos mecanismos de progressão, periodicidade e critérios de avaliação no PCCV/2004 e no PCCDV/2012 (continua)**

<b>Plano</b>	<b>Mecanismo de Progressão</b>	<b>Periodicidade de avaliação</b>	<b>Crítérios de avaliação</b>
<b>PCCV/2004</b>	Progressão Vertical	3 anos	Tempo de serviço, por mérito e avaliação de desempenho. O servidor poderá antecipar, em um ano, a progressão horizontal por tempo de serviço, desde que obtenha resultado de avaliações de desempenho igual ou superior a 90% da pontuação máxima possível, realizadas nos dois anos subseqüentes à última progressão horizontal.
	Progressão Horizontal	4 anos	Qualificação e desempenho profissional. Após a primeira progressão vertical, as demais estarão vinculadas ao resultado das avaliações de desempenho profissional e qualificação, somente fazendo jus a progressão aquele que obtiver 80% da pontuação máxima possível, para avaliação de desempenho funcional e a pontuação mínima exigida para qualificação.

**Quadro 11. Matriz sintética dos mecanismos de progressão, periodicidade e critérios de avaliação no PCCV/2004 e no PCCDV/2012 (conclusão)**

Plano	Mecanismo de Progressão	Periodicidade de avaliação	Crítérios de avaliação
<b>PCCDV/2012</b>	Progressão por Mérito	3 anos	- Avaliação mediante relatório elaborado pela chefia imediata, - Alcance de metas relativas ao seu núcleo profissional e tipo de serviço, - Melhoria no processo de trabalho apurado através de relatórios de comissões próprias de avaliação. Aproveitamento médio mínimo de 70%.
	Progressão por Qualificação	4 anos	- Aproveitamento médio mínimo de 70% (setenta) por cento na avaliação para a Progressão por Mérito; - Pontuação mínima exigida na tabela de qualificação prevista na Lei: 10 pontos para nível fundamental; 20 pontos de nível médio/técnico; 30 pontos para nível superior.
	Progressão por Tempo de Serviço	5 anos	Independente das pontuações obtidas nas progressões por Mérito e por Qualificação.

Fonte: Recife, 2004 e 2012b

Os profissionais médicos, enfermeiros e cirurgiões dentistas terão que aderir obrigatoriamente ao PCCDV/2012, pois o piso salarial destes pertence a um nível superior dos que constam no PCCV/2004. Algumas categorias profissionais que não são específicas da saúde não estão contempladas nestes Planos. Ainda em relação ao período do estudo, não ocorreu a Avaliação de Desempenho dos servidores, já que este processo ainda estava em construção, necessitando de aprovação da Câmara Municipal de Vereadores.

Em relação aos trabalhadores contemplados, no PCCDV/2012 algumas categorias passam a compor o Grupo Ocupacional da Saúde como: Agente de Redução de Danos, Cuidador de Residência Terapêutica, Agente Comunitário de Saúde (ACS), Agente de Saúde Ambiental e Combate às Endemias (ASACE), Técnico de Imobilização Ortopédica e Profissional de Educação Física. Já as categorias como Engenheiro de Segurança do Trabalho, Médico Veterinário e Químico, que não são cargos específicos da saúde, saíram do PCCVD da Saúde, fazendo parte do Plano de Cargos, Carreira e Vencimento da geral da Prefeitura. As categorias citadas acima estão em destaque vermelho no quadro 12.

Em todos os anos do estudo foram realizadas capacitações, sendo estas consideradas como Educação Permanente. Entre as capacitações ocorridas tem-se: urgência – SAMU; tuberculose; hanseníase; saúde da mulher; saúde do idoso; saúde bucal; saúde mental; anemia

falciforme; saúde da criança e do adolescente; humanização; acidentes e violência; vigilância sanitária; grupos específicos e/ou pessoas com necessidades especiais; DST /AIDS; saúde do trabalhador; academia da cidade, entre outras. Em 2006 foi realizado o Curso de Especialização em Saúde da Família para os profissionais que atuavam nas Unidades de Saúde da Família, e em 2009, o Introdutório para os profissionais que ingressaram na rede a partir do concurso. Também importante salientar que, nessas proposições não foi mencionado nenhum curso direcionado para os profissionais inseridos na Gestão do Trabalho.

No ano de 2007 foi criado o Colegiado de Formação e Educação Permanente, o qual só foi instituído em 2009, com a construção e publicação das diretrizes, normas e regimento. Neste mesmo ano, também foi instituída a Política de Formação Profissional e Educação Permanente da Secretaria de Saúde.

Também ocorreu o acompanhamento e desenvolvimento dos programas como o Pró-Saúde (Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde) e PET-Saúde (Programa de Educação pelo Trabalho na Saúde). O primeiro visa à integração ensino-serviço, com o intuito de reorientar a formação profissional, promovendo transformações nos processos de geração de conhecimentos, ensino e aprendizagem e de prestação de serviços à população (BRASIL, 2005b).

Com o objetivo de consolidar as mudanças provocadas pelo Pró-Saúde, foi criado o PET Saúde, que é um programa que incentiva a integração ensino-serviço, estimulando os profissionais da Atenção Básica a orientarem os estudantes de graduação, caracterizando-se como um instrumento para qualificação em serviço dos profissionais da saúde, bem como de iniciação ao trabalho e vivências dirigidos aos estudantes de graduação, tendo em perspectiva a inserção das necessidades dos serviços como fonte de produção de conhecimento e pesquisa nas instituições de ensino (BRASIL, 2008).

A partir de 2010, iniciou-se a elaboração dos Planos Anuais de Educação Permanente (PAEP) de acordo com as demandas do relatório da Conferência Municipal de Saúde, como também foi elaborada Instrução Normativa de Educação Permanente (INEP), a qual não tinha sido publicada até 2011. O estudo de Macêdo (2012) mostra que, apesar dos Relatórios de Gestão registrarem que a Secretaria consolidou o seu PAEP, não se teve acesso aos documentos. Quanto ao PAEP do ano de 2011, a justificativa foi de que o mesmo não tinha sido oficializado pela Secretaria.

**Quadro 12. Matriz sintética dos Cargos Contemplados no PCCV/2004 e no PCCDV/2012**

	<b>PCCV - 2004</b>	<b>PCCDV – 2012</b>
<b>Trabalhadores Contemplados – Grupo Ocupacional da Saúde</b> Subgrupo Ocupacional	<p><b>Assistente em Saúde:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Agente de Controle Sanitário;</li> <li>- Auxiliar de Enfermagem;</li> <li>- Auxiliar de Laboratório</li> </ul> <p><b>Assistente Técnico em Saúde</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Atendente de Consultório Dentário</li> <li>- Auxiliar de Câmara Clara e Escura</li> <li>- Técnico de Segurança do Trabalho</li> <li>- Técnico de Higiene Dental</li> <li>- Técnico de Laboratório</li> <li>- Técnico de Laboratório Citotécnico</li> <li>- Técnico em Enfermagem</li> <li>- Técnico em Histopatologia</li> <li>- Técnico em Radiologia</li> <li>- Técnico em Saneamento</li> </ul> <p><b>Técnico em Saúde de Nível Superior</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Analista Clínico</li> <li>- Assistente Social</li> <li>- Biólogo</li> <li>- Biomédico</li> <li>- Cirurgião Dentista</li> <li>- Enfermeiro</li> <li>- <b>Engenheiro de Segurança do Trabalho</b></li> <li>- Farmacêutico</li> <li>- Fisioterapeuta</li> <li>- Fonoaudiólogo</li> <li>- Médico</li> <li>- Médico do Trabalho</li> <li>- <b>Médico Veterinário</b></li> <li>- Nutricionista</li> <li>- Psicólogo</li> <li>- <b>Químico</b></li> <li>- Sanitarista</li> <li>- Técnico de Vigilância Sanitária</li> <li>- Terapeuta Ocupacional</li> </ul>	<p><b>Agente em Saúde I</b> (Nível Médio)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Agente de Controle Sanitário</li> <li>- <b>Agente de Redução de Danos</b></li> <li>- <b>Cuidador de Residência Terapêutica</b></li> </ul> <p><b>Agente em Saúde II</b> (Nível Médio)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Agente Comunitário de Saúde - ACS</b></li> <li>- <b>Agente de Saúde Ambiental e Combate às Endemias - ASACE</b></li> </ul> <p><b>Assistente em Saúde</b> (Nível Médio com treinamento específico)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Auxiliar de laboratório</li> <li>- Auxiliar de Câmara Clara e Escura</li> <li>- <b>Auxiliar em Saúde Bucal</b></li> </ul> <p><b>Assistente Técnico em Saúde I</b> (Nível Médio com curso técnico)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Técnico em Radiologia</li> </ul> <p><b>Assistente Técnico em Saúde II</b> (Nível Médio com curso técnico)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Auxiliar de Enfermagem</li> <li>- Técnico de Segurança do Trabalho</li> <li>- Técnico em Saúde Bucal</li> <li>- Técnico de Laboratório</li> <li>- Técnico de Laboratório Citotécnico</li> <li>- Técnico em Histopatologia</li> <li>- Técnico em Saneamento</li> <li>- <b>Técnico de Imobilização Ortopédica</b></li> <li>- Técnico de Enfermagem</li> </ul> <p><b>Técnico de Nível Superior</b> (Nível superior)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Analista Clínico</li> <li>- Assistente Social</li> <li>- Biólogo</li> <li>- Biomédico</li> <li>- Enfermeiro</li> <li>- Farmacêutico</li> <li>- Fisioterapeuta</li> <li>- Fonoaudiólogo</li> <li>- Nutricionista</li> <li>- <b>Profissional de Educação Física</b></li> <li>- Psicólogo</li> <li>- Técnico de Vigilância Sanitária</li> <li>- Terapeuta Ocupacional</li> <li>- Cirurgião Dentista</li> <li>- Médico</li> </ul> <p><b>Analista em Saúde</b> (Nível Superior com pós-graduação específica)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Médico do Trabalho</li> <li>- Sanitarista</li> </ul>

Fonte: Recife, 2004 e 2012b

#### 6.2.2.3.3 Agenda da Gestão do Trabalho: Negociação

A Mesa de Negociação Permanente (MNP) no setor saúde foi instituída pela Portaria GAB/SS/PCR nº 193 de 29 de dezembro de 2007, passando a ser implementada oficialmente a partir de 2008 quando sua composição foi designada pela Portaria nº 033/08-GAB/SS de 11 de março. Devido a isso, a análise desses documentos foi realizada no período de 2008 a 2011. As reuniões da MNP não seguem todas as formalidades recomendadas e não geram Protocolos. Desta forma, os Itens de acordos cumpridos não são acompanhados, podendo conter algum registro nas Atas e algumas demandas são respondidas por ofício.

Em relação à composição da MNP, na Portaria que a instituiu que a mesma será coordenada pelo titular da Diretoria Geral de Gestão do Trabalho da Secretaria Municipal de Saúde do Recife, sendo composta por 02 representantes da Diretoria Geral de Gestão do Trabalho; 01 representante da Diretoria Geral de Regulação; 01 representante da Diretoria Geral de Atenção Básica; e representantes dos sindicatos e das associações das categorias profissionais do quadro da Secretaria de Saúde.

Inicialmente contava com a participação de 08 entidades representantes de trabalhadores: Associação dos Trabalhadores do Programa de Saúde da Família da Cidade do Recife (ASTRA); Sindicato Profissional dos Auxiliares e Técnicos de Enfermagem do Nordeste Setentrional (SINDATE); Sindicato dos Odontologistas no Estado de Pernambuco (SOEPE); Sindicato dos Enfermeiros do Estado de Pernambuco (SEEPE); Sindicato dos Agentes Comunitários de Saúde do Estado de Pernambuco (SINDACS); Sindicato dos Assistentes Sociais de Pernambuco (SINDASPE); Sindicato de Psicólogos do Estado de Pernambuco (PSICOSIND) e Sindicato dos Médicos do Estado de Pernambuco (SIMEPE). Com essa formação, houve a oficialização desse espaço de negociação e também se discutiu e elaborou o Regimento Interno com a participação da gestão e das entidades supracitadas.

A partir do momento em que se estabeleceu uma prática sistemática de discussões, outras categorias passaram a reivindicar participação no processo de negociação, estando a Mesa, em 2011, composta também pelas seguintes categorias: Sindicato dos Auxiliares e Técnicos em Saúde Bucal dos Municípios do Estado de Pernambuco (SINDATSB); Sindicato dos Profissionais de Radiologia de Pernambuco (SINPROTIDEPE); Sindicato do Nutricionista do Estado de Pernambuco (SINEPE); Associação dos Servidores da Vigilância Sanitária do Recife (AVISAR); Sindicato dos Médicos Veterinários de Pernambuco (SIMEVEPE); Sindicato dos Farmacêuticos no Estado de Pernambuco (SINFARPE);



Sindicato dos Fonoaudiólogos de Pernambuco (SINFOPE); Sindicato dos Fisioterapeutas e Terapeutas Ocupacionais (SINFITO); Sindicato dos Servidores e Empregados Públicos Municipal da Administração Direta e Indireta da Cidade do Recife (SINDSEPRE); Sindicato dos Servidores de Saúde (SINDSAUDE) e ASSOCIAÇÃO DOS PROFISSIONAIS DE EDUCAÇÃO FÍSICA, totalizando 18 entidades representativas das categorias profissionais, já que a ASTRA foi desativada e retirou-se do processo.

As reuniões acontecem tanto com a presença de todos os representantes citados acima, como por categoria profissional. Desta forma, consegue-se uma maior discussão das particularidades de cada entidade. Os representantes da Diretoria Geral de Regulação e da Diretoria Geral de Atenção Básica geralmente só participam das reuniões quando as pautas são específicas a sua diretoria.

As principais pautas de reivindicações da MNP da Secretaria de Saúde de Recife foram: revisão e implementação do PCCV; revisão da Lei de produtividade SUS; implementação de política de educação permanente; necessidade de pessoal; garantia de condições de trabalho adequadas; inclusão dos ACS na Lei que estabelece a gratificação para os profissionais da Estratégia de Saúde da Família.

Esses resultados corroboram com as prioridades para a negociação do trabalho, de acordo com os temas relacionados nos Princípios e Diretrizes para a NOB/RH-SUS, os quais são: Plano de Carreira, Cargos e Salários; formação e qualificação profissional; jornada de trabalho no SUS; saúde do trabalhador da saúde; seguridade de servidores; precarização do trabalho, formas de contratação e ingresso no setor público; instalação das mesas estaduais e municipais de negociação; reposição da força de trabalho no SUS e outros temas sugeridos, como por exemplo, a regulamentação da profissão do Agente Comunitário de Saúde (MACHADO, 2006b).

#### 6.2.2.3.4 Agenda da Gestão do Trabalho: ProgeSUS

O Programa de Qualificação e Estruturação da Gestão do Trabalho e da Educação no SUS - ProgeSUS - tem o objetivo de oferecer suporte e mecanismos para a organização e profissionalização da gestão do trabalho, cooperando técnica e financeiramente com estados e municípios, visando à efetiva estruturação e qualificação do setor. Desta forma, o ProgeSUS deve contribuir com o financiamento para a estruturação do setor, a partir da aquisição de mobiliários e equipamentos; com a disponibilização de Sistema de Informação Gerencial para

Secretarias de Saúde que desejarem adotá-lo; e com a capacitação dos gestores e técnicos que atuam na área.

No ano de 2006, a Secretaria de Saúde aderiu ao ProgeSUS através do Projeto de Adesão que tinha o objetivo de consolidar a Política de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde no município de Recife, com base nas diretrizes nacionais apontadas no Programa.

Em relação à qualificação profissional para gestores que atuam no setor, a partir de 2009 foram realizados alguns cursos, em parceria com o CPqAM/FIOCRUZ, sendo eles: Curso de Especialização em Gestão do Sistema e Serviços de Saúde; Curso de Especialização em Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde; e Curso de Qualificação dos Gestores do SUS, com o total de 182 servidores capacitados. Deste total, 35 servidores se especializaram em 2009, 54 servidores em 2010 e 93 servidores em 2011. Nos anos de 2006 a 2008 não se tem o registros do quantitativo de profissionais capacitados nem o tipo do curso realizado. O trecho abaixo mostra como esses cursos são distribuídos:

Eu ainda noto que os cursos oferecidos pelo ProgeSUS ficam centralizados lá no nível Central, quando chega para o distrito as vagas são poucas (informação verbal). [E2]

O ProgeSUS deixou de disponibilizar o Sistema de Informação, o qual facilitaria a administração e o gerenciamento no setor, já que permitiria localizar e quantificar o conjunto de trabalhadores em unidades de saúde, no município, discriminando vínculo, carga horária e função; levantar sua composição por sexo, idade, escolaridade, formação, especialização e tempo de serviço; e detectar o percentual de servidores afastados, licenciados, em desvio de função, entre outras. A fala abaixo revela a dificuldade na produção de informações do setor sem um sistema de informação:

Todo gestor, seja secretário, seja o diretor geral, seja outro de todas as áreas só ligam para gente para pedir relatório quantos médicos, quantos isso, quantos aquilo. Mas Sistema de Informação não existe, o sistema de formação em gestão do trabalho não existe (informação verbal). [E6]

Já a aquisição de equipamentos e mobiliários para a estruturação da Gestão do Trabalho, foi realizada a partir de disponibilização de computadores em número reduzido comparado as demandas do setor. Também foi disponibilizado computadores para a operacionalização do Telessaúde, o que está confirmado nos trechos abaixo:

[...] tivemos recentemente com o ProgeSUS a aquisição de vários computadores que vai inclusive é facilitar o trabalho do Telessaúde, mas acho que ainda é pequeno o investimento em relação à demanda do serviço (informação verbal). [E4]

O apoio do ProgeSUS foi mais em relação à qualificação profissional porque foram enviados poucos equipamentos (informação verbal). [E5]

#### 6.2.2.3.5 Saúde do Trabalhador

Para a análise da Assistência a Saúde do Trabalhador e Adequação do ambiente de trabalho foi planejada a utilização, além dos Relatórios Anuais de Gestão e Planos Municipais de Saúde, os documentos do CEREST, tais como: os Boletins de produção do serviço de referência para atendimento ao trabalhador, os Relatórios de inspeções realizadas pelo CEREST e as Comunicações dos Acidentes de Trabalho (CAT).

A partir dos Boletins de produção do serviço de referência para atendimento ao trabalhador, seriam analisados os exames periódicos realizados e os atendimentos aos trabalhadores. Mas, a Prefeitura de Recife não realiza Exames periódicos para os seus profissionais, e o CEREST, a DGGTES e os GOGPs não apresentaram registros de atendimentos aos servidores.

Em relação às inspeções realizadas ao ambiente de trabalho, três avaliações foram realizadas, sendo que duas dessas não tinham os relatórios concluídos: a Avaliação dos SAME e das Farmácias em 2011. Com o relatório disponível, estavam as inspeções realizadas para a Avaliação dos Pontos de Apoio do Programa de Saúde Ambiental (PSA) em 2010. Esta avaliação já havia sido muito solicitada pelos profissionais do PSA e foi realizada para diagnosticar as condições da infraestrutura, matérias e condições de trabalho dos ASACEs, identificar os principais problemas e propor intervenções. A conclusão desse relatório ocorreu em 2011, mas nenhuma ação para adequação e melhora das condições de trabalho foi realizada. Geralmente, as adequações da estrutura física realizadas foram de responsabilidade da Atenção à Saúde e, o CEREST não acompanha a realização destas atividades.

As notificações dos casos de acidentes e ocorrências no trabalho são realizadas desde o ano de 2005, a partir das CAT. No período do estudo - 2006 a 2011 - foram realizadas 25 notificações, o que revela uma falha nesse sistema de notificação, e após a análise das mesmas, também pôde se constatar a deficiência nos registros devido ao não preenchimento de alguns dados. O quadro 13 mostra a distribuição dos casos de acidentes e ocorrências no trabalho nos seis anos estudados.

**Quadro 13. Matriz sintética dos acidentes e ocorrências no trabalho notificados no período de 2006 a 2011**

<b>ANO</b>	<b>Acidentes e ocorrências no trabalho</b>	<b>Categoria profissional</b>	<b>Desfecho do caso</b>
<b>2006</b>	Queda	Coordenador	Afastamento
	Queda	AOA	Afastamento
	Acidente de transporte (atropelamento)	ACS	Afastamento
	Agressão física	ACS	Afastamento
	Agressão verbal e ameaças	CAPS	--
	Queda (lesão no pé)	ACS	Informação incompleta
	Problema na coluna devido ao transporte de pacientes	Maqueiro	Licença
	Queda	Técnico de enfermagem	Informação incompleta
<b>2007</b>	Queda devido a chão molhado	Psicóloga	Informação incompleta
	Agressão física	CAPS	Informação incompleta
<b>2008</b>	Agressão física	DSVI	Informação incompleta
	Problema pulmonar devido contato com usuários	ACS	Licença
	Queda com trauma na coluna	Médica	Afastamento
	Queda	Enfermeira	Informação incompleta
	Queda	ASACE	Afastamento
<b>2009</b>	Agressão cão feroz durante visita	ACS	Informação incompleta
	Suporte de mesa caiu no pé	Estagiária de enfermagem	Licença
	Maca caiu sobre o pé	Enfermeira	Informação incompleta
<b>2010</b>	Acidente com agulha (ferimento perfurante)	CD	--
	Respingo de sangue no olho	CD	--
	Queda (cadeira quebrada)	Administrativo	Afastamento
	Acidente de transporte (atropelamento)	ASACE	Afastamento
<b>2011</b>	Queda (mocho quebrado)	CD	Afastamento
	Desconforto na região lombar	SAMU	Afastamento
	Queda com fratura	Administrativo	Licença

Fonte: Comunicação dos Acidentes de Trabalho – SMS/Recife

A partir de 2009, foram realizadas campanhas pontuais para prevenção de acidentes e ocorrência no trabalho, como a realização das oficinas para as ações de promoção dos grupos de apoio de voz (Ler/Dort e Ócio do Ofício); a realização de campanhas educativas interinstitucionais para redução de acidentes com Motociclistas profissionais, através de distribuição de material informativo em vias públicas e palestras; e realização de campanhas nas datas comemorativas relacionadas à saúde do trabalhador: Dia nacional de segurança e prevenção de acidentes de trabalho; Dia da voz; Dia nacional de prevenção da surdez. A maioria destas ações foi realizada para profissionais de instituições privadas.

Em 2010, iniciou-se a realização de ações ligadas à linha de cuidados integrais, na tentativa de ampliar a oferta da ação terapêutica “Cuidando do Cuidador”, como também, ações da Academia da Cidade voltadas para a Saúde do Trabalhador de grupos específicos (Guarda Municipal), mas ainda de forma incipiente, com número reduzido de trabalhadores

que participam destas ações, sendo, muitas vezes, por desconhecimento que este tipo de serviço é oferecido.

A emergência das práticas não biomédicas, também chamadas de alternativas, foi normatizada no Brasil por meio da Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) no SUS, em 2006. Desde então, a inclusão das Práticas Integrativas e Complementares no SUS tem acontecido de forma gradual em virtude do pouco conhecimento sobre elas, pela falta de pesquisas na área e pela ausência de formação de profissionais qualificados para realizá-las. Poucas iniciativas têm tido o objetivo de romper com o distanciamento entre as PICs e o SUS e dialogar com as diretrizes do sistema público brasileiro. Estas práticas devem ser mais respeitadas e conhecidas, menos elitizadas e mais disponíveis para toda a população brasileira, fortalecendo os princípios do SUS e beneficiando toda a sociedade (AZEVEDO; PELICIONI, 2012).

No CEREST, não houve o investimento para o aumento do número e qualificação dos profissionais do setor a fim de responder às demandas dos trabalhadores da rede. Como também não ocorreram melhoras na sua estruturação para a realização das atividades que são de sua responsabilidade, como as inspeções no ambiente de trabalho, o atendimento aos profissionais, principalmente, as ações de prevenção de acidentes e ocorrências no trabalho. O município também não apresenta um serviço de assistência para os trabalhadores acometidos por agravos associados às atividades laborais, o que está confirmado nos trechos a seguir:

Nós recebemos vários profissionais pedindo ajuda e eu não tenho para onde direcionar. E muitos se negam a ir para o CAPS, mesmo precisando, porque para eles é uma exposição. O bom era se a gente pudesse ter um núcleo especializado para acompanhar esses profissionais (informação verbal). E3

Precisaria de uma maior integração com a saúde do trabalhador e até de uma equipe que pudesse melhorar o atendimento aos servidores com problemas, doentes. Esse é um dos pontos principais que eu vejo que a gente poderia melhorar. Nós temos uma equipe pequena para atender a demanda tão grande de servidores que são encaminhados pelos Distritos Sanitários (informação verbal). E4

Temos um número muito grande de servidores com nível de adoecimento alto. A gente tem que se preocupar com profissionais porque eles estão precisando de cuidado, o nosso povo na saúde tá precisando de cuidados. Isso é uma preocupação minha já há algum tempo porque afinal de contas a qualidade de serviço depende dos nossos profissionais da saúde (informação verbal). E8

A gente sabe que hoje tem as academias da cidade, mas quais trabalhadores estão usando as academias da cidade? O que a gente tem hoje de promoção da saúde é a academia da cidade, já que o nosso espaço terapêutico de práticas integrativas que é o Guilherme Abath é para atender os usuários. As gerências não entendem a importância do espaço no atendimento para o trabalhador (informação verbal). E9

Não vejo nenhuma atuação de prevenção ou de promoção do bem-estar do trabalhador (informação verbal). E9

#### 6.2.2.3.6 Controle Social

Fazendo parte da análise da participação do Controle Social na Gestão do Trabalho, foi realizado um levantamento, nas Pautas e Atas do Conselho Municipal de Saúde, das discussões referentes a esse setor, como mostra o quadro 14:

**Quadro 14. Matriz sintética das pautas das reuniões do Conselho Municipal de Saúde relacionadas à Gestão do Trabalho, 2006 a 2011**

ANO	Pautas das Reuniões do Conselho Municipal de Saúde
2006	Regimento Interno da CIST; Concurso público; Convite para evento
2007	Assédio Moral; Concurso público; Mesa de Negociação; CIST; Saúde do Trabalhador; CEST; Convite para evento
2008	Saúde do Trabalhador
2009	Assédio Moral; Saúde do Trabalhador; CIST
2010	Assédio Moral; Saúde do Trabalhador; Regimento Interno da CIST
2011	Saúde do Trabalhador; CIST; Convite para evento

Fonte: Conselho Municipal de Saúde – SMS/Recife

No ano de 2006, foi aprovado o Regimento Interno da CIST após alguns ajustes realizados pelo Conselho. Nesse mesmo ano, o pleno deliberou que o edital do concurso público só poderia ser publicado após sua aprovação.

No ano seguinte, iniciou-se a discussão sobre Assédio Moral, sendo, dos anos estudados, o que ocorreu o maior número de denúncias. A fala abaixo mostra como os casos acontecem:

Na nossa rede o que mais tem é assédio moral, só que alguns gestores, por conhecerem já um pouquinho do assédio moral, eles dificultam, eles massacram esse servidor devagarzinho e quando o servidor quer denunciar que está sendo vítima de assédio, eles mudam o rumo e tumultuam o processo de entendimento (informação verbal). [E6]

Devido ao número elevado e da forma como foram conduzidos os casos de Assédio, foi observada, no Pleno, a falta de uma Política Municipal de Recursos Humanos e, também, foi enviado um ofício à Mesa Diretora da Câmara Municipal do Recife solicitando a criação da Lei Municipal de Assédio Moral.

Ainda em 2007, continuava a discussão sobre o concurso público para desprecarização dos vínculos, o qual, após esclarecimentos, foi publicado o edital, e por causa dessa discussão, o pleno deliberou reabrir a Mesa de Negociação com participação de representantes do

Conselho Municipal. Também foi deliberado que a Comissão Intersetorial de Saúde do Trabalhador - CIST - teria maior espaço durante as reuniões, sendo discutida a Política Municipal de Saúde do Trabalhador.

Em 2008, o Conselho Municipal apresentou o Plano Municipal de Saúde do Trabalhador para o ano, fazendo parte da regionalização da Saúde do Trabalhador, na qual o Recife assumiu a responsabilidade pelos seus municípios através do CEREST, e para isso, recebeu recursos financeiros. Ficou deliberado que a Vigilância Sanitária deveria atuar em conjunto com o CEREST, seguindo o novo organograma desse setor no MS. Foi necessário realizar algumas alterações no PDVISA antes de sua aprovação.

No ano de 2009, foi aprovada a reformulação do Regimento Interno da CIST para publicação em Diário Oficial; foram discutidos e aprovados pareceres da Comissão de Assédio Moral; e o pleno foi informado da discussão sobre a implantação de Unidades Sentinelas nas Policlínicas dos seis Distritos Sanitários para atendimento ao trabalhador vítimas de acidentes e ocorrências no trabalho, mas não tem registro da sua participação nessa discussão.

2010 foi o ano de maior discussão sobre a CIST, com a formação de Grupo de Trabalho para análise do Regimento Interno, acompanhamento e fortalecimento da comissão, que se encontrava inativa. Durante essas discussões foi constatado que a Política Municipal de Saúde do Trabalho ainda estava em construção e que ações de assessoramento à Saúde do Trabalhador não estavam sendo realizadas. Diante disso, foi deliberada a inclusão nas pautas das reuniões a discussão sobre a Política Municipal de Saúde do Trabalhador e sobre a CIST – Recife, como também a inclusão da Política Municipal de Saúde do Trabalhador no Plano de Estruturação da Secretaria de Saúde, como mostra a fala abaixo:

O debate ocorria porque carecia de um plano municipal de saúde do trabalhador, mas nunca aconteceu de uma forma mais contundente. Existia o diálogo existia, mas não sei como é que a gestão entendia saúde do trabalhador enquanto investimento, enquanto pensar na qualidade das ações preventivas das ocorrências do trabalho (informação verbal). [E7]

Em 2011, foi apresentado o parecer do Grupo de Trabalho da CIST, iniciado no ano anterior, recomendando a recomposição da comissão através de edital convocatório para todas as entidades, além de realizar eleição para nova coordenação. Os trechos a seguir mostram como aconteceu este processo.

[...] a reformulação do regimento interno da CIST procurou readequar a composição e o quantitativo de membros no sentido de estar correlato com o regimento interno do Conselho (informação verbal). [E7]

[...] houve questionamentos por parte do Conselho do que era a CIST, de quem era a CIST, quem assumia o ônus financeiro da CIST e, por isso, formou-se um grupo de trabalho. Esse grupo se debruçou no regimento e, a partir de alguns parâmetros também de âmbito nacional, reconhecem que realmente a CIST é uma comissão integrante do Conselho, que deve satisfazer ao Conselho (informação verbal). [E7]

Apesar das discussões realizadas sobre as questões relacionadas com a Saúde do Trabalhador, CIST e CEREST, não houve nenhum avanço no fortalecimento da Política municipal de Saúde do Trabalhador. Os membros da CIST, como também os conselheiros, não tinham clareza sobre as funções da comissão, nem sua posição em relação ao Conselho. Desta forma, a CIST teve uma atuação discreta durante o período estudado, como comprovado abaixo:

Existiu ações da CIST sim, agora de uma forma mais tímida, por exemplo: tem a implantação das unidades sentinelas que a comissão brigou muito para que fossem implantadas, foi uma luta da CIST, foi fruto de muita discussão e foi implantado. A CIST também conduziu alguns planejamentos, as reuniões eles eram sistemáticas e está apoiando um movimento nacional de defesa da saúde do trabalhador (informação verbal). [E7]

Eles desenvolvem ações, agora ainda tímidas e alguns representantes ainda, não sei se é uma crítica enfim, espera muito da gestão. Então se existe esse quadro que está hoje é porque se espera da gestão, então a gestão vai avaliar o que é conveniente, o que é prioridade. A gente entende que é a mobilização que impulsiona a mudança, a mobilização ela vai impactar provocando reestruturação. Se o processo ele é construído de uma forma passiva demais, permissiva, então não avança. Existe isso não só dentro da própria CIST, mas dentro de alguns conselhos (informação verbal). [E7]

Ainda no ano de 2011, também foram constatadas as atividades da Comissão de Acompanhamento e fiscalização das ações de serviços em saúde (Comissão Permanente do Conselho Municipal de Saúde), a qual realizava fiscalizações nas Unidades, de forma espontânea ou a partir de denúncias, com o intuito de investigar as condições físicas, equipamentos / materiais, segurança, ausência de profissionais. Essas inspeções geravam um relatório que tinha a intenção de instrumentalizar a gestão para a realização de melhorias nas unidades de saúde. Mas, devido às prioridades das gestões, em muitos casos, o aperfeiçoamento da rede não foi realizado, como mostra a fala abaixo:

[...] a comissão fazia um relatório e o compartilhava no pleno, então o pleno apreciava, fazia algum ajuste e mandava para secretaria. Então a secretaria tinha trinta dias para responder. A secretaria tinha instrumento para aperfeiçoar a rede. Agora tinha os outros entraves, licitação, definir prioridades, onde é que está mais



frágil onde é que a gente vai investir prioritariamente, mas de certa forma isso ajuda sim, isso ajuda na questão de visualizar onde está mais deficitário, ter um olhar da sociedade, ter um olhar do controle social não só o olhar técnico enquanto gestão (informação verbal). [E7]

Segundo as categorias de análise, ainda faz parte da dimensão Controle Social a análise das deliberações das Conferências efetivamente implementadas. Como esta análise já foi realizada nos dois blocos anteriores, seus resultados estão descritos, neste bloco, no quadro resumo (quadro 15), o qual mostra que a maioria das deliberações das CMS de 2006 a 2011 não foi efetivamente realizada.

No quadro 15 encontra-se a síntese da situação das Ações realizadas pela Gestão do Trabalho segundo as categorias de análise, considerando as dimensões, os critérios e os componentes.

### 6.2.3 Recursos, Coerência e Perspectiva Político Social da Política de Gestão do Trabalho na Saúde

Em relação aos recursos materiais, no período desse estudo, houve um aumento do financiamento para a estruturação do nível central da Gestão do Trabalho, com a mudança da sede da DGGTES para um local mais amplo e com melhores condições de trabalho. No nível de Distritos Sanitários, mesmo com os investimentos para a melhoria da estruturação, os GOGP ainda apresentam falta de espaço, número insuficiente de equipamentos, problemas na estrutura física, o que dificulta a realização das atividades para o atendimento das demandas dos trabalhadores sob sua responsabilidade. O ProgeSUS contribuiu com o financiamento de capacitações para os gestores da área e, em menor escala, com a aquisição de equipamentos, já que quantitativo dos mesmos não foi suficiente para suprir a demanda do setor.

Analisando os recursos organizacionais, contata-se a evolução na estrutura organizacional da Gestão do Trabalho no município de Recife, acompanhando as mudanças ocorridas na SGTES/MS. O número de profissionais responsáveis pela operacionalização dessas mudanças foi ampliado, no decorrer do período do estudo, principalmente no nível central, mas não foi proporcional ao crescimento do número de profissionais da rede. Nos Distritos, ainda são pequenas as equipes que fazem parte dos GOGP e geralmente não são suficientes para o atendimento das demandas do setor. Apesar de alguns gestores terem realizado cursos de qualificação e/ou de especialização através do PROGESUS, um número considerável tem pouca qualificação para o desempenho de suas funções.

Com a criação da SGTES, a área de Gestão do Trabalho passou a ter mais força política (recursos políticos) e maior participação nos momentos de decisão e formulação de políticas para o fortalecimento do SUS. A participação nessas arenas decisórias depende, também, da capacidade técnica e do engajamento político do ator que dirige a Gestão do Trabalho.

A Política de Gestão do Trabalho na Saúde apresenta coerência interna já que suas políticas, diretrizes, e objetivos estão integrados para a consolidação do setor, reconhecendo a importância do trabalhador nesse processo. Também apresenta coerência externa, pois reconhece o esgotamento do conceito de Recursos Humanos, já que a Política de Gestão do Trabalho sendo uma política transversal, o sucesso das demais políticas do SUS depende da forma como os trabalhadores são tratados (valorização, espaços de negociação, direitos, benefícios garantidos).

Considerando a perspectiva político social, a Política de Gestão do Trabalho se desenvolveu no momento que um partido de características social democrática chegou ao poder, tanto no município de Recife, em 2001, como no nível nacional, em 2003, quando foi criada a SGTES. Vale ressaltar que os governos citados acima ainda apresentam algumas raízes na ideologia neoliberal.

Quadro 15: Matriz sintética das categorias analíticas a partir dos documentos analisados (continua)

Dimensões	Componentes Crítérios	Dados secundários	PERÍODO DO ESTUDO					
			2006	2007	2008	2009	2010	2011
Agenda da Gestão do Trabalho DesprecarizaSUS	Composição da força de Trabalho	Concurados	4068	4224	7273	8239	8210	8144
		Contratados	3576	3679	855	52	3	272
		Seleção Simplificada	-	-	-	-	330	-
	Administração dos vínculos	Seleção e lotação	As lotações ocorrem por critério de escolha do profissional de acordo com a classificação em processo seletivo/concurso. Os profissionais que estão na rede tem prioridade para permuta para as vagas disponíveis.					
	Direitos e Benefícios	Direitos	Férias, Licença maternidade, Licenças para Acompanhar o Cônjuge fora do município, Licença para Tratamento de Saúde e por Motivo de doença em Pessoa da Família, Licença à Maternidade por Adoção, Licença Paternidade, Licença para Serviço Militar, Licença Médica, Licença Prêmio, Salário Família, Abono de Permanência, Aposentadoria. Progressão Funcional não garantida. <b>Concessões:</b> Licença para Tratar de Interesse Particular, Licença para missão oficial ou de estudo, Afastamento para Casamento, Afastamento por Luto, Auxílio Funeral					
Gratificações		Adicional Noturno, Adicional de Plantão, Gratificação de Insalubridade, Produtividade SUS, Horas-Extras. <b>Benefícios:</b> Bilhete Eletrônico, PROSEL, Vale Refeição, Creche, Saúde Recife (Plano de Saúde), Empréstimos Consignados.						
Agenda da Gestão do Trabalho Valorização	PCCS – Plano de Cargos Carreira e Salário	Ano de Implantação	O Plano que esteve em vigência no período estudado foi implantado em 2004 (PCCV). A partir de 2009, iniciou-se uma discussão para elaboração de novo Plano, o qual foi aprovado em 2012 (PCCDV).					
		Universalidade	Algumas categorias profissionais não estavam contempladas no PCCV/2004, como: Agente de Redução de Danos, Cuidador de Residência Terapêutica, Agente Comunitário de Saúde – ACS, Agente de Saúde Ambiental e Combate às Endemias – ASACE, Técnico de Imobilização Ortopédica e Profissional de Educação Física. Estas categorias estão no PCCDV/2012.					
		Isonomia Salarial	O PCCV/2004 não garantiu isonomia salarial.					
		Educação Permanente – EP	Capacitações: urgência – SAMU, tuberculose, hanseníase, saúde da mulher; saúde do idoso; saúde bucal, saúde mental, anemia falciforme, saúde da criança e do adolescente, acidentes e violência, vigilância sanitária, DST/AIDS, libras, entre outras.					
			Especialização em Saúde da Família	Criação Colegiado de Formação e EP - CFEP	Aguardando portaria para instituir o CFEP	- Política de FPEP - Pet Saúde e Pro Saúde	- Plano Anual de FPEP - INEP	Plano Anual de FPEP
		Gestão partilhada da carreira	O PCCV/2004 não realizou nenhum processo de avaliação para a progressão dos trabalhadores, pois ficou suspenso durante este período por apresentar problemas jurídicos como o fato do piso salarial das categorias de Médicos, Enfermeiros e Cirurgiões-dentistas ultrapassar os valores determinados no Plano. Por isso, atualmente, essas categorias só podem realizar adesão no PCCDV/2012. O processo de construção do PCCDV/2012 contou com a participação dos trabalhadores.					
		Progressão vertical e/ou horizontal						
		Avaliação de Desempenho	O PCCV/2004 não estabeleceu um Programa de Avaliação de Desempenho.					
Promoção	O PCCV/2004 não garantiu Promoção para os servidores.							

**Quadro 15: Matriz sintética das categorias analíticas a partir dos documentos analisados (continua)**

Dimensões	Componentes Crítérios	Dados secundários	PERÍODO DO ESTUDO					
			2006	2007	2008	2009	2010	2011
Agenda da Gestão do Trabalho Negociação	Mesa de Negociação Permanente - MNP	Composição da MNP	Sem atividade	A Portaria que instituiu a MNP, em 2008, estabeleceu que a coordenação ficaria a cargo do titular da Diretoria Geral de Gestão do Trabalho, sendo composta por 02 representantes da Diretoria Geral de Gestão do Trabalho; 01 representante da Diretoria Geral de Regulação; 01 representante da Diretoria Geral de Atenção Básica; e representantes dos sindicatos e das associações das categorias profissionais do quadro da Secretaria de Saúde.				
		Itens de acordos cumpridos		No período de 2008 a 2010, participava da MNP 08 entidades representantes dos trabalhadores: Trabalhadores do Programa de Saúde da Família, Auxiliares e Técnicos de Enfermagem, Odontologistas, Enfermeiros, Agentes Comunitários de Saúde, Assistentes Sociais, Psicólogos e Médicos. A partir de 2011, outras categorias reivindicaram participação, totalizando 18 entidades: Auxiliares e Técnicos em Saúde Bucal, Profissionais de Radiologia, Nutricionista, Vigilância Sanitária, Médicos Veterinários, Farmacêuticos, Fonoaudiólogos, Fisioterapeutas e Terapeutas Ocupacionais, Servidores Públicos Municipal, Servidores de Saúde e Profissionais de educação física. A Associação dos Trabalhadores do Programa de Saúde da Família da Cidade foi desativada e saiu do processo.				
	As reuniões da MNP não seguem todas as formalidades recomendadas e não geram Protocolos. Desta forma, os Itens de acordos cumpridos não são acompanhados, e algumas demandas são respondidas por ofício.							
Agenda da Gestão do Trabalho ProgeSUS	Adesão ProgeSUS	Projeto de Adesão	A Secretaria Municipal de Saúde aderiu ao ProgeSUS no ano de 2006 através do projeto de Adesão					
	Incentivo à qualificação	Profissionais que realizaram cursos	Não realizado	35	54	93	Especialização em Gestão do Sistema e Serviços de Saúde; Especialização em Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde; e Curso de Qualificação dos Gestores do SUS	
	Investimento na infraestrutura	Aquisição de equipamentos e mobiliário		Disponibilização de computadores para o setor e para a operacionalização do Telessaúde, sem registro do quantitativo e do ano do recebimento.				
	Oferta de Sistema de Informação	Adoção do Sistema	Não disponibilizado					

**Quadro 15: Matriz sintética das categorias analíticas a partir dos documentos analisados (continua)**

Dimensões	Componentes Critérios	Dados secundários	PERÍODO DO ESTUDO				
			2006	2007	2008	2009	2010
Saúde do Trabalhador	Ações de prevenção e controle do risco ocupacional	Campanhas de prevenção	Sem registros			Realização de campanhas pontuais: Dia nacional de segurança e prevenção de acidentes de trabalho; Dia da voz; Dia nacional de prevenção da surdez. A partir de 2010: Cuidados integrais, ampliando a oferta da ação terapêutica “Cuidando do Cuidador” e ações da Academia da Cidade (Guarda Municipal).	
		Equipamentos de proteção individual	O CEREST não acompanha a aquisição de EPI nem sua utilização por parte dos profissionais. Isto fica a cargo da Atenção a Saúde. Para todos os profissionais foi fornecido EPI durante os seis anos, entre eles: luva, máscara, gorro, óculos de proteção, protetor solar, jaleco, avental, botas de segurança.				
		Exame periódicos	A Prefeitura do Recife não realiza Exames periódicos para os seus profissionais. Os exames admissionais são de responsabilidades dos profissionais.				
	Ações de prevenção e controle do risco ocupacional	Campanhas de prevenção	Sem registros			Realização de campanhas pontuais: Dia nacional de segurança e prevenção de acidentes de trabalho; Dia da voz; Dia nacional de prevenção da surdez. A partir de 2010: Cuidados integrais, ampliando a oferta da ação terapêutica “Cuidando do Cuidador” e ações da Academia da Cidade (Guarda Municipal).	
		Equipamentos de proteção individual	O CEREST não acompanha a aquisição de EPI nem sua utilização por parte dos profissionais. Isto fica a cargo da Atenção a Saúde. Para todos os profissionais foi fornecido EPI durante os seis anos, entre eles: luva, máscara, gorro, óculos de proteção, protetor solar, jaleco, avental, botas de segurança.				
		Exame periódicos	A Prefeitura do Recife não realiza Exames periódicos para os seus profissionais. Os exames admissionais são de responsabilidades dos profissionais.				

**Quadro 15: Matriz sintética das categorias analíticas a partir dos documentos analisados (conclusão)**

Dimensões	Componentes Critérios	Dados secundários	PERÍODO DO ESTUDO					
			2006	2007	2008	2009	2010	2011
Controle Social na Gestão do Trabalho	Participação do Conselho Municipal nas questões da Gestão do Trabalho	Discussões sobre temas da Gestão do trabalho	Regimento Interno da CIST, Concurso público.	Assédio Moral, Concurso, MNP, CIST, Saúde do Trabalhador.	Saúde do Trabalhador	Assédio Moral, Saúde do Trabalhador, CIST.	Assédio Moral, Saúde do Trabalhador, Regimento CIST.	Saúde do Trabalhador, CIST.
		Definições e acompanhamento das deliberações	Não existe a prática de acompanhamento das deliberações, só em alguns casos específicos como, por exemplo, nas Deliberações do Concurso em 2006 e 2007.					
	Participação da CIST	Existência e participação efetiva	Apesar da aprovação do Regimento Interno da CIST nos anos de 2006 e 2010, durante os seis anos a função/atribuição da Comissão nunca ficou esclarecida nem entre seus membros nem entre os conselheiros do Conselho Municipal de Saúde. Também não mostrou integração como o CEREST.					
	Denúncias de Assédio Moral	Denúncias realizadas e investigadas	--	31	--	01	01	--
			O assédio moral entra na pauta das reuniões em 2007, ano de maior número de discussões dos casos investigados pela Comissão de Assédio Moral, com a participação do Conselho Municipal na regulamentação de Lei Estadual de Assédio Moral. Em 2008, a Comissão ficou inativa, retornando as atividades em 2009.					
Propostas nas Conferências Municipais de Saúde	Deliberações definidas e implementadas	<p><b>8 CMS – 2007</b>  <b>Implementadas:</b> concurso público; fornecimento de EPI; capacitação gerencial (Curso de especialização de gestão de sistemas de saúde); MNP reativada; discussão e investigação de casos de assédio moral.  <b>Não implementadas:</b> deliberações relacionadas à saúde do trabalhador (melhores condições de trabalho/estrutura física, inspeções nos locais do trabalho, ações educativas, estruturar o CEST; construção de mapa de risco, notificações de acidentes e ocorrências no trabalho); isonomia salarial; progressão no PCCV.</p>	<p><b>9 CMS - 2009</b>  <b>Implementadas:</b> espaços de cogestão; protocolo de risco biológico para os trabalhadores expostos ao risco; reajuste do PCCV; revisão do organograma; ações da Academia da Cidade voltadas para a Saúde do Trabalhador (Guarda Municipal). Revisão da lei de produtividade  <b>Não implementadas:</b> deliberações relacionadas à saúde do trabalhador (melhores condições de trabalho/estrutura física, inspeções nos locais do trabalho, estruturar o CEREST; integrar CEREST e VISA; distritalizar o CEREST; construção de mapa de risco, notificações de acidentes e ocorrências no trabalho; assistência a saúde do trabalhador; linha de cuidados integrais, ampliando a oferta da ação terapêutica “Cuidando do Cuidador”); Programa de avaliação do desempenho; Sistema de Gerenciamento de Pessoas descentralizado; Unidade de Cuidados Integrativos para os profissionais e estudantes da saúde.</p>					

Fonte: Análise dos Documentos e das entrevistas realizada pela autora

### 6.3 Análise dos Atores envolvidos na Política de Gestão do Trabalho na Saúde

Para a análise dos atores utilizou-se como referência as variáveis interdependentes do Triângulo de Governo que são: projeto, capacidade de governo e governabilidade (Matus, 1996a).

O projeto de governo refere-se ao conteúdo propositivo do projeto/plano de ação que um ator propõe-se realizar para alcançar seus objetivos. Refere-se tanto às circunstâncias e interesses do ator como a sua capacidade de governo. A discussão desse projeto gira em torno do tipo de sociedade; das reformas políticas; do estilo de desenvolvimento; da política econômica que parecem pertinentes ao momento e ao grau de governabilidade do sistema.

A capacidade de governo se expressa na capacidade de direção, de gestão e de administração e controle (acervo de técnicas, métodos, habilidades e experiências) de um ator e de sua equipe para conduzir os processos sociais e objetivos declarados, dados a governabilidade do sistema e o conteúdo propositivo do projeto de governo. A capacidade de governo reúne três componentes: a perícia do dirigente e de sua equipe; os sistemas de trabalho, expressão concreta das práticas de gestão; e o desenho organizativo da instituição.

A governabilidade do sistema diz respeito ao poder que determinado ator tem para realizar o seu projeto. Está condicionada ao um determinado ator (um sistema não oferece a mesma governabilidade a todos os diferentes atores sociais); às demandas ou exigências que o projeto de governo impõe a este (a governabilidade depende do conteúdo propositivo do projeto de governo) e a sua capacidade de governo. A governabilidade é maior se o ator tem alta capacidade de governo. A governabilidade é então a relação entre o peso das variáveis que um ator controla e as que não controlam, no processo de governo. Quanto maior o número de variáveis decisivas que o ator controla maior sua liberdade de ação e, conseqüentemente, maior sua governabilidade.

No Triângulo de Governo, portanto, três sistemas, de naturezas diferentes, se entrelaçam e se condicionam mutuamente para a compreensão da complexidade do processo de governo: o sistema propositivo de ações (projeto de governo), o sistema de direção e planejamento (capacidade de governo), e o sistema social (governabilidade do sistema).

Para a síntese destas variáveis, utilizou-se a Matriz Cálculo Interativo, a qual faz parte do Momento Estratégico, um dos quatro momentos do Planejamento Estratégico Situacional (Matus, 1996b). Esta matriz permite a análise de alguns aspectos ligados aos diversos atores que se relacionam, de uma forma ou de outra, com as propostas da Política, sendo estes: o

posicionamento dos atores em relação à política e a mobilização ou não destes atores em relação à política (quadro 16). Em relação à mobilização, os atores podem ser fortemente mobilizados, parcialmente mobilizados e não mobilizados. Já em relação ao posicionamento, podem ser a favor, contra ou neutros (quadro 17).

Este trabalho utilizará o conceito de Araújo Jr. e Maciel Filho (2001) o qual define que Atores são os agentes (pessoas, organizações ou instituições) de algum processo da política que trazem consigo seus valores, crenças e interesses, e podem exercer diversos papéis: formuladores da política, responsáveis pela sua implantação, aliados ou opositores da política.

Foram utilizados, para a análise dos atores, alguns períodos os quais se configuram como marcos no processo de implantação/implementação da Política de Gestão do Trabalho, fazendo, desta forma, uma conexão com o contexto.

**Quadro 16:** Matriz Cálculo Interativo – Posicionamento e Mobilização dos Atores

ATORES	Período			
	Década 90	2001	2003	2006-2011
Governo Nacional	A-	A-	A+	A+
Ministério da Saúde	A-	A-	A+	A+
Secretaria de Saúde do Estado	A-	A-	M+	M+
Governo Municipal	A-	A+	M+	M+
Secretaria de Saúde Municipal	A-	A+	M+	M+
Gestão do Trabalho – Nível Central	A-	A+	A+	A+
Gestão do Trabalho – Distritos Sanitários	M-	M+	M+	M+
Diretoria de Atenção a Saúde/Atenção Básica	A-	A+	M+	M+
Conselho Municipal	A+	M+	M0	B0
Gestão da Saúde do Trabalhador	A+	M+	M0	B0
Sindicatos / Representações dos Trabalhadores	B+	M+	M+	M+

Fonte: Elaborado pela autora

Legenda:

**Mobilização**    **Posicionamento**

**A** Alta        + a favor

**M** Média      - Contra

**B** Baixa      0 Neutro

Na década de 90, o Governo Federal, Estadual e Municipal estavam altamente mobilizados contra o desenvolvimento de uma política voltada para os trabalhadores, devido à concepção política neoliberal (projeto de governo) que, entre suas proposições estava a flexibilização do trabalho, com empregos temporários, inseguros e informais. Em relação ao setor de Gestão do Trabalho, o Nível Central seguia a mesma doutrina do Governo Municipal,



sendo altamente mobilizado contra o desenvolvimento da Política, assim como a Diretoria de Atenção a Saúde. Já o nível Distrital, por sua característica de executor de questões mais burocráticas e pela falta de estrutura, capacidade técnica e governabilidade, estava parcialmente mobilizado, mas ainda contra o desenvolvimento da Política de Gestão do Trabalho.

O Conselho Municipal e o setor responsável pela Saúde do Trabalhador encontravam-se altamente mobilizados a favor da formulação de uma Política de Gestão o Trabalho e, como resultado desse movimento político, foram incluídos na NOB/RH, estando entre os eixos prioritários para o desenvolvimento das questões relacionadas à Gestão do Trabalho. Os sindicatos e as representações dos trabalhadores, devido à força do momento político, apresentavam uma baixa mobilização em favor da instituição de uma Política de Gestão do Trabalho, sendo estas instâncias esvaziadas, com mobilização impedida, sem governabilidade.

Em 2001, apesar da continuidade das políticas neoliberais no Governo Nacional e Estadual, o Governo Municipal que assume o poder tem um novo projeto político, associado à capacidade técnica e governabilidade para dar início a uma forma democrática de governar, com avanços nas conquistas sociais, sendo altamente mobilizado a favor do desenvolvimento dos direitos dos trabalhadores. Esse fato pode ser comprovado nos trechos abaixo:

O servidor era visto apenas como um instrumento de trabalho que tinha que produzir e os gestores não tinham essa preocupação que nós temos hoje de olhar a pessoa como ser humano, diante das necessidades dela, dos problemas apresentados nas relações interpessoais. Isso são questões que antigamente, pelo menos quando eu iniciei em 2001, não eram tão relevantes (informação verbal). [E8]

O projeto de mudança era do próprio projeto político do partido que estava na frente cuja base sindical era os trabalhadores (informação verbal). [E5]

Ainda em 2001, o setor de Gestão do Trabalho, no Nível Central, permanece seguindo a concepção do Governo Municipal e, o nível Distrital, com a mesma característica de executor e sua falta de estrutura e capacidade técnica, estava parcialmente mobilizado a favor do desenvolvimento da Política municipal de Gestão do Trabalho. A Diretoria de Atenção a Saúde encontrava-se fortemente mobilizada a favor do desenvolvimento das questões trabalhistas, absorvendo, muitas vezes, as atribuições da área de Gestão do Trabalho no processo de implantação dos direitos dos trabalhadores. O Conselho Municipal e o setor de Saúde do Trabalhador estavam favoráveis, porém parcialmente mobilizados, pois diminuíram a luta para incluir as suas participações nas questões da Gestão do Trabalho, já que o espaço

dado a esses setores foi reduzido e, por isso, foram se empenhando em questões mais particulares, como é o caso da criação da RENAST. Os sindicatos dos trabalhadores apresentavam-se parcialmente mobilizados a favor do desenvolvimento da Política, já que estavam empenhados em discussões mais pontuais relacionadas aos direitos dos trabalhadores, os quais representavam.

A partir de 2003, com a mudança de projeto político para uma concepção desenvolvimentista, o Governo Nacional tornou-se altamente mobilizado a favor da consolidação e fortalecimento da Política de Gestão do Trabalho, criando a Secretaria de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde (SGTES). Este órgão atuou na criação de políticas e diretrizes para a reformulação e consolidação da Gestão do Trabalho nas três instâncias de governo, induzindo a implantação dessas políticas nos municípios, como colocado na fala abaixo:

A SGETS é um divisor de águas, você hoje não pode falar de gestão de trabalho no Brasil é antes e depois da SGETS. Até mesmo na construção das estruturas, hoje você tem Recife tudo como se fosse é imitando-a. O desenho dos organogramas é muito em cima disso (informação verbal). [E6]

Apesar do MS/SGTES desempenhar bem seu papel de formulador e indutor de políticas de Gestão do Trabalho, ainda se faz necessário uma maior aproximação com o município em relação ao desenvolvimento de estratégias de acompanhamento e apoio efetivos para a implementação das políticas, como demonstrado nas falas a seguir:

O suporte do Ministério acontece, mas poderia ser melhor, não vejo tão forte ainda não (informação verbal). [E4]

Tinha uma relação bem fraquinha com o Ministério. Eu acho que tinha que ter um cofinanciamento na implantação dos planos de cargos e carreiras, incentivar os municípios que adotaram o concurso, uma carreira pra o servidor estatutário próprio. Então tinha muito mais cobrança “cadê a mesa de negociação? Está ativada ou não está ativada?” do que um apoio político (informação verbal). [E5]

Neste momento (2003), o Governo do Estado, se encontrava parcialmente mobilizado a favor do desenvolvimento da Política municipal, já que deixou de prestar apoio efetivo, para a estruturação e qualificação do campo de Gestão do Trabalho, só em algumas questões mais pontuais e, em alguns casos, por demandas nacionais. A relação com o Estado é confirmada nas seguintes falas:

A relação com o Estado é totalmente distante (informação verbal). [E3]

O estado se esquece da gestão do trabalho dos municípios, eu acho que o município se sente muito sozinho, eu não sentia apoio não (informação verbal). [E5]

No mesmo ano, o Governo Municipal encontrava-se parcialmente mobilizado a favor do fortalecimento da Política, pois se preocupava com as questões relacionadas com a valorização, negociação e direitos trabalhistas, mas não se empenhou para melhorar a estruturação e nem em aumentar o quantitativo de pessoal na Gestão do Trabalho para dar resposta às demandas da Rede em crescimento, como também não se empenhava na qualificação desses gestores. Esse comportamento também era da Secretaria Municipal de Saúde e da Diretoria de Atenção à Saúde. A Diretoria da Gestão do Trabalho e seus respectivos setores a nível Distrital permaneceram com as mesmas características do ano de 2001, assim como o Controle Social, o setor de Saúde Trabalhador e os Sindicatos dos Trabalhadores.

No período do estudo, 2006 a 2011, a mobilização e o posicionamento dos atores em relação ao fortalecimento e consolidação da Política Municipal de Gestão do Trabalho permaneceu o mesmo que ocorria a partir de 2003, exceto os atores Controle Social e Saúde do Trabalhador, que já vinham, desde 2001, diminuindo os investimentos na implementação da Política, pois não era dado espaço para as suas demandas e, por isso, estavam pouco mobilizados.

Merece destaque, a criação do ProgeSUS, em 2006, pela SGTES/MS, programa que presta apoio técnico e financeiro para a estruturação e qualificação da Gestão do Trabalho municipal. O modo como essa cooperação foi realizada está descrita nos trechos abaixo:

O ProgeSUS veio a somar, mas eu acho que ele pode contribuir muito mais. O apoio foi mais relacionado com qualificação profissional, mas o número de vagas disponibilizadas foi pequeno. Não existiu a disponibilização do sistema de informação e poucos equipamentos foram disponibilizados (informação verbal). [E3]

A participação da Diretoria de Atenção a Saúde (DGAS), desde 2001, no processo de implementação na Política de Gestão do Trabalho foi sempre se posicionando à frente da Diretoria de Gestão do Trabalho (DGGTES), no sentido de intervir sobre algumas questões relacionadas aos trabalhadores, deliberando ações a serem instituídas. A DGGTES, devido à falta de governabilidade, como também, devido ao número reduzido de profissionais - com parte destes apresentando dificuldades em relação à capacidade técnica - e uma demanda

elevada de processos -, não se posicionou contra essa intervenção da DGAS em nenhum momento.

[...] a Diretoria participava, mas a DGAS foi quem trouxe mais fortemente a discussão. Embora não fosse puxado pela Gestão do Trabalho, mas toda discussão era de gestão do trabalho, da reorganização do processo de trabalho. A gente já tinha tanta coisa pra estruturar que se tinha algum ator que fizesse e soubesse como fazer, a gente apoiava e aprendia também (informação verbal). [E5]

Em relação às Gerências Operacionais de Gestão de Pessoas (GOGP), do nível Distrital, apesar de seguirem a mesma estrutura organizacional, a forma como operacionalizam os processos gerenciais depende do perfil do dirigente do Distrito Sanitário, o qual permitirá, ou não, maior participação na tomada de decisões ao gerente do GOGP, de acordo com sua confiança nesse ator. Além desse fator, a participação dos GOGP nas discussões para a consolidação e o fortalecimento da Política municipal de Gestão do Trabalho foi sempre reduzida devido também a: equipe pequena diante da demanda dos trabalhadores; capacidade técnica dos profissionais que fazem parte da equipe; falta de condições de trabalho. As falas a seguir mostram essa realidade:

A equipe é muito boa, porém insuficiente. É um universo muito grande de profissionais, fora as demandas que surgem de outras gerências que a gente tem que dar apoio. A gente está tentando, de certa forma, melhorar os processos de trabalho dentro da GOGP e, assim, dar retorno de imediato ao profissional que, pela deficiência de pessoal, a gente não consegue resolver e aí o trabalhador fica insatisfeito. Ficamos com aquela sensação de muito trabalho e a gente não fez muita coisa (informação verbal). [E2]

Eu preciso de gente, agora gente qualificada. Deixo de gerenciar para fazer as tarefas de administrativo. Termina que por essa demanda, eu fico de fora das discussões (informação verbal). [E2]

A minha gerência ela é reduzida, não só a minha como a dos seis distritos. Sempre foi assim. Infelizmente a gente precisa atender os prazos, às vezes é tudo pra ontem e lidamos também com uma das coisas que eu acho terrível também que é a questão da falta de condições de trabalho. O departamento tem suas limitações, mas a equipe é comprometida (informação verbal). [E3]

[...] eu via os GOGP como atores que precisavam ser mais qualificados. O diálogo era muito maior com os diretores dos distritos do que com a própria GOGP (informação verbal). [E5]

Além do movimento nacional, citado anteriormente, que determinou o recuo na mobilização e no posicionamento do Conselho Municipal de Saúde, este não participou efetivamente na implementação da Política municipal de Gestão do Trabalho, pois os conselheiros apresentavam reduzido conhecimento teórico e capacidade técnica para

participar das discussões, o que faz com que estas organizações permaneçam sem força e sem poder (governabilidade). Quando participavam das discussões, estas eram realizadas com o Nível Central, não tendo uma aproximação com os Distritos.

A gente convidava muito, mas o Conselho não comparecia as reuniões e a gente também não se aproximou muito não (informação verbal). [E5]

O setor municipal responsável pela Saúde do Trabalhador (CEREST) também não teve uma participação efetiva na consolidação da Política municipal, pelas próprias fragilidades apresentadas pelo setor (capacidade técnica e estrutura), como também, pela pouca importância dada à instituição de ações voltadas para os trabalhadores, principalmente as preventivas. Outro fato que distanciou o CEREST dos servidores municipais é que o Centro está mais voltado para o atendimento das demandas do setor privado, como mostra os trechos abaixo:

Não existe relação com o CEREST, totalmente ausente. A gente não tem encontros, foram raríssimas as vezes que houve alguns encontros (informação verbal). [E2]

O CEREST fazia um trabalho bom com as empresas e quando a gente procurava para o servidor, ele dizia que não, que o CEREST era pra o trabalhador da empresa privada (informação verbal). [E6]

Não, saúde do trabalhador esqueça! Foi muito ruim esse componente, foi o menos implantado. Não considero que exista uma Política de Saúde do Trabalhador no município (informação verbal). [E5]

Na Gestão do Trabalho se vê mais o trabalho e menos o trabalhador, a dicotomia é essa. Você tá ali para ver mais o trabalho porque são os resultados que interessam (informação verbal). [E6]

Considerando esta discussão sobre os atores envolvidos na Política de Gestão do Trabalho, pode-se concluir que no nível nacional encontram-se os formuladores, uma vez que é a SGTES/MS que elabora as políticas e diretrizes do setor. No município de Recife, a DGGTES (nível central) é a responsável pela formulação das ações e atividades a serem desempenhadas pelo município, seguindo as diretrizes da SGTES. Já os profissionais dos GOGP (Distritos Sanitários) são os implementadores da Política de Gestão do Trabalho do município de Recife.

Essa política também teve atores que apoiaram a sua implementação e consolidação no decorrer do período deste estudo. São apoiadores os sindicatos profissionais, de acordo com os interesses de cada grupo; o Conselho Municipal e a Saúde do trabalhador, de forma mais incipiente; a DGAS/Atenção Básica, que em algumas ocasiões chegam a assumir as demandas

da Gestão do Trabalho e; a SES em questões mais pontuais. Atores opositores ao processo de implementação da Política só foram identificados no momento em que o contexto político favorecia essa forma de atuação (governos neoliberais).

Com o fortalecimento e consolidação da área de Gestão do Trabalho, os trabalhadores foram beneficiados, uma vez que passaram a ter direitos e benefícios respeitados, espaços de negociação e desprecarização dos vínculos de trabalho. Consequentemente, os usuários do SUS também se beneficiaram com as mudanças no setor, pois a qualidade do serviço prestado é proporcional à forma como os profissionais são tratados no seu local de trabalho.

#### 6.4 Análise do Processo de Implementação da Política de Gestão do Trabalho na Saúde

Diante do discutido em outras secções, pode-se identificar a Política de Gestão do Trabalho na Saúde no município de Recife, frente ao seu processo de tomada de decisão e formulação, como uma Política Pluralista, na qual esse processo se deu num momento em que um governo de característica democrática chegou ao poder no município, permitindo o alcance de conquistas sociais, podendo ser considerado o marco da Política municipal.

A partir da eleição de 2001, ficou mais próximo de uma Política de Gestão do Trabalho, foi criada a Mesa Geral de Negociação com a Prefeitura, por exemplo. Essas mudanças foram uma decisão da gestão local (informação verbal). [E4]

Esse processo ocorreu numa conjuntura de esgotamento da racionalidade tecnológica e a busca por novas tecnologias de gestão do trabalho, o que proporcionou a mudança da visão a acerca dos recursos humanos, sendo percebido como sujeito transformador de seu ambiente e não apenas um mero recurso realizador de tarefas previamente estabelecidas pela administração local.

Quanto à forma de implementação da Política Municipal de Gestão do Trabalho na Saúde, pode-se afirmar, com base nas informações apresentadas ao longo desse trabalho, que se trata de uma implantação *Top Down*, ou seja, no sentido vertical / tradicional, dos níveis de gestão superiores para os níveis locais (o que não invalida o que foi referido em relação à perspectiva de formulação pluralista dessa política). Esse quadro se configura dessa maneira nas relações entre a DGGTES e os GOGPs, como citado abaixo:

[...] ensaiou muitas vezes em manter uma sistemática de colegiado com os GOGP, mas a dinâmica mesmo de serviço impediu de a gente ter uma aproximação mais sistemática, às vezes as demandas são tão grandes que essa relação cotidiana no território fica prejudicada, não que não tivesse a diretriz, mas a gente pôde fortalecer essa relação (informação verbal). [E5]

A gente na realidade é uma gerência operacional, a gente não tem uma política não, a gente meio que apaga fogo, executa a demanda. A gente executa, tudo e todos os programas não são construídos aqui no distrito (informação verbal). [E2]

Mesa de negociação é feita pela DGGTES, é repassado para gente o que foi negociado lá, o que foi discutido quanto ao PCCV e outras discussões. Então na verdade a gente é mais executor e não participamos das discussões (informação verbal). [E3]

Houve uma mudança, um novo organograma. Nós participamos da apresentação desse organograma, não da formulação. Terminou que mudou tanto internamente

que a gente não sabe ainda a quem procurar direito, só a gente que é mais antigo que sabe mais ou menos do fluxo, mais ou menos onde está (informação verbal). [E3]

Pode-se concluir, em face do exposto nesse trabalho, que a Política Municipal de Gestão do Trabalho na Saúde teve e tem a sua implementação tanto respeitando a necessidade de estabelecimento de consensos em torno dos rumos a serem seguidos, o que se configura numa visão Incrementalista; quanto baseada numa concepção mais normativa / pragmática, portanto, uma visão Racional de desenvolvimento dessa política. Quando relacionado aos dispositivos da Política, como a mesa de negociação e PCCV, estava embasada num processo adaptativo de negociação política, com ajustes permanentes e mútuos entre os atores envolvidos (Incrementalista). Já quando relacionada aos atores que fazem a Gestão do Trabalho, a forma como estes se relacionam e como as informações chegam a eles, estava baseada em processos largamente controlados, seguindo uma sequência racional de atividades (Racional). O trecho abaixo corrobora com esta classificação.

[...] qual a valorização do profissional da gestão do trabalho? A gente sabe que a gente tem um monte de deveres, mas a gente não sabe quais são os nossos direitos.

[...] a gestão do trabalho ela deve ser mais fortalecida e bem mais valorizada porque o sentimento quem trabalha em gestão do trabalho é que não existe valorização. É a função de você buscar a valorização para os outros e você não ter a sua própria valorização (informação verbal). [E3]

A Política Municipal de Gestão do Trabalho na Saúde pode ser considerada uma política Setorial ou Micropolítica, de acordo com a extensão da política, já que está voltada para os trabalhadores do Sistema Único de Saúde, tanto os gestores quanto os trabalhadores das Unidades de Saúde, independente da escolaridade (superior, técnico, médio).

Também pode ser considerada uma Política Regulatória, enquanto Tipo de Política, uma vez que é constituída de regulamentações legais, as quais podem ser realizadas através de normas, portarias, leis ou apenas ordens. Os processos de consenso e coalizões podem se modificar devido a configurações específicas das regulamentações.

A relação entre a área de Gestão do Trabalho e as demais Diretorias da Secretaria Municipal de Saúde (SMS), principalmente a Diretoria de Atenção a Saúde (DGAS), ainda está muito marcada pelo histórico de que o setor é executor de questões burocráticas, como frequência, folha de pagamento, férias, e não é visto como proponente de Políticas a serem implantadas, não alcançando a importância que a Gestão do trabalho deve ter dentro de uma SMS.



[...] você está participando da política, você sabe que tem que fortalecer determinadas áreas, mas isso é muito determinado pela DGAS (informação verbal). [E5]

Acho que ela poderia ter uma importância maior ainda em relação às outras Diretorias da Secretaria, acredito que ela poderia ser mais bem destacada (informação verbal). [E4]

Retomando o Triângulo de Governo, o ator que ocupa a posição de ser Gestor do Trabalho tem que agregar projeto de governo, capacidade de governo e governabilidade para conseguir fazer as implementações necessárias para o fortalecimento da Política municipal de Gestão do Trabalho na Saúde. Como também, o Gestor municipal e/ou o Gestor da SMS tem que ter entre os seus projetos políticos a priorização das questões relacionadas à desprecarização do vínculo, negociação e valorização do trabalho, saúde do trabalhador e demais dispositivos que legitimam a Política municipal.

Se o Gestor do trabalho não for aliado com quem define, a quem é dado o poder maior, ele não consegue progredir, tem que estar em sintonia. E não obstante a isso, nem sempre a gente tem um gestor sensível que socialize as coisas, que tenha respeito pelo servidor, que não seja inclusive elemento desagregador dos processos de trabalho como já temos por aí alguns, agora disfarçados e bem escondidos (informação verbal). [E6]

## **6.5 Discutindo o Processo de Implementação da Política de Gestão do Trabalho na Saúde**

Este capítulo de discussão do processo de implementação da política de Gestão do trabalho foi elaborado utilizando os resultados relacionados às dimensões das categorias de análise e aos aspectos no modelo de análise de política, descritos nos capítulos anteriores.

Assim, foi identificado que os avanços na área de Gestão do Trabalho da Secretaria Municipal de Saúde (SMS) de Recife foram alcançados por decisão da Gestão Municipal, em 2001, inicialmente, dando continuidade nas gestões posteriores e, também, por indução realizada pelo MS a partir de 2003. Durante esse processo, houve mudanças na nomenclatura e na estrutura organizacional da área de Gestão do Trabalho, seguindo o formato da SGTES.

O estudo de Pierantoni e Garcia (2012), realizado nas Secretarias estaduais e dos municípios com população superior a 50 mil habitantes e com mais de 500 postos de trabalho público em saúde, mostra que 47,8% das mudanças na estrutura do órgão de Gestão do Trabalho das Secretarias Municipais de Saúde foram provocadas pelas políticas implementadas pela SGTES, seguindo a sua modelagem, inclusive na nomenclatura, corroborando com os resultados encontrados no município de Recife.

Resultados semelhantes foram encontrados no estudo de Garcia (2010) o qual aponta que 61,2% dos municípios participantes relataram que entre as principais mudanças ocorridas na área de gestão do trabalho resultam dos projetos propostos a partir da criação da SGTES.

Machado, Moysés e Lemos (2012) advertem que com a criação da SGTES, houve uma mudança positiva nas políticas de gestão do trabalho, a qual veio suprir a lacuna e passou a tratar especificamente da gestão na dimensão do trabalho na saúde. Com esta ação política, o governo federal inaugura um novo momento para a área, trazendo confiança tanto para aqueles que produzem os serviços de saúde para a população como para os que são responsáveis pela gestão dos sistemas de saúde.

Com o intuito de desprecarizar os vínculos, foram realizados concursos públicos que inverteram a lógica de contratação no município de Recife, passando a ser a maioria dos trabalhadores da saúde concursados, seguindo as diretrizes do DesprecarizaSUS.

O mesmo resultado foi observado no estudo de Taveira, Souza e Machado (2012) que apresentou uma diminuição dos vínculos precários e aumento de vínculos estáveis (estatutários) nas secretarias municipais de saúde. Os autores também alertam que, apesar desta inversão na forma de contratação, a precariedade dos vínculos de trabalho ainda está

presente em todas as categorias profissionais das equipes de saúde da família e equipes de saúde bucal, desde o auxiliar de saúde bucal até o médico.

Segundo Medeiros (2011), a subsistência de vínculos precários na saúde é consequência da forma negligente em que foram tratados os trabalhadores de saúde na década de 90 e, que após a criação da SGTES, o combate ao problema dos vínculos trabalhistas no SUS ganhou maior importância, sendo considerado como tema na agenda política da gestão do trabalho.

No sentido oposto ao apresentado em Recife, encontram-se as secretarias que desconhecem o DesprecarizaSUS, sendo 42,3% dos respondentes das pesquisas de Garcia (2010), Pierantoni e Garcia (2012), principalmente quando as SMS não estão localizadas em capitais. As autoras também encontraram que é também expressivo o grupo que afirma conhecer o programa, mas não participa dele, representando 33,2% das secretarias. Entre os motivos para não participar do programa, está o não reconhecimento do trabalho precário na secretaria ou falta de compreensão do conceito de trabalho precário.

Kumar *et al.* (2013), em seu estudo, mostraram que os profissionais de saúde pública apresentavam baixa satisfação com o trabalho, devido ao inadequado reconhecimento e desenvolvimento profissional, baixos salários, ausência de benefícios, e envolvimento mínimo dos mesmos na tomada de decisão, principalmente em relação as suas carreiras. Segundo os autores, estes são alguns dos fatores que impedem os profissionais de saúde de ingressar no setor público ou ocasionam o aumento a taxa de rotatividade. Desta forma, torna-se imperativo que as organizações criem condições que permitam a valorização dos profissionais, com direitos e benefícios efetivamente cumpridos e perspectiva de progressão funcional.

Os estudos de Garcia (2010), Pierantoni e Garcia (2012) apresentam que ainda é reduzido o percentual dos PCCS da área que estão na condição de aprovados e efetivamente implantados, apesar de ser considerada uma ação prioritária, indicada como fundamental para o campo da gestão. O referido estudo aponta que inúmeros desafios de natureza legal, financeira, técnica e política imputam barreiras restritivas a sua viabilização.

Esses resultados são semelhantes aos encontrados nesta pesquisa, no qual o município de Recife tinha o PCCV/2004 implantado, mas não garantia progressão funcional. Mas, reconhecendo a importância da valorização do trabalho, a SMS elaborou um novo plano de cargos e carreiras para garantir esse direito, durante o período do estudo, o que já representa um avanço.

Outro resultado semelhante foi encontrado na pesquisa de Pierantoni *et al.* (2008) que verificou que 47,8% secretarias de saúde não possuíam PCCS, principalmente nas SMS localizadas fora das capitais. Neste conjunto, 43,3% afirmou já existir uma proposta em elaboração e 30,9% declararam não possuir qualquer proposta. As razões alegadas por não haver proposta de PCCS são falta de autonomia das SMS e a falta de uma política local de Gestão do trabalho que contemple a implantação do PCCS.

No estudo de Lacaz *et al.* (2010), em apenas três dos oito municípios do estado de São Paulo estudados havia a existência de PCCS. Segundo o autor, esta situação contraria os requisitos de adesão ao Pacto pela Saúde, além de desestimular o ingresso de profissionais da área da saúde no serviço público. Ainda afirma que o PCCS deve ser pensado como estratégia da qualidade de vida no/do trabalho e de ampliação de direitos.

Koster (2008) aponta que o PCCS não deve ser imposto pelo Ministério da Saúde aos estados e municípios, e sim uma diretriz a ser seguida e adaptada a cada realidade local, sendo trabalhado de forma democrática e participativa. A autora ainda aponta que as atividades de coordenação e relatoria dos trabalhos executados para a elaboração de diretrizes do PCCS devem ser compartilhadas entre gestores e trabalhadores. Resultados semelhantes aconteceram no município de Recife, no qual a elaboração do PCCDV/2012 contou com a participação dos trabalhadores.

No município de Recife, os trabalhadores contam com o espaço de discussão das questões trabalhistas e das relações de trabalho, pois a MNP está em funcionamento periódico, o que pode ser considerado uma conquista importante, já que, em 2010, o país tinha 47 mesas implantadas, sendo 20 destas com funcionamento periódico, como mostra Deolindo *et al.* (2012).

Pierantoni e Garcia (2012) e Pierantoni *et al.* (2008), em seus estudos, observaram que apenas 27,3% das secretarias analisadas contam com tal recurso, e que 14,6%, embora não possuam a Mesa, estão considerando a possibilidade de implementá-la. As autoras indicam a necessidade de um maior esforço na ação de difusão e disseminação dessa estratégia.

Segundo Koster (2008), a mesa de negociação é uma ferramenta importante para a desprecarização e valorização do trabalho no SUS, já que é uma instância colegiada com autonomia para discutir e propor os aspectos relacionados ao funcionamento e às relações de trabalho, às questões referentes a salário, desenvolvimento da carreira e condições de trabalho. Da mesma forma, o município de Recife reconhece a importância da MNP e tem

fortalecido esse espaço, sendo utilizado como experiência exitosa para a constituição de mesas em outros municípios.

Segundo Castro, Castro e Lopes (2012)

a instalação da Mesa representou a construção de um espaço para democratização das relações de trabalho. Ainda que alguns atores tenham restrições sobre a sua efetividade, todos reconhecem que a Mesa produziu momentos de discussão, de troca e apresentação de informações que de outra forma não seriam obtidos. O contato dos sindicatos com gestores e mesmo com outros sindicatos produziu uma compreensão melhor do modo de ação de uns e outros.

Koster (2008) também considera que um houve progresso na inserção dos trabalhadores nos processos decisórios a partir de 2003, já que estruturas foram resgatadas e implantadas, tais como as Mesas de Negociação. A autora ainda coloca que o mais importante é que estas estruturas não existem apenas para constar, pois apresentam produtos, o que demonstra suas atividades, as quais puderam ser vistas na análise que realizou sobre as políticas do MS e as produções dos atores envolvidos na Gestão do Trabalho. Isto corrobora com os resultados encontrados em Recife, onde se estabeleceu uma prática sistemática de discussões, com a oficialização da MNP como espaço de negociação e, por isso, um maior número de categorias profissionais reivindicaram participação nesse processo.

Este movimento de implantação de estratégias de negociação também se justifica e se fortalece devido à dedicação da Organização Internacional do Trabalho (OIT) na elaboração de documentos voltados para a proteção dos trabalhadores tanto da iniciativa privada como os funcionários da administração pública, destacando-se a convenção sobre o direito de sindicalização e de negociação coletiva, como mostra Coelho (2009). Também aponta que a ideia de que a negociação nas relações funcionais implicariam afronta ao interesse público deve ser abolida, pois os servidores, encontram-se “sujeitos às transformações sociais e econômicas de seu tempo, e a natureza do serviço prestado não pode ficar absolutamente afastada dessa realidade, sob pena de conferir-lhes tratamento isolado e desigual”. A mesma autora ainda argumenta que a prática de técnicas de consensualidade no interior das organizações é estimulada pela Constituição de 1988, no intuito de contribuir para a construção de ambientes mais profissionais e atentos às demandas das relações humanas, sem prejuízo das missões institucionais.

França e Jorge (2008) destacam que, em relação aos espaços de negociação, um ponto importante é a incapacidade – com raras exceções – de o movimento sindical conseguir

regular esse processo de negociação. Estes autores apresentam como argumento para justificar este fato a influência do “sindicalismo de resultados”, o qual restringe a agenda ao buscar apenas as melhorias salariais e nas condições de trabalho. Também afirmam que nas negociações coletivas postas pelos sindicatos se encontram embates almejando interesses muito mais corporativos e pontuais, entre eles o da otimização das condições de trabalho e, provavelmente o que tem maior destaque, a melhora dos salários. Essa forma de atuação dos sindicatos também foi percebida em Recife.

Considerando que a qualificação e a estruturação do órgão de Gestão do Trabalho são importantes para a consolidação dos eixos discutidos acima, a SMS de Recife elaborou um projeto de adesão ao ProgeSUS. Isto mostra uma vantagem para o município, uma vez que Machado, Moysés e Lemos (2012) apontaram, em seu estudo, as dificuldades quanto à elaboração dos projetos para a adesão ao ProgeSUS, o que impediu que muitas secretarias aderissem ao programa. Frente as dificuldades relatadas tinha-se à falta de infraestrutura, dificuldades de comunicação e, especialmente, qualificação técnica das equipes gestoras, que, em boa medida, não respondia adequadamente às necessidades gerenciais de elaborar seus projetos de adesão ao ProgeSUS.

Apesar de ter aderido ao ProgeSUS, deixou de ser disponibilizado para o município de Recife o Sistema de Informação que faz parte dos componentes do Programa. Assim, a área de Gestão do Trabalho permanece com limitações em relação ao processamento e uso da informação, utilizando apenas o Sistema de cadastro funcional e de folha de pagamento.

Esse fato também foi encontrado no estudo Pierantoni e Garcia (2012) que indica que as estruturas da região Nordeste denunciam limitações de acesso e uso da informação. O fato é que, nessa região, a informação está fragmentada, insuficiente e refém de métodos artesanais de coleta e de processamento.

Pierantoni (2003) considera esse fato comum nas instituições de serviço público de saúde, pois nelas as fontes de dados sobre o quadro de funcionários, em nível nacional e local, são os registros de cadastro funcional e folha de pagamento. Ambos apresentam dados desatualizados e são, em geral, manejados por sistemas centralizados, fora do âmbito dos órgãos de execução e não contemplam aspectos qualitativos da composição do pessoal ativo na área da saúde. Além da dificuldade de acesso, a morosidade e centralização dos processos administrativos respondem pela pouca confiança nos dados de cadastro obtidos nessas fontes. Geralmente esses dados apresentam os mais diversos tipos de desatualização, incluindo aqueles relativos à lotação.

A mesma autora destaca que a importância da disponibilização de um Sistema de Informação para a área de Gestão do Trabalho está na facilidade de agregação de dados que auxiliam na produção de informações para a formulação e implementação de ações na área, no estabelecimento de necessidades de pessoal nas diversas unidades de saúde, no planejamento de programas de reposição e lotação e na detecção de prioridades de qualificação profissional e de capacitação dos trabalhadores. As informações obtidas pelo uso do sistema podem facilitar ainda a reordenação e estruturação de planos de cargos e carreiras quando necessário (PIERANTONI, 2003).

Para Oliveira e Garcia (2006) os sistemas de informação são imprescindíveis para a gestão do trabalho já que, para a realização de algumas atividades faz necessário o uso da informação, como: no planejamento dos trabalhadores de saúde, com ênfase para perfis de profissões, regulação das profissões, indicadores de necessidade de pessoal e; na gestão de recursos humanos em saúde, em que se incluem descrições e especificações das categorias funcionais, condições de emprego, características pessoais do trabalhador de saúde. Apesar da sua importância, a informação específica sobre os trabalhadores de saúde ainda é precária e de acesso restrito.

Segundo o estudo de Kaplan *et al.* (2013), outros países também apresentam desafios com os sistemas de informação, tais como os problemas na coleta de informações oportunas sobre a força de trabalho existente; no acompanhamento de salários e benefícios; e na avaliação das lotações e rotatividade dos trabalhadores. Assim, são limitados em sua capacidade de fornecer informação oportuna e relevante para os formuladores e implementadores de políticas de gestão do trabalho. Para os mesmos autores, um sistema de informação para a gestão do trabalho deve fornecer informações relevantes e oportunas, compatíveis com os demais sistemas de informação existentes e deve se adaptar à natureza dinâmica do sistema de saúde.

As limitações em relação ao Sistema de Informação podem ser consideradas uma contradição, já que é reconhecida a importância do mesmo e investimentos foram realizados, através dos Observatórios de Recursos Humanos, para a criação de um sistema para a Gestão do Trabalho, como é o caso da Estação de Trabalho do Instituto de Medicina Social da UERJ, que desde o ano de 1999, desenvolve Sistemas de Informação para apoiar gestores na formulação de políticas no campo da gestão do trabalho (INSTITUTO DE MEDICINA SOCIAL – ObservaRH).

Já em relação ao controle social, sua participação nas questões relacionadas à Gestão do Trabalho não difere do estudo de Junqueira *et al.* (2011), que expos que a participação do Conselho Municipal de Saúde na Gestão do Trabalho pode ser considerada incipiente, já que, durante o período de seu estudo, houve poucas pautas referentes a esta área, que foram: concurso público, mesa de negociação e saúde do trabalhador, sendo que esta última não apresentou avanços. Segundo o mesmo estudo, o tema Gestão do Trabalho ocupa posição periférica na pauta dos Conselhos, uma vez que o PCCV não foi objeto de discussão e os conselheiros não participavam de mesas de negociação nos municípios estudados.

Essa forma de exercício de Controle Social por parte dos Conselhos de Saúde, com a discussão de determinadas pautas em detrimento de outras, é consequência da opção política dos conselheiros. Por esta razão, a partir de 2007, as discussões sobre os casos de assédio moral tiveram destaque entre as pautas do Conselho Municipal de Recife. Porém nenhuma medida para prevenir sua ocorrência foi instituída.

Freire (2008) argumenta que a busca pela dignidade dentro das relações de trabalho deve ser realizada dando maior ênfase na prevenção do assédio moral do que à repressão a ele. O assédio moral pode causar ou agravar muitos transtornos psicopatológicos, psicossomáticos e comportamentais. Portanto, deve ser evitado por meio de medidas preventivas, fiscalizando e educando para evitar a ocorrência de acidentes de trabalho relacionados ao assédio moral e a outras práticas de violência no ambiente de trabalho.

Segundo Stotz (2006), as dificuldades no avanço da generalização das discussões realizadas pelos Conselhos de Saúde estão ligadas as alianças políticas que permeiam o SUS, sustentadas pelos os interesses individuais. Desta forma, os avanços ficam limitados ao âmbito das políticas voltadas para populações específicas, centrados na relação entre as agências governamentais responsáveis pelas políticas e os atores nela interessados, como é o caso do Movimento de Reintegração dos Atingidos por Hanseníase e das ONGs em defesa dos soropositivos ao HIV/AIDS.

O estudo de Silva *et al.* (2012) identificou alguns pontos críticos que influenciam diretamente na atuação dos conselheiros, interferindo no acompanhamento e participação na gestão dos serviços de saúde. Entre eles, destaca-se: desconhecimento de seu papel enquanto conselheiro de saúde e da legislação que embasa o funcionamento dos conselhos de saúde.

A necessidade de diversos representantes dos conselhos de saúde de todo o país de buscar conhecimentos e instrumentos que favoreçam o desempenho de suas atribuições, vem acumulando demandas que apontam para a necessidade de estabelecimento de uma política



voltada para a educação permanente no âmbito do controle social do SUS (ALENCAR, 2012). Esta necessidade também foi observada em Recife.

Segundo Cunha e Magajewski (2012), apesar do alcançado e avanço de ações relacionadas ao processo de formulação e controle da política pública de saúde, os Conselhos de Saúde ainda enfrentam dificuldades, entre as quais se destaca: a falta de exercício do seu caráter deliberativo na maioria dos municípios; a falta de transparência nas informações da gestão pública; a insuficiência de formulação de estratégias e políticas para a construção do novo modelo de atenção à saúde e a baixa representatividade e legitimidade de conselheiros nas relações com seus representados. Os autores ainda colocam que essas dificuldades requerem investimento para a qualificação e aperfeiçoamento da atuação destas instâncias controle social sobre o sistema de saúde.

Ainda se tratando de controle social, estão as Conferências de Saúde que, segundo Neto (2012), são fóruns competentes para discutir, elaborar e aprovar estratégias, diretrizes, medidas ou critérios, os quais devem ser homologados pelo representante do poder executivo. Mas, em geral, as proposições aprovadas nestes fóruns não têm sido homologadas pelo poder competente. E, se o forem, não se transformam em uma realidade; ou seja, elas apresentam baixa efetividade. Estes achados estão em concordância com a realidade encontrada no Recife, na qual a maioria das deliberações não foram efetivamente implementadas.

Da mesma forma que o controle social, a participação da Saúde do Trabalhador foi mínima, a qual realizou apenas ações pontuais de promoção e prevenção dos acidentes e agravos relacionados ao trabalho; não realizou estruturação do CEREST, nem em relação às condições de trabalho nem no quantitativo e na qualificação da sua equipe e; também não instituiu um serviço estruturado para atendimento dos profissionais acometidos por agravos relacionados ao trabalho.

Este resultado não difere do estudo de Dias, Bertolini e Pimenta (2011), o qual pontuou que ainda não houve extensão de cobertura capaz de prevenir a ocorrência de agravos relacionados ao trabalho e de garantir acesso aos trabalhadores acometidos por esses agravos, apesar dos textos legais do SUS incorporarem a concepção da saúde do trabalhador como questão de saúde coletiva, implicando no desenvolvimento de um conjunto de ações de promoção, prevenção e controle de risco como responsabilidades do setor saúde, sendo realizadas em conjunto com as ações assistenciais. Nesse sentido, a educação permanente e o modelo de matriciamento devem ser adotados pela equipe do CEREST, com ação pedagógica contínua e participação nos colegiados de gestão, para o compartilhamento de

responsabilidades por todos os atores envolvidos no processo de cuidar da saúde dos trabalhadores.

Lourenço e Bertani (2007) defendem a emergência na consolidação da saúde do trabalhador no SUS, sendo necessário transcender as ações curativas para as de prevenção, promoção e vigilância em saúde do trabalhador. Também defendem a educação permanente para a equipe técnica dos CEREST, a qual deve fazer parte das diretrizes da política nacional de saúde do trabalhador, bem como, deve ser considerada essencial a participação dos trabalhadores para o diagnóstico dos riscos e, concomitantemente, para intervenção e mudança.

Arias *et al.* (2006), considerando essa realidade, apontam que torna-se necessário promover debates e encontros técnicos entre os gestores do SUS com o objetivo de definir diretrizes gerais para a promoção da humanização do trabalho e da qualidade de vida dos trabalhadores no âmbito do SUS. Essas afirmações reforçam a necessidade da estruturação da Saúde do trabalhador em Recife.

Essa necessidade pode ser justificada pelo fato dos profissionais de saúde estarem propensos a desenvolverem problemas tanto físicos, quanto psicológico-afetivos, vindo a adoecer por vários fatores relacionados ao trabalho, como constataram Brotto e Dalbello-Araujo (2012) em seu estudo. Dentre esses fatores estão: as relações de trabalho de modo hierarquizado e verticalizado; as condições de trabalho e características que definem o processo de trabalho em saúde as modalidades de vínculos empregatícios existentes no setor saúde que expõe trabalhadores a vínculos menos estáveis e mais fragilizados em termos de direitos; além do fato de serviços de saúde impor aos profissionais um contato prolongado e constante com o sofrimento e o adoecer humano.

Franco, Druck e Seligmann-Silva (2010) colocam que podem ser distinguidas algumas dimensões de precarização, além da que diz respeito aos vínculos de trabalho, como é o caso da precarização da saúde dos trabalhadores. Está relacionada com a saúde mental, que é indissociável da saúde como um todo, sendo necessário considerar, também, os tempos sociais do trabalho os quais encontram-se em contradição com os biorritmos dos indivíduos, gerando acidentes e adoecimentos, e o Esgotamento Profissional (Síndrome de Burnout) identificado em muitos casos de quadros depressivos e na dependência do álcool e das drogas.

Outro ponto importante não estruturado na Saúde do Trabalhador da Secretaria Municipal de Saúde de Recife é o sistema de informação de notificação que utiliza as

comunicações de acidentes de trabalho (CAT), o qual não foram aprimorado e nem a importância das CAT descentralizada para os Distritos.

O estudo de Araújo (2010) também mostrou essa realidade, na qual no Brasil, em 2007, ocorreram 653 mil acidentes de trabalho, 27,5% a mais que em 2006. E que, deste total, 8.504 trabalhadores tornaram-se incapacitados permanentes. Ainda mencionou que tais números são subnotificados, pois se referem apenas aos acidentes oficialmente registrados. Destes números não constam os ocorridos nos setores público e informal, além daqueles para os quais o setor privado não emite a CAT.

Considerando os atores implicados no processo de implementação da Política de Gestão do Trabalho de Recife, os resultados mostram que o quantitativo de profissionais ainda é reduzido comparando-se com as demandas da rede em crescimento, como também, tem um número considerável de gestores que apresentam pouca qualificação para atuarem na área, o que é percebido principalmente nos GOGP.

O resultado encontrado na área de Gestão do Trabalho no Recife é semelhante aos resultados apresentados no trabalho de O'Dwyer (2012), no qual entre as questões mais evidenciadas estava a necessidade de contratação de pessoal especializado na área; a presença de profissionais pouco qualificados na gestão do trabalho; os gestores da área com dificuldades referentes à baixa remuneração; a relação desproporcional entre pessoal dedicado à gestão do trabalho e o volume de trabalhadores existentes nas Secretarias de Saúde; e o pouco ou nenhum uso da informação para a tomada de decisão, sendo a principal fonte de informação, naquele momento, as folhas de pagamento.

Para Dussault (1992), o desenvolvimento do setor de Gestão do Trabalho é recomendável, em primeiro lugar, a profissionalização dos gerentes. Outro ponto não menos importante é a garantia das condições de trabalho dos gerentes. Como os demais profissionais, os gerentes também precisam dispor de certos instrumentos de trabalho, ser bem remunerados, ter possibilidades de progredir na carreira e de atualizar seus conhecimentos, suas habilidades e suas atitudes.

O desenvolvimento e implementação de políticas voltadas para os trabalhadores de saúde reúne uma série de funções que trabalham em sinergia e determinam o desempenho de qualquer sistema de saúde: número suficiente de pessoal, gestão da formação, gestão do desempenho e definição de condições de trabalho. A qualidade de um serviço depende do seu pessoal, mas também dos contextos em que se desenvolve e dos recursos disponíveis para prestação de serviços. Em outras palavras, a questão dos trabalhadores em saúde não pode ser

tratada como administradas isoladamente. Devem ser tomadas medidas para garantir que, em linhas gerais, as condições sejam criadas para o pleno desenvolvimento da força de trabalho (DUSSAULT; DUBOIS, 2003).

Ainda se tratando dos atores, merece destaque o MS, pois teve o papel de formular as diretrizes para o fortalecimento da Gestão do Trabalho. Segundo Koster (2008), o MS é um ator de suma importância para a formulação das resoluções dos problemas inerentes à Gestão do Trabalho e que está assumindo esse papel efetivamente.

Porém, de acordo com os resultados deste estudo, o MS não prestou apoio efetivo, considerando as necessidades de Recife. Sua participação foi mais no sentido de induzir a implementação de ações pelo órgão municipal. Pierantoni (2008a) e Pierantoni, Varella e França (2006) consideram que o MS não pode somente induzir políticas nos estados e municípios, mas deve ter capacidade semelhante de acompanhamento, avaliação da implementação dessas políticas e dos instrumentos utilizados pelos gestores para operacionalizá-las. Esse acompanhamento é essencial para dar conta das especificidades da área e das tendências de mudanças nas realidades administrativas, contribuindo para o esclarecimento da estratégia de condução nacional das políticas do MS/SGTES.

Outro ator importante é o Governo do Estado que segundo os resultados desta pesquisa, apresentou uma participação mínima no processo de implementação da Gestão do Trabalho, o que leva a concluir que o mesmo deixou de reconhecer e executar seu papel de articulador das ações do setor saúde.

Uma pesquisa realizada em 2008 pelo Observatório de Recursos Humanos afirma a importância das Secretarias Estaduais de Saúde no cumprimento do seu papel de articulação e cooperação técnica no que se refere à estruturação efetiva da política de gestão do trabalho, como também na indução da institucionalização do planejamento e da regulação da função trabalhadores das Secretarias Municipais de Saúde (PIERANTONI, 2008a).

Apesar dos avanços alcançados no campo de gestão do trabalho em Recife, a integração entre o nível distrital e o nível central da área da gestão do Trabalho ainda é necessária, como também uma maior participação dos GOGP no processo de decisão e formulação das políticas municipais, deixando de lado o papel meramente de executor de atividades burocráticas.

Resultados semelhantes foram encontrados por Pierantoni *et al.* (2008) quando comparou os resultados de uma pesquisa realizada em 2004 com uma realizada em 2008, inferiu que não houve avanço expressivo no atributo autonomia e que a área de Gestão do

Trabalho está mais caracterizada pelo cumprimento de atividades burocráticas, do que como estratégica para tomada de decisão.

Dussault (1992) afirma a necessidade e as vantagens da participação de todos os interessados na formulação e na implementação das políticas de gestão o trabalho. Logo, se faz necessário a inclusão e o envolvimento sistemático dos diversos atores sociais implicados na gestão do trabalho como um dos ingredientes essenciais para o sucesso das políticas do setor.

Isto corrobora com Franco (2006) e Campos (2006) que afirmam que as relações de trabalho em toda organização deve se organizar em fluxos horizontais, reconhecendo a ineficácia das estruturas do organograma, diminuindo a distância entre os que comandam, planejam e dirigem, e a maioria executante das ações e serviços. Assim, a formação de microrredes é eficaz para a condução dos projetos, colocando em segundo plano o funcionamento com base nas formações estruturais da organização.

Seguindo essa corrente, Merhy (2007a) aponta que o reordenamento do núcleo tecnológico, com a incorporação das tecnologias leves e leve-duras, e sua relevância sobre as duras, é importante para efetivação das mudanças que buscam a gestão participativa e possibilita o agir no ato produtivo em saúde, com autonomia e criatividade.

De acordo com Dussault e Dubois (2003), a implementação de políticas de gestão do trabalho exige uma abordagem com um maior grau de sensibilidade para o reconhecimento dos sinais de mudança que emanam de dentro e de fora das organizações de saúde, entre estas as mudanças organizacionais e o progresso tecnológico. Os gestores devem ser capazes de identificar estes sinais e atuar em resposta a eles, fazendo ajustes apropriados para a força de trabalho. O recrutamento de gestores com autonomia suficiente para implementar políticas de forma flexível é a prova real do compromisso dos líderes políticos para uma gestão do trabalho mais racional e centrada necessidade.

Dussault (1992) traz alguns ingredientes fundamentais para o sucesso de uma política de Gestão do Trabalho. O primeiro é a existência de um ambiente político favorável e um verdadeiro compromisso das lideranças, pois, por melhores que sejam as iniciativas dos gestores, estas não são suficientes. O segundo ingrediente básico é a existência, real ou potencial, de um grau suficiente de capacidade técnica de gestão, sendo esse ingrediente negligenciado em certos locais, faltando gestores capacitados, recursos materiais, normas e rotinas definidas. E por fim, o terceiro ingrediente que é a disponibilidade de informações válidas e completas, relacionadas a aspectos como a identificação de necessidades de pessoal

ou a apreciação da qualidade do trabalho profissional, que são geralmente medidos pelos sistemas de folha de pagamentos das instituições.

Concluindo a discussão e fazendo um olhar global sobre os temas da Agenda da Gestão do Trabalho, percebe-se que as transformações e avanços ocorridos no município de Recife não foram apenas induzidos por uma política nacional. Os mesmos possuem relação e foram influenciados pelo o contexto político e econômico mundial, envolvendo os seguintes eixos: *“a mudança no modelo de Estado; a reestruturação produtiva, que traz novas formas de relação de trabalho; e a incorporação tecnológica, que introduz novas práticas e novos processos de trabalho”* (CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE, 2007).

Estes avanços também seguem a tendência mundial centrada na estratégia da Aliança Global da Força de Trabalho em Saúde (Global Health Workforce Alliance – GHWA) que envolve um conjunto de ferramentas, as quais incluem análise situacional, planejamento, implementação, monitoramento e avaliação, com o intuito de apoiar os países no desenvolvimento ou no fortalecimento da capacidade de liderar, planejar e gerenciar seus profissionais, de forma integrada com cada sistema de nacional de saúde. Essa estratégia também recomenda para o fortalecimento da capacidade institucional de organização e gestão de RH alguns itens, como: a reestruturação dos conhecimentos e das habilidades dos gerentes de RH e equipes; motivação dos trabalhadores, incluindo a implementação de diferentes formas de incentivos e benefícios; valorização dos profissionais da saúde, tais como o desenvolvimento da carreira, sistemas de avaliação de desempenho; e desenvolvimento e fortalecimento de sistemas de informações de recursos humanos (NYONI, 2006).

## 7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esta pesquisa assumiu inicialmente alguns pressupostos e, a partir da análise dos resultados, os mesmos foram confirmados, chegando a algumas conclusões.

Um primeiro destaque que se pode fazer refere-se ao fato de que, em um contexto no qual predominavam circunstâncias estruturais complexas, as ações realizadas pela Política de Gestão do Trabalho no município de Recife, levaram a conquistas expressivas, quando comparada ao panorama anterior a 2001.

A amplitude da estruturação e da institucionalização dos instrumentos da Política de Gestão do Trabalho na Saúde no município do Recife foram influenciados pelo contexto da gestão municipal. Foi numa gestão de características democráticas (2001) que se iniciaram as mudanças com a implantação dos direitos e benefícios dos trabalhadores, discussões do Plano de Cargos Carreiras e Salários e realização de concurso público. Esta gestão permaneceu por dois mandatos implantando/implementando ações que levaram a avanços no setor. Em 2009, assume uma nova gestão, também de características democráticas, que utilizando a diretriz do Modelo de Atenção a Saúde, *valorização dos trabalhadores da rede municipal de saúde*, possibilitou avanços que fortaleceram o setor como propositivo de políticas de saúde.

Assim, a estrutura organizacional da Política de Gestão do Trabalho no município do Recife tem sido operacionalizada como induzido pelo Ministério da Saúde (MS). Para isso, foi adotado um novo organograma, com modificação nas gerências existentes e acréscimo de outras, apresentando maior semelhança com a estrutura da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES). Também houve a mudança da nomenclatura do setor no nível central, passando de Diretoria Geral de Gestão do Trabalho (DGGT) para Diretoria Geral de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (DGGTES).

Porém, os processos gerenciais da área de Gestão do Trabalho foram incorporados pelo nível Central da Secretaria Municipal de Saúde e descentralizados parcialmente para os Distritos Sanitários (DS), os quais permanecem executando atividades meramente burocráticas, sem participarem das formulações e decisões relacionadas à Política. Além disso, apresentavam ainda um número reduzido de profissionais, dos quais a maioria apresentava pouca qualificação para o desenvolvimento das atividades, e estrutura física incompatível com a demanda dos trabalhadores da rede municipal de saúde.

Apesar de seguirem a mesma orientação, os DS operacionalizaram a Política, a partir das Gerências Operacionais de Gestão do Trabalho (GOGP), de formas distintas, não apenas

por causa dos atores que fazem parte de cada GOGP, mas também porque seguem o perfil de quem gerencia o DS.

Analisando a participação do Ministério da Saúde (MS) nessa estruturação do setor, pode-se inferir que o MS mais induziu do que prestou apoio e cooperação técnica efetivos. O Programa de Qualificação e Estruturação da Gestão do Trabalho e da Educação no SUS – ProgeSUS deixou de cumprir alguns de seus componentes, como é o caso da disponibilização de um Sistema de Informação para a área de Gestão do Trabalho. O financiamento para aquisição ou disponibilização de equipamentos e mobiliários ocorreu em número reduzido em relação às necessidades do setor para dar resposta às demandas dos trabalhadores. O componente que teve o melhor desempenho foi o financiamento para as capacitações dos gestores da área.

A participação do Governo do Estado foi mínima, acontecendo, na maioria das vezes, de acordo com as demandas nacionais. Assim, pode-se reafirmar que os avanços ocorridos na Gestão do trabalho no município de Recife foram por iniciativa das gestões municipais, seguindo as recomendações do MS.

É evidente que os avanços alcançados no setor de Gestão do Trabalho no município de Recife foram relacionados aos temas contidos na Agenda da Gestão do Trabalho (Desprecarização, Valorização, Negociação) diferentemente das ações relacionadas à Saúde do Trabalhador e a participação do Controle Social na área de Gestão do Trabalho.

Isso se deve ao fato de que a SGTES/MS criou estratégias de indução para os municípios implantarem/implementarem ações relacionadas aos temas da Agenda, já que são consideradas prioritárias para o fortalecimento do setor. Apesar de este órgão ter sido criado em conformidade com os princípios e diretrizes da NOB/RH-SUS, que apresenta entre suas dimensões, além das questões presentes na Agenda, a Saúde do Trabalhador e o Controle Social, estes últimos não foram incorporados a Agenda da Gestão do Trabalho. Os motivos para a saída da Saúde do Trabalhador da SGTES para a Secretaria de Vigilância em Saúde, por decisão ministerial, precisam ser melhores confirmados e explicados.

Em relação aos itens da Agenda, foram realizados concursos públicos para provimento de trabalhadores tanto da atenção como da gestão e foi finalizado o processo de efetivação de ACS e ASACE, invertendo a composição da força de trabalho da Secretaria Municipal de Saúde, sendo os estatutários, em 2011, correspondentes a maioria dos servidores da rede municipal. Foi reativada a mesa de negociação a qual é considerada espaço legítimo de pactuação, passando a ser exemplo para o estabelecimento de Mesas de outros municípios.



Apesar de no período do estudo não ter ocorrido a progressão nas carreiras dos trabalhadores a partir do PCCV/2004, os mesmos participaram das discussões, iniciadas em 2009, que resultou no Plano de Cargos, Carreiras, Desenvolvimento e Vencimentos (PCCDV) instituído em 2012. Também foi criado o Sistema de Avaliação de Desempenho, durante o período do estudo, mas ainda necessitando de aprovação da Câmara Municipal de Vereadores.

Os avanços citados na Política de Gestão do Trabalho também são decorrentes de investimentos na estruturação do setor (equipamentos e melhores condições de trabalho), no incremento no número de pessoal, assim como das qualificações e/ou especializações realizadas pelos gestores da área, que apesar de ainda não ser o ideal, facilitou a implementação das ações preconizadas pela SGTES.

Por outro lado, a Saúde do Trabalhador e o Controle Social na Gestão do Trabalho necessitam de melhor estruturação, de um número maior de profissionais e que estes sejam qualificados, enfim, de investimentos que garantam a sua legitimidade.

Faz-se necessário o fortalecimento da Política de Saúde do Trabalhador com enfoque na promoção da saúde e prevenção das ocorrências e acidentes de trabalho, como também o desenvolvimento de um sistema de informação para a notificação destes casos e de serviços especializados no atendimento dos profissionais já acometidos, principalmente na área psicossocial e de álcool e outras drogas.

Da mesma forma, é imprescindível a institucionalização do Conselho Municipal e das Conferências Municipais de Saúde como espaços efetivos de controle social, participando da formulação de políticas de saúde e da fiscalização dos seus resultados esperados. O Conselho Municipal de Saúde teve poucas pautas relacionadas à Gestão do Trabalho e, dentre estas, a maioria estava relacionada à Saúde do Trabalhador. Mesmo assim, não houve nenhum avanço no fortalecimento da Política Municipal de Saúde do Trabalhador.

As deliberações das Conferências Municipais de Saúde referentes à Gestão do Trabalho foram pouco implementadas, no município de Recife, no decorrer do período do estudo. As que foram efetivamente implementadas, estavam mais relacionadas às questões da Agenda da Gestão do Trabalho, do que à Saúde do Trabalhador e ao Controle Social.

Esta falta de estrutura organizacional e material tem como consequência a classificação dos serviços prestados pelo Controle Social e pela Saúde do Trabalhador como serviços sem qualidade ou não resolutivos. Outro ponto importante resultante dessa desestruturação é a passividade dos atores frente às iniciativas da gestão, o que faz com que sejam considerados, de certa forma, setores com credibilidade reduzida.

Dada a importância que ocupam para a consolidação da Gestão do Trabalho, importância reconhecida no documento Princípios e Diretrizes para a Gestão do Trabalho no SUS (NOB/RH-SUS), no qual eram considerados eixos prioritários para consolidação da Política, é notória a necessidade que a Saúde do Trabalhador e o Controle Social entrem na Agenda da Gestão do Trabalho.

Estas conquistas alcançadas no município de Recife em relação aos itens da Agenda da Gestão do Trabalho seguem a tendência mundial de fortalecimento da gestão dos trabalhadores da saúde embasadas nas ferramentas e componentes compilados pela Aliança Global para a Força de Trabalho em Saúde. A Saúde do Trabalhador e o Controle Social podem ter sofrido alguma influência de sentido oposto que ocasionou a falta de investimentos para a estruturação desses setores.

Apesar os avanços alcançados na Política de Gestão do Trabalho no município de Recife, ainda é preciso melhorar algumas questões. Desta forma, pode-se propor como recomendações:

- 1) a integração do nível central (DGGTES) com os setores equivalentes nos DS (GOGP), tornando-os atores ativos no processo de decisão e formulação, principalmente por estarem mais próximos da realidade dos trabalhadores;
- 2) o aumento do número de profissionais do setor de acordo com a demanda dos serviços;
- 3) a instrumentalização dos atores para atuarem na área a partir de qualificações; e
- 4) a valorização destes profissionais com a garantia de direitos e benefícios, plano de cargos e carreira, salários condizentes com a função que exercem, garantindo, desta forma, que as medidas preconizadas pela Política contemplem também os profissionais da gestão.

Esse trabalho espera contribuir para instrumentalizar os gestores da área de Gestão do Trabalho na Saúde na elaboração de estratégias a serem implementadas, vislumbrando o fortalecimento e a consolidação da Política no município de Recife.

Também espera ser um instrumento para a SGTES/MS avaliar e adequar o apoio e a cooperação que realiza, em concordância com as necessidades e as fragilidades apresentadas no município, pois para o alcance de resultados efetivos, faz-se necessário a aproximação e o conhecimento da realidade local.

Destaca-se, ainda, a importância da realização de outros trabalhos, com diferentes enfoques, que permitam que a Política de Gestão do Trabalho garanta a qualidade no/do trabalho com foco no trabalhador.

## REFERÊNCIAS

- ALENCAR, H. H. R. Educação Permanente no Âmbito do Controle Social no SUS: a experiência de Porto Alegre – RS. **Saúde Soc.**, São Paulo, v.21, supl.1, p.223-233, 2012.
- ALMEIDA, P. R. A política internacional do partido dos trabalhadores: da fundação à diplomacia do governo Lula. **Rev. Sociol. Polít.**, Curitiba, v.20, p. 87-102, 2003.
- ALMEIDA, P. C. *et al.* Trabalhadores de saúde: diagnóstico de Sobral e macrorregião. In: SANTOS, J.B.F. (Org.). **Recursos Humanos em Saúde: diagnósticos e reflexões**. 1.ed. Fortaleza: EdUECE, 2008. cap. 1, p. 25-48.
- ARAÚJO JR., J. L. do A. C. de. **Health Sector Reform in Brazil 1995-1998: an health policy analysis of a developing health system**. 2000. Tese (Doutorado) - Nuffield Institute for Health, University of Leeds, Leeds, 2000.
- ARAÚJO JR., J. L. do A. C. de.; MACIEL FILHO, R. Developing an operational framework for health policy analysis. **Rev. bras. saúde matern. Infant.**, Recife, v. 1, n. 3, p. 203-221, set./dez. 2001.
- ARAÚJO, L. M. *et al.* Para subsidiar a discussão sobre a Desprecarização do Trabalho no SUS. **Cadernos RH Saúde**, Brasília, v. 03, n.1, p. 163-174, 2006.
- ARAUJO, L. O plano de cargos, carreira e salários do SUS (PCCS-SUS). In: BRAGA, D.G. *et al* (Org.). **Curso de negociação do trabalho no SUS: Caderno de textos**. Rio de Janeiro: ENSP, 2008. p. 102-113.
- ARAÚJO, J. N. G. Qualidade de vida no trabalho: controle e escondimento do mal-estar do trabalhador. **Trab. Educ. Saúde**, Rio de Janeiro v. 7 n. 3, p. 573-585, 2010.
- ARIAS E. H. L. *et al.* Gestão do trabalho no SUS. **Cad. RH Saúde**, Brasília, v.3, n.1, p.119-34, 2006.
- ASSUNÇÃO, A. A. *et al.* Recursos humanos e trabalho em saúde: os desafios de uma agenda de pesquisa. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.23, supl. 2, p.193-201, 2007.
- AZEVEDO, C.S. A dimensão imaginária e intersubjetiva das organizações de saúde: implicações para o trabalho gerencial e para a mudança organizacional. **Ciênc. saúde colet.**, Rio de Janeiro, v.15, n.1, p.977-986, 2010.
- AZEVEDO, E.; PELICIONI, M. C. F. Práticas integrativas e complementares de desafios para a Educação. **Trab. Educ. Saúde**, Rio de Janeiro, v. 9 n. 3, p. 361-378, 2012.
- BARBOSA, P. R. Gestão em Saúde: o Desafio dos Hospitais como Referência para Inovações em todo o Sistema de Saúde. In: FLEURY, S. (Org.). **Saúde e Democracia: a luta do CEBES**. São Paulo: Lemos Editorial, 1997. p. 143-161.
- BARROCO, M. L. S. Barbárie e neoconservadorismo: os desafios do projeto ético-político. **Serv. Soc. Soc.**, São Paulo, n. 106, p. 205-218, 2011.

BERNARDI, S. Entrelaçando o SUS, a PNH e a Saúde do Trabalhador. In: BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Humanização**. Formação e intervenção. Brasília, 2010.

BOLZAN, L. C. **Ajuste fiscal e o Sistema Único de Saúde na gestão estadual do Rio Grande do Sul**: a política de saúde esvaziada pela ideologia neoliberal. 2010. Dissertação (Mestrado Profissional) - Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2010.

BRASIL. Governo Federal. **Balanco de governo**: 2003 a 2010. Brasília, 2010. Disponível em: [www.balancodegoverno.presidencia.gov.br](http://www.balancodegoverno.presidencia.gov.br). Acesso em: 20 jul. 2012

BRASIL. Ministério da Saúde. **Decreto nº 7.508 de 28 de junho de 2011**. Brasília, 2011. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2011-2014/2011/decreto/D7508.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/decreto/D7508.htm). Acesso em: 25 jul. 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. **HumanizaSUS**: gestão participativa: co-gestão. 2.ed. Brasília, 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde e da Educação. **Portaria Interministerial nº. 2.101, de 3 de novembro de 2005**. Institui o Programa de Reorientação Profissional em Saúde – Pró-Saúde. Brasília, 04 nov. 2005b. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/2101.pdf>. Acesso em: 13 set. 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde e da Educação. **Portaria Interministerial MS/MEC nº. 1.802, de 26 de agosto de 2008**. Institui o Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde – PET-Saúde. Brasília, 27 ago. 2008. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/2101.pdf>. Acesso em: 13 set. 2012.

BRASIL. Secretaria Executiva. Departamento de Apoio à Descentralização. Coordenação-Geral de Apoio à Gestão Descentralizada. **Diretrizes operacionais dos Pactos pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão**. Brasília, 2006b.

BRASIL. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. **Mesa Nacional de Negociação Permanente do SUS**: democratização das relações de trabalho no SUS. Brasília: Ministério da Saúde, 2003.

BRASIL. 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, 2004.

BRASIL. 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, 2005.

BRASIL. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. **Programa de Qualificação e Estruturação da Gestão do Trabalho e da Educação no SUS – ProgeSUS**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006a.

BRASIL. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. **Programa de Desprecarização do Trabalho no SUS: DesprecarizaSUS** – perguntas e respostas. Brasília: Ministério da Saúde, 2006c.

BRASIL. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. **Programa Nacional de Desprecarização do Trabalho no SUS – DesprecarizaSUS: Como Criar Comitês de Desprecarização do Trabalho no SUS**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006d.

BRASIL. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. **Diretrizes Nacionais para a Instituição de Planos de Carreiras, Cargos e Salários no âmbito do Sistema Único de Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006e.

BRAVERMAN, H. Trabalho e força de trabalho. In: BRAVERMAN, H. **Trabalho e Capital Monopolista**. 3.ed. Rio de Janeiro: Guanabara, 1987. cap. 1, p.49-60.

BRITO, J. Trabalho e Saúde Coletiva: o ponto de vista da atividade e das relações de gênero. **Ciênc. saúde colet.**, Rio de Janeiro, v.10, n.4, p.879-890, 2005.

BROTTO, T. C. A; DALBELLO-ARAÚJO, M. É inerente ao trabalho em saúde o adoecimento de seu trabalhador? **Rev. bras. Saúde ocup.**, São Paulo, v.37, n.126, p.290-305, 2012.

CAMPOS, G. W. S. Eixos de conformação do método. In: \_\_\_\_\_ **Um método para análise e co-gestão de coletivos: a construção do sujeito, a produção de valor de uso e a democracia em instituições**. 2. ed. São Paulo: HUCITEC, 2005. cap.1, p. 21-65.

CAMPOS, G.W.S. Considerações sobre a arte e a ciência da mudança: revolução das coisas e reforma das pessoas – o caso da saúde. In: CECILIO, L.C.O. **Inventando a mudança em saúde**. 3. ed. São Paulo: HUCITEC, 2006. cap.1, p. 29-87.

CAMPOS, G.W.S. A mediação entre conhecimento e práticas sociais: a racionalidade da tecnologia leve, da práxis e da arte. **Ciênc. saúde colet.**, Rio de Janeiro, v.16, n.7, p.3033-3040, 2011.

CANO, W.; SILVA, A.L.G. **Política industrial do governo Lula**. Campinas: IE, UNICAMP, 2010. (Texto para Discussão, n. 181).

CANZONIERI, A. M. **Metodologia da pesquisa qualitativa na saúde**. Petrópolis: Vozes, 2010. 126p.

CASTRO, J. L.; CASTRO, J. L.; LOPES, F. D. Negociação permanente: uma estratégia de gestão possível nas instituições de saúde? **Divulg. saúde debate**, Rio de Janeiro, n. 47, p. 84-91, 2012.

CASTRO, A. L. B.; MACHADO, C. V. A política de atenção primária à saúde no Brasil: notas sobre a regulação e o financiamento federal. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.26, n.4, p.693-705, 2010.

CHIAVENATO, I. **Introdução à teoria geral da administração**. 5.ed. São Paulo: Makron Books, 1997.

CICONELLO, A. Os avanços e contradições das políticas de Direitos Humanos no Governo Lula. In: PAULA, M. de. (Org.). **“Nunca antes na história desse país”...? Um balanço das políticas do Governo Lula**. Rio de Janeiro: Fundação Heinrich Böll, 2011. p.76-98.

COELHO, D. M. Direito da função pública: fundamentos e evolução. **Revista do TCE - MG**, Minas Gerais, v. 71, n. 2, 2009.

COHN, A. Políticas de saúde: implicações e práticas. In: CAMPOS, G. W. *et al.* (Org.). **Tratado de saúde coletiva**. 2.ed. São Paulo: HUCITEC; Rio de Janeiro: FIOCRUZ; 2009. cap. 8, p. 219-246.

CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE (Recife). **Relatório Final: 8ª Conferência Municipal de Saúde: Pacto pela saúde com controle social**: fortalecendo o SUS e promovendo qualidade de vida. Recife, 2007.

\_\_\_\_\_. **Relatório Final: 9ª Conferência Municipal de Saúde**: Fortalecendo a participação e o controle social para a consolidação do SUS. Recife, 2009.

\_\_\_\_\_. **Relatório Final: 10ª Conferência Municipal de Saúde**: Recife consolidando o SUS através da participação popular. Recife, 2011.

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE (Brasil). **Princípios e Diretrizes para NOB/RH-SUS**. 2. ed. rev. e atual. Brasília: Ministério da Saúde, 2002. 112 p

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE (Brasil). **Princípios e diretrizes para a gestão do trabalho no SUS (NOB/RH-SUS)**. 3. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2005a.

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE (Brasil). **Trabalhadores em saúde e a saúde de todos os Brasileiros: práticas de trabalho, gestão, formação e participação**. Documento base da 3ª Conferência Nacional de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2005b.

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE (Brasil). **Mesa Nacional de Negociação Permanente do SUS**. 2. ed. – Brasília: Ministério da Saúde, 2006. – (Série D. Reuniões e Conferências).

CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE (Brasil). **Estruturação da área de recursos humanos nas Secretarias de Saúde dos Estados e do Distrito Federal**. Brasília, 2004.

CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE (Brasil). **Gestão do Trabalho na Saúde**. Brasília, 2007. 116 p. – (Coleção Progestores – para entender a Gestão do SUS, nº. 5).

CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE (Brasil). **O Financiamento da Saúde**. Brasília, 2011.

COSTA, A. M. **Avaliação da política nacional de saneamento**, Brasil – 1996-2000. 2003. Tese (Doutorado) - Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2003.

COSTA, A. C. O *et al.* Plano de Carreira, Cargos e Salários: ferramenta favorável à valorização dos recursos humanos em saúde pública. **Odontol. Clín.-Cient.**, Recife, v.9, n.2, p.119-123, abr./jun. 2010.

CUNHA, P. F.; MAGAJEWSKI, F. Gestão Participativa e Valorização dos Trabalhadores: avanços no âmbito do SUS. **Saúde Soc.**, São Paulo, v.21, supl.1, p.71-79, 2012.

DEOLINDO, E. M. O. *et al.* A negociação do trabalho em saúde: um balanço das mesas de negociação permanente do SUS. **Divulg. saúde debate**, Rio de Janeiro, n. 47, p. 77-83, 2012.

DIAS, M. D. A.; BERTOLINI, G. C. S.; PIMENTA, A. P. Saúde do Trabalhador na Atenção Básica: análise a partir de uma experiência municipal. **Trab. Educ. Saúde**, Rio de Janeiro, v. 9 n. 1, p. 137-148, 2011.

DIAS, E. C.; HOEFEL, M. G. O desafio de implementar as ações de saúde do trabalhador no SUS: a estratégia da RENAST. **Ciênc. saúde colet.**, Rio de Janeiro, v.10, n.4, p.817-828, 2005.

DUSSAULT, G. A gestão dos serviços públicos de saúde: características e exigências. **Rev. Adm. Pública**, Rio de Janeiro, v.26, p.8-19, 1992.

DUSSAULT, G.; DUBOIS, C. A. Human resources for health policies: a critical component in health policies. **Hum Resour Health**, v.1, 2003. Disponível em: <http://www.human-resources-health.com/content/1/1/1>. Acesso em: 10 jan. 2013.

DUSSAULT, G.; SOUZA, L. E. **Gestão de Recursos Humanos em Saúde**. Departamento de Administração da Saúde, Faculdade de Medicina, Universidade de Montreal, 1999. Disponível em: [http://info.worldbank.org/etools/docs/library/206831/Dussault %20e%20De%20Souza.pdf](http://info.worldbank.org/etools/docs/library/206831/Dussault%20e%20De%20Souza.pdf). Acesso em: 05 dez. 2011.

ESPÍRITO SANTO, E. M. *et al.* Política de Recursos Humanos para Servidores: a força motriz do Ministério da Saúde. **Cadernos RH Saúde**, Brasília, v.3, n. 2, p. 63-79, 2008.

FAGNANI, E. **A política social do Governo Lula (2003-2010): perspectiva histórica**. Campinas: IE, UNICAMP, 2011. (Texto para Discussão, n. 192).

FILGUEIRAS, L. *et al.* Modelo liberal-periférico e bloco de poder: política e dinâmica macroeconômica nos governos Lula. In: BECKER, B. K. *et al.* **Os anos Lula: contribuições para um balanço crítico 2003-2010**. Rio de Janeiro: Garamond, 2010. p. 35-70.

FLEGELER, D. S. *et al.* O trabalho dos profissionais de saúde na estratégia saúde da família: relações complexas e laços institucionais frágeis. **Rev Odontol.**, São Paulo, v. 10, n. 4, p. 17-2, 2008.



FRANÇA, J. R. M.; COSTA, N. R. A. dinâmica da vinculação de recursos para a saúde no Brasil: 1995 a 2004. **Ciênc. saúde colet.**, Rio de Janeiro, v.16, n.1, p.241-257, 2011.

FRANÇA, B. C.; JORGE, T. A. S. Movimento Sindical: Entre a cruz e a espada, discussão sobre ganhos salariais e sindicalismo. In: VI SEMINÁRIO DO TRABALHO, 6., 2008, Marília. **VI Seminário do Trabalho: Trabalho, Economia e Educação**. Marília: UNESP, 2008. v.1, p.34-75.

FRANCO, T. B.; As Redes na Micropolítica do Processo de Trabalho em Saúde. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R.A. (Org.). **Gestão em Redes**. Rio de Janeiro: UERJ, 2006.

FRANCO, T.; DRUCK, G.; SELIGMANN-SILVA, E. As novas relações de trabalho, o desgaste mental do trabalhador e os transtornos mentais no trabalho precarizado. **Rev. bras. Saúde ocup.**, São Paulo, v.35, n.122, p.229-248, 2010.

FREIRE, P. A. Assédio moral e saúde mental do trabalhador. **Trab. Educ. Saúde**, Rio de Janeiro, v. 6 n. 2, p. 367-380, 2008.

FREESE, E.; FONTBONNE, A. Transição Epidemiológica comparada: modernidade, precariedade e vulnerabilidade. In: FREESE, E. (Org.). **Epidemiologia, Políticas e Determinantes das doenças crônicas não transmissíveis no Brasil**. Recife, Universitária da UFPE, 2006.

FREY, K. Políticas públicas: um debate conceitual e reflexões referentes à prática da análise de políticas públicas no Brasil. **Planejamento e políticas públicas**, Brasília, n.21, p. 211-259, jun. 2000.

GARCIA, A. C. P. **Gestão do trabalho e da educação na saúde**: uma reconstrução histórica e política. 2010. Tese (Doutorado) - Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Instituto de Medicina Social. Rio de Janeiro, 2010.

GIL, A. C. O que é estudo de caso. In: \_\_\_\_\_. **Estudo de caso**. 1.ed. São Paulo: Atlas, 2009. cap.1, p.1-24.

GONÇALVES, R. Desempenho macroeconômico em perspectiva histórica: Governo Lula (2003-10). In: BECKER, B. K. *et al* **Os anos Lula**: contribuições para um balanço crítico 2003-2010. Rio de Janeiro: Garamond, 2010. p.161-179.

GURGEL JR, G. D.; MEDEIROS, K. R. Conflito e resistência á mudança no setor saúde: uma análise dos seus determinantes estruturais. In: FALCÃO, A. *et al*. (Org.). **Observatório de Recursos Humanos em Saúde no Brasil**: estudos e análises. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2003. p. 37-44.

HOWLETT, M.; RAMESH, M. Policy science and policy cycles. In: \_\_\_\_\_. **Studying Public Policy**: Policy Cycles and Policy Subsystems. 2.ed. Ontario: Oxford University, 2003. cap.1 p. 2-19.

INSTITUTO BRASILEIRO DE OPINIÃO PÚBLICA E ESTATÍSTICA. **Avaliação do governo**: setembro 2012. Brasília: CNI- Confederação Nacional da Indústria, 2012. 28 p.

INSTITUTO DE MEDICINA SOCIAL. Observatório de Recursos Humanos. **Sistemas de Informação para gestão de recursos humanos em saúde**. Disponível em: <http://www.obsnetims.org.br/sistema.asp>. Acesso em: 10 jan. 2013.

IPEA. **Objetivos de Desenvolvimento do Milênio**: Relatório Nacional de Acompanhamento. Brasília, 2007.

IPEA. A Dinâmica do mercado de trabalho e suas possíveis Implicações sobre o pleno emprego na economia brasileira: uma análise preliminar. **Conjuntura em foco**, Brasília, n.16, ano 3, 2011.

JUNQUEIRA, V. *et al.* O Pacto pela Saúde e a gestão da força de trabalho na Atenção Básica do SUS: um retrato da situação de alguns municípios no Estado de São Paulo. **Physis: Rev. Saúde Colet.**, Rio de Janeiro, v.21, n. 2, p. 675-693, 2011.

LACAZ, F. A. C. *et al.* Qualidade de vida, gestão do trabalho e plano de carreira como tecnologista em saúde na atenção básica do Sistema Único de Saúde em São Paulo, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.26, n.2, p.253-263, fev. 2010.

LEME, A. A. Neoliberalismo, Globalização e Reformas do Estado: reflexões acerca da temática. **Barbarói**, Santa Cruz do Sul, n. 32, p.114-138, 2010.

LIMA, C. R. A. **Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde**: confiabilidade e uso das informações na construção de um perfil dos municípios brasileiros. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2005.

LIMA, F. R. F. Inflação e política monetária no governo Dilma. **Análise conjuntural**, Curitiba, v.33, n.3/4, p.8-9, 2011.

LOPES, I. I. **Influências do neoliberalismo no Brasil, 2009**. Disponível em: <http://www2.fpa.org.br/influencias-do-neoliberalismo-no-brasil-por-iole-iliada>. Acesso em: 25 jul. 2012.

LOUREIRO, M. R.; SANTOS, F. P.; GOMIDE, A. A. Democracia, arenas decisórias e política econômica no governo Lula. **RBCS**, São Paulo, v.26, n.76, p.63-76, 2011.

LOURENÇO, E. A. S.; BERTANI, I. F. Saúde do trabalhador no SUS: desafios e perspectivas frente à precarização do trabalho. **RBSO**, São Paulo, v.32, n.115, p.121-134, 2007.

KAPLAN, A. D. *et al.* Human resource governance: what does governance mean for the health workforce in low- and middle-income countries? **Hum Resour Health**, v.11, n.6, 2013. Disponível em: <http://www.human-resources-health.com/content/11/1/6>. Acesso em: 10 jan. 2013.

KOSTER, I. A **Gestão do Trabalho e o contexto da flexibilização no Sistema Único de Saúde**. 2008. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2008. 208 p.

KOSTER, I.; MACHADO, M. H. A Gestão do Trabalho e o Contexto da Flexibilização no Sistema Único de Saúde. **Divulg. saúde debate**, Rio de Janeiro, n. 47, p. 33-44, 2012.

KUMAR, R. *et al.* Job satisfaction among public health professionals working in public sector: a cross sectional study from Pakistan. **Hum Resour Health** v.11, n.2, 2013.  
Disponível em: <http://www.human-resources-health.com/content/11/1/2>. Acesso em: 10 jan. 2013.

MACÊDO, N. B. **Política de Gestão da Educação na Saúde: uma análise da implementação no município do Recife-PE**. 2012. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2012.

MACHADO, J. M. H.; CORREA, M. V. Conceito de Vida no Trabalho na Análise das Relações entre Processo de Trabalho e Saúde no Hospital. **Inf. epidemiol. SUS**, Brasília, v.11, n.3, p. 159 – 166, 2002.

MACHADO, M. H. Mercado de Trabalho em Saúde. In: FALCÃO, A. *et.al* (Org.). **Observatório de Recursos Humanos em Saúde no Brasil: estudos e análises**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2003. p. 227-248.

MACHADO, M. H. Trabalhadores da Saúde e sua trajetória na Reforma Sanitária. **Cad RH Saúde**; Brasília, v.3, n.1, p.12-26, 2006a.

MACHADO, M. H. *et al.* A Mesa de Negociação como instrumento para a Gestão do Trabalho no SUS. **Cad RH Saúde**; Brasília, v. 3, n.1, p 141-148, 2006b.

MACHADO, M. H. Trabalho e emprego em saúde. In.: GIOVANELLA, L. **Políticas e sistemas de saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2008. cap.9, p.309-330.

MACHADO, M. H.; MOYSÉS, N. M. N.; LEMOS, W. ProgeSUS: Uma proposta para mudar a realidade da gestão do trabalho. **Divulg. saúde debate**, Rio de Janeiro, n. 47, p.16-28, 2012.

MARRAS, J. L. Capital e trabalho no Brasil. In: \_\_\_\_\_ **Capital – Trabalho: o desafio da gestão estratégica de pessoas no século XXI**. São Paulo: Futura, 2008. cap. 2, p. 57-81.

MATTEI, L.; MAGALHÃES, L. F. A política econômica durante o Governo Lula (2003-2010): cenários, resultados e perspectivas. In: PAULA, M. de. (Org.). **“Nunca antes na história desse país”...? Um balanço das políticas do Governo Lula**. Rio de Janeiro: Fundação Heinrich Böll, 2011. p.134-151.

MATUS, C. O Triângulo de Governo. In: \_\_\_\_\_ **Política, Planejamento & Governo**. Brasília: IPEA, 1996a. cap. 7, p. 59 - 61.

MATUS, C. Momento estratégico. In: \_\_\_\_\_ **Política, Planejamento & Governo**. Brasília: IPEA, 1996b. cap. 4, p. 404 - 553.

MEDEIROS, K. R. **Lei de Responsabilidade Fiscal e despesas com pessoal da saúde: um estudo dos municípios brasileiros, 2011**. Tese (doutorado em saúde pública) - Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2011. 221p.

MENDES, A.; LEITE, M. G.; MARQUES, R. M. Discutindo uma Metodologia para a Alocação Equitativa de Recursos Federais para o Sistema Único de Saúde. **Saúde Soc.**, São Paulo, v.20, n.3, p.673-690, 2011.

MERHY, E. E. O SUS e um dos seus Dilemas: Mudar a Gestão e a Lógica do Processo de Trabalho em Saúde (um Ensaio sobre a Micropolítica do Trabalho Vivo). In: FLEURY, S. (Org.) **Saúde e Democracia: a luta do CEBES**. São Paulo: Lemos Editorial, 1997. p. 125-141.

MERHY, E. E. A micropolítica do trabalho vivo em ato: uma questão institucional e território de tecnologias leves. In: \_\_\_\_\_ **Saúde: a cartografia do trabalho vivo**. 3.ed. São Paulo: Hucitec, 2007a. cap.2, p.41-66.

MERHY, E. E. Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde. In: MERHY, E. E; ONOCKO, R. **Agir em saúde: um desafio para o público**. 3 ed. São Paulo: Hucitec, 2007b. cap.2, p. 71-112.

MERHY, E. E.; FRANCO, T. B. Por uma composição técnica do trabalho em saúde centrado no campo relacional e nas tecnologias leves. Apontando mudanças para os modelos tecno-assistenciais. **Saúde debate**, Londrina, v.27, n.65, p.316-323, set./dez. 2003.

MERHY, E. E.; FRANCO, T. B. **Trabalho em Saúde**. Rio de Janeiro: EPSJV/ FIOCRUZ, nov. 2005. Disponível em: <http://www.uff.br/saudecoletiva/professores/merhy/indexados-05.pdf>. Acesso em: 13 set. 2011.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 12.ed. São Paulo: HUCITEC, 2010. 407p.

MINTZBERG, H. **Criando Organizações Eficazes: estrutura em cinco configurações**. 2.ed. São Paulo: Atlas, 2003.

MOURA, P. G. M. Bolsa família: projeto social ou marketing político? **Rev.Katál.**, Florianópolis, v.10,n.1, p.115-122, 2007.

MOTTA, F. C. P. **Teoria Geral da administração: uma introdução**. 16.ed. São Paulo: Pioneira, 1991. 212p.

MUNHOZ, D. B. *et al.* Neoliberalismo e Estado Mínimo: Repercussões na Atenção à Saúde no Distrito Federal. **Comun. ciênc. Saúde**, Brasília, v.20, n.3, p. 271-276, 2009.

NETO, A. F. P. A representação dos usuários nos Conselhos de saúde: uma contribuição para o debate. **Physis: Rev. Saúde Colet.**, Rio de Janeiro, v.22, n. 2, p. 441-462, 2012.

NOGUEIRA, R. P. Resultado do Estudo de Avaliação de Tendências e Prioridades sobre Recursos Humanos em Saúde. In: FALCÃO, A. *et al* (Org.). **Política de Recursos Humanos em Saúde: Seminário Internacional**. Brasília: Ministério da Saúde, 2002. p. 31-44.

NOGUEIRA, R. P. Alternativas de Vinculação Institucional para os Trabalhadores do SUS. In: FALCÃO, A. *et al* (Org.). **Observatório de Recursos Humanos em Saúde no Brasil: estudos e análises**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2003. p. 45-58.

NOGUEIRA, R. P.; BARALDI, S.; RODRIGUES, V. A. Bases normativas e conceituais da política de desprecarização e regularização do trabalho no SUS. In: **Rede Observatório de Recursos Humanos em Saúde** - Estação de Trabalho POLRHS/NESP/CEAM/UnB. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. p. 1-78.

NYONI, J. Policies and Plans for Human Resources for Health: Guidelines for Countries in the WHO African Region. **AFRO Library Cataloguing in Publication**, WHO Regional Office for Africa, 2006.

O'DWYER, G. C. ProgeSUS: Um processo negociado de estruturação de política para a área de gestão do trabalho no SUS. **Divulg. saúde debate**, Rio de Janeiro, n. 47, p. 45-55, 2012.

OLIVEIRA, S. A qualidade da qualidade: uma perspectiva em saúde do trabalhador. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.13, n.4, p. 625-634, out./dez. 1997.

OLIVEIRA, S. P.; GARCIA, A. C. P. **Variáveis e indicadores para análise de recursos humanos em saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2006. 107 p.

PASQUARELLI, B. V. L. **Formação de coalizões, apoio legislativo e atuação partidária no presidencialismo brasileiro**. 2011. Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal de São Carlos, São Carlos, 2011.

PEDUZZI, M. Mudanças tecnológicas e seu impacto no processo de trabalho em saúde. **Trab. educ. saúde**, v.1, n.1, p.75-91, 2002.

PEREIRA, D. M. M. **10 Anos do governo Blair: Especial Panorama**. Belo Horizonte, 2007. Disponível em: [www.pucminas.br/conjuntura](http://www.pucminas.br/conjuntura) . Acesso em: 25 jul. 2012.

PIERANTONI, C. R. As reformas do Estado, da saúde e recursos humanos: limites e possibilidades. **Ciênc. saúde colet.**, Rio de Janeiro, v.6, n.2, p.341-360, 2001.

PIERANTONI, C. R. A informação para a gestão local de recursos humanos da saúde: o sistema de informação e gestão de recursos humanos em saúde (SIG-RHS). In: **Observatório de recursos humanos: estudos e análises**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2003.

PIERANTONI C. R. *et al*. Capacidade Gestora de Recursos Humanos em Instâncias Locais de Saúde em Municípios com População Superior a 100 mil Habitantes. In: **Observatório de Recursos Humanos em Saúde no Brasil**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

PIERANTONI, C. R; GARCIA, A.C.P. A gestão do trabalho e da educação na saúde em secretarias estaduais e municipais de Saúde. **Divulg. saúde debate**, Rio de Janeiro, n. 47, p. 45-55, 2012.

PIERANTONI, C. R. *et al*. Gestão do trabalho e da educação em saúde: recursos humanos em duas décadas do SUS. **Physis: Rev. Saúde Colet**, Rio de Janeiro, v.18, p. 685-704, 2008b.

PIERANTONI, C. R. *et al.* Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde: análise da década atual. In: **Observatório de Recursos Humanos em Saúde no Brasil**. Brasília: Ministério da Saúde, 2008a.

PIERANTONI, C. R.; VARELLA, T. C.; FRANÇA, T. Recursos humanos e gestão do trabalho em saúde: da teoria à prática. **Cad RH Saúde**, Brasília, v.3, n.1, p.27-38, 2006.

PINTO, I. C. M.; TEIXEIRA, C. F. Formulação da Política de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde: o caso da Secretaria Estadual de Saúde da Bahia, Brasil, 2007-2008. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 27, n.9, p.1777-1788, set. 2011.

RECIFE. Secretaria Municipal de Saúde. **Lei Municipal nº 16.959, de 04 de fevereiro de 2004**. Institui o grupo ocupacional saúde da administração direta do município do Recife e cria o respectivo plano de cargos, carreiras e vencimentos do quadro efetivo de pessoal. Recife, 2004.

\_\_\_\_\_. **Lei Municipal nº 17.772, de 16 de janeiro de 2012**. Institui o Plano de Cargos, Carreiras, Desenvolvimento e Vencimentos - PCCDV - do Grupo Ocupacional Saúde da Administração Direta do Município do Recife para os ocupantes de cargos efetivos que aderirem ao Plano. Recife, 2012b.

\_\_\_\_\_. **Projeto do Programa de Qualificação e Estruturação da Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde no SUS da SMS/Recife, de 06 de dezembro de 2006**. Recife, 2006.

RECIFE. Secretaria Municipal de Saúde. Diretoria Geral de Planejamento e Gestão. **Plano Municipal de Saúde: 2002-2005**. Recife, 2001.

\_\_\_\_\_. **Plano Municipal de Saúde: 2006-2009**. Recife, 2005.

\_\_\_\_\_. **Plano Municipal de Saúde: 2010-2013**. Recife, 2009a.

\_\_\_\_\_. **Relatório Anual de Gestão: 2006**. Recife, 2007.

\_\_\_\_\_. **Relatório Anual de Gestão: 2007**. Recife, 2008.

\_\_\_\_\_. **Relatório Anual de Gestão: 2008**. Recife, 2009b.

\_\_\_\_\_. **Relatório Anual de Gestão: 2009**. Recife, 2010.

\_\_\_\_\_. **Relatório Anual de Gestão: 2010**. Recife, 2011.

\_\_\_\_\_. **Relatório Anual de Gestão: 2011**. Recife, 2012a.

SAMPAIO, J.; ARAÚJO Jr., J. L. do A. C. de. Análise das políticas públicas: uma proposta metodológica para o estudo no campo da prevenção em AIDS. **Rev. bras. saúde matern. infant**, Recife, v. 6, n. 3, p. 335-346, jul./set. 2006.

SANTANA, J. P. A gestão do trabalho nos estabelecimentos de saúde: elementos para uma proposta. IN: Brasil. Ministério da Saúde. **Gestão Municipal de Saúde: textos básicos**. Rio de Janeiro: Ministério da Saúde, 2001. p. 219-233.

SANT'ANNA, S. R.; HENNINGTON, E. A. Micropolítica do trabalho vivo em ato, ergologia e educação popular: proposição de um dispositivo de formação de trabalhadores da saúde. **Trab. Educ. Saúde**, Rio de Janeiro, v. 9, supl.1, p. 223-244, 2011.

SCALCO, S. V.; LACERDA, J. T.; CALVO, M. C. M. Modelo para avaliação da gestão de recursos humanos em saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.26, n.3, p.603-614, mar. 2010.

SCHNEIDER, F.; SILVA, C. S. Trabalhador da saúde: gente cuidando de gente. In: BRASIL. **Política Nacional de Humanização**. Formação e intervenção. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

SCHRAIBER, L. B.; MACHADO, M. H. Trabalhadores da saúde: uma nova agenda de estudos sobre recursos humanos em saúde no Brasil. In: FLEURY, S. (Org.) **Saúde e Democracia: a luta do CEBES**. São Paulo: Lemos Editorial, 1997. p. 281-297.

SEIXAS, P. H. D. Os pressupostos para Elaboração da Política de Recursos Humanos nos Sistemas Nacionais de Saúde. In: FALCÃO, A. *et al* (Org.). **Política de Recursos Humanos em Saúde: Seminário Internacional**. Brasília: Ministério da Saúde, 2002. p.100-113.

SILVA, E. V. M.; SILVA, S. F. As Implicações da Gestão do Trabalho no SUS: um olhar do gestor local. **Cad RH Saúde**, Brasília, v.3, n. 2, p. 53-62, ago. 2008.

SILVA, L. M. S *et al*. Análise da Organização e Funcionamento dos Conselhos de Saúde e a Gestão Participativa em Fortaleza, CE. **Saúde Soc.**, São Paulo, v.21, supl.1, p.117-125, 2012.

SISSON, M. C *et al*. Estratégia de Saúde da Família em Florianópolis: integração, coordenação e posição na rede assistencial. **Saúde Soc.**, São Paulo, v.20, n.4, p.991-1004, 2011.

SIQUEIRA, C. E.; CASTRO, H.; ARAÚJO, T. M. A globalização dos movimentos sociais: resposta social à Globalização Corporativa Neoliberal. **Ciênc. saúde colet.**, Rio de Janeiro, v.8, n.4, p.847-858, 2003.

SIQUEIRA, M. M. M.; PADOVAM; V. A. R. Bases Teóricas de Bem-Estar Subjetivo, Bem-Estar Psicológico e Bem-Estar no Trabalho. **Psic., Teor. Pesq.**, São Paulo, v. 24, n. 2, p. 201-209, 2008.

SOUZA, C. Políticas Públicas: questões temáticas e de pesquisa. **Caderno CRH**, Salvador, n. 39, p. 11-24, jul./dez. 2003.

SOUZA, C. Políticas Públicas: uma revisão da literatura. **Sociologias**, Porto Alegre, ano 8, n. 16, p.20-45, jul./dez. 2006.

STOTZ, E. N. Trajetória, limites e desafios do controle social do SUS. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 30, n. 73/74, p. 149-160, 2006.

TAVEIRA, Z. Z.; DE SOUZA, R. A; MACHADO, M. H. Precarização dos vínculos de trabalho na Estratégia Saúde da Família: revisão de literatura. **Divulg. saúde debate**, Rio de Janeiro, n. 47, p. 102-110, 2012.

TOBAR, F.; YALOUR, M. R. **Como fazer teses em saúde pública**: conselhos e idéias para formular projetos e redigir teses e informes de pesquisas. 20 ed. Rio de Janeiro: FIOCRUZ; 2001. 172p.

VASCONCELOS, C. M.; PASCHE, D. F. O Sistema Único de Saúde. In: CAMPOS, G.W. *et al.* (Org.). **Tratado de saúde coletiva**. 2.ed. São Paulo: HUCITEC; Rio de Janeiro: FIOCRUZ; 2009. cap. 16, p. 531-562.

VALLEMONT, S. A modernização do Estado: as lições de uma experiência. Brasília: **Revista MARE/ENAP**, Texto para discussão, n. 12, 1996.

VAZQUEZ, D. A. Efeitos da regulação federal sobre o financiamento da saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.27, n.6, p.1201-1212, 2011.

VIANA, A. N.; BAPTISTA, T. W. F. Análise de políticas de saúde. In: GIOVANELLA, L. **Políticas e sistemas de saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2008. cap. 2, p. 65-102.

VÍCTORA, C. G.; KNAUTH, D. R.; HASSEN, M. de N. A. **Pesquisa qualitativa em saúde**: uma introdução ao tema. Porto Alegre: Tomo Editorial, 2000. 125p.

YIN, R. K. Quando usar os estudos de caso como método de pesquisa. In: \_\_\_\_\_. **Estudo de caso**: planejamento e métodos. 4 ed. Porto Alegre: Bookman, 2010. cap.1, p. 23-45.



## APÊNDICE A – Roteiro de Entrevista

### ROTEIRO DE ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADA – Gestão do Trabalho

1. Qual o cargo/função que você exerce/exerceu? Há quanto tempo você exerce/exerceu essa função?
2. Como você ingressou na Gestão do Trabalho? Precisou ou teve oportunidade de fazer uma formação relacionada à Gestão do Trabalho?
3. Conta/contou com uma equipe específica para conduzir a Gestão do Trabalho? Como se organiza/organizava a equipe?
4. Você considera que existe uma Política de Gestão do Trabalho em Saúde no município?
5. Quais as principais características do conteúdo da Política de Gestão do Trabalho na Saúde?
  - Proposta do governo / Agenda;
    - Quem define / definiu a agenda? Como ela é / foi transmitida aos atores envolvidos?
  - Vantagens / potencialidades da Política;
  - Desvantagens / restrições da Política;
6. Como se apresentava/apresenta o contexto no momento da implantação/ implementação da Política de Gestão do Trabalho em Saúde?
  - Idéias e críticas da gestão sobre a Política de Gestão do Trabalho na Saúde;
  - O comportamento do governo facilitou/facilita a implantação/implementação da política;
  - Razões pelas quais o governo municipal resolveu implantar/implementar ou não a Política de Gestão do Trabalho na Saúde;
  - A criação da SGTES foi/é responsável por definir mudanças nas estruturas de Gestão do Trabalho;
7. Como ocorreu o processo de tomada de decisão e implementação da Política?
  - Como política é / foi operacionalizada;
  - Mudanças observadas no setor após a implantação/implementação (resultados gerencial / organizacional e na assistência);
  - A inserção da Gestão do trabalho na secretaria municipal reflete sua importância na gestão da saúde (marco normativo-legal x efetiva implementação);
8. Quais eram/são os atores sociais envolvidos no processo da Política e como eles se relacionavam entre si e com a Política?
  - Com que a gestão divergia/diverge e cooperava/coopera;
  - Tipos mecanismos utilizados para a pactuações entre os vários atores envolvidos na Política (GGGTES x MS / DGGTES x SES / DGGTES x GOGPs);
  - Relações com a saúde do trabalhador (CEREST) e com o Conselho Municipal;
  - Papéis e atribuições definidas entre os atores;
9. Diante da conjuntura atual, quais as estratégias para a consolidação da Gestão do Trabalho de forma efetiva?

**APÊNDICE B - Roteiro de Entrevista**  
**ROTEIRO DE ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADA – Conselho Municipal**

1. Qual o cargo/função que você exerce/exerceu? Há quanto tempo você exerce/exerceu essa função?
2. Como você ingressou no CMS? Precisou ou teve oportunidade de fazer uma formação relacionada ao Controle Social?
3. Você considera que existe/existia uma Política de Gestão do Trabalho em Saúde no município?
4. O CMS participou das discussões para a implantação / implementação da Política de Gestão do Trabalho em Saúde no município?
  - Proposta do governo / Agenda;
    - Quem define / definiu a agenda? Como ela é / foi transmitida aos atores envolvidos?
  - Discussões sobre vínculos/desprecarização (concursos); PCCV; MNP; Saúde do Trabalhador
  - Vantagens / Desvantagens da Política;
5. Como se apresentava/apresenta o contexto no momento da implantação / implementação da Política de Gestão do Trabalho em Saúde?
  - O comportamento do governo facilitou/facilita a implantação/implementação da política e a participação do CMS;
  - Razões pelas quais o governo municipal resolveu implantar/implementar ou não a Política de Gestão do Trabalho na Saúde;
6. Quais eram/são os atores sociais envolvidos no processo da Política e como eles se relacionavam entre si e com a Política?
  - Tipos de mecanismos utilizados para as pactuações entre os vários atores envolvidos na Política (DGGTES / GOGPs /Atenção Básica);
  - Relações com a saúde do trabalhador - CEST e CIST (funcionamento, algum momento mais forte: gestão ou indução MS; Papéis e atribuições definidas entre os atores);
    - Existe política de saúde do trabalhador? Participação do CMS
  - Assédio moral – maiores discussões a partir de 2007;
7. Diante da conjuntura atual, quais as estratégias de atuação do CMS para a consolidação da Gestão do Trabalho de forma efetiva?
8. Sugestões.

**APÊNDICE C - Roteiro de Entrevista**  
**ROTEIRO DE ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADA – Saúde do Trabalhador**

1. Qual o cargo/função que você exerce/exerceu? Há quanto tempo você exerce/exerceu essa função?
2. Como você ingressou na Saúde do Trabalhador? Precisou ou teve oportunidade de fazer uma formação relacionada ao setor?
3. Você considera que existe/existia uma Política de Saúde do Trabalhador no município?
  - Proposta do governo / Agenda;
    - Quem define / definiu a agenda? Como ela é / foi transmitida aos atores envolvidos?
  - Vantagens / Desvantagens da Política;
  - Atuação do CEST – estrutura, participação ativa/efetiva;
  - Ações pontuais, quais?
4. Como se apresentava/apresenta o contexto no momento da implantação / implementação da Política de Saúde do Trabalhador em Saúde?
  - O comportamento do governo facilitou/facilita a implantação/implementação da política;
  - Razões pelas quais o governo municipal resolveu implantar/implementar ou não a Política;
5. Quais eram/são os atores sociais envolvidos no processo da Política e como eles se relacionavam entre si e com a Política?
  - Tipos de mecanismos utilizados para as pactuações entre os vários atores envolvidos na Política (DGGTES / GOGPs /Atenção Básica);
  - Relações CEST x CIST - Participação do CMS
6. Diante da conjuntura atual, quais as estratégias para fortalecimento da saúde do trabalhador e sua integração com a Gestão do Trabalho para a consolidação da Política de Gestão do Trabalho de forma efetiva?
7. Sugestões.

## APÊNDICE D - TCLE

### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Pesquisador Responsável: Juliana Maria Oriá de Oliveira [Mestranda em Saúde Pública]

Orientador do Estudo: Paulette Cavalcanti de Albuquerque

Eu \_\_\_\_\_, declaro que aceito participar do estudo científico intitulado “Análise da implementação da Política de Gestão do Trabalho na Saúde no município do Recife-PE”. Minha participação é voluntária e consistirá em responder a uma entrevista sobre questões relacionadas à temática, com o objetivo de levantar as informações necessárias para a realização da análise da Política de Gestão do Trabalho no período de 2006 a 2011 e construção do modelo lógico da referida política.

Entendi que, a qualquer momento, poderei desistir de participar, sendo que minha recusa não trará nenhum prejuízo em minha relação com o pesquisador ou com a Instituição que ele representa. Os possíveis riscos da minha participação nessa pesquisa podem advir de constrangimentos, perante pessoas e instituições, caso meus posicionamentos ou minha identidade venham a ser revelados em público. Fatos que serão minimizados pela garantia de confidencialidade das informações prestadas e pelo anonimato de todos que participarem da pesquisa.

Estou ciente que essa entrevista será gravada e posteriormente transcrita, e da sua apresentação pública, através dos meios de divulgação dos resultados desse estudo. Essa pesquisa trará subsídios para compreender como a gestão do trabalho se organiza para implementar suas ações, podendo contribuir tanto para dar visibilidade as atividades desenvolvidas pelo município do Recife, como para instrumentalizar a gestão com informações valiosas para aprimoramento da política, sendo potencialmente benéfica para os profissionais que compõem essas estruturas de gestão do trabalho na saúde.

Declaro ainda que recebi uma cópia desse Termo de Consentimento.

Quaisquer dúvidas, esclarecimentos e contribuições serão conduzidos pelo contato com Juliana Maria Oriá de Oliveira, a qualquer momento, através do tel: (81) 9904-5126 e do endereço eletrônico: [juoria@hotmail.com](mailto:juoria@hotmail.com).

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2012  
**LOCAL DATA**

\_\_\_\_\_  
 Assinatura do Participante

\_\_\_\_\_  
 Assinatura do Pesquisador

## ANEXO A – Carta de Anuência



Prefeitura do Recife  
Secretaria de Saúde

### CARTA DE ANUÊNCIA

Autorizo **Juliana Maria Oriá de Oliveira**, aluna do curso de Mestrado em Saúde Coletiva do Centro de Pesquisa Aggeu Magalhães / Fundação Oswaldo Cruz – CpqAM / FIOCRUZ, a desenvolver pesquisa na Diretoria Geral de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde, no Centro de Referência em Saúde do Trabalhador – CEREST, no Conselho Municipal de Saúde e nos Distritos Sanitários I ao VI, da Secretaria de Saúde do Recife, sob o título: “**Análise da implementação da política de Gestão do Trabalho no Município do Recife - PE**”, sendo orientada por Paulette Cavalcanti de Albuquerque.

Estarei ciente que me são resguardados e abaixo listados:

- O cumprimento das determinações éticas da resolução 196/1996 do Conselho Nacional de Saúde.
- A garantia de solicitar e receber esclarecimentos, antes e durante o curso da pesquisa;
- A liberdade de recusar a participar ou retirar minha anuência, em qualquer fase da pesquisa, sem penalização alguma;
- A garantia de que nenhuma das pessoas envolvidas será identificada e terá assegurado privacidade quanto aos dados envolvidos na pesquisa;
- Não haverá nenhuma despesa para a Secretaria de Saúde do Recife decorrente da participação na pesquisa.

O(s) pesquisador(es) comprometem-se a trazer para esta diretoria o relatório final da pesquisa através de cópia em *Compact Disk* (CD), uma vez que só serão autorizadas novas pesquisas se não houver pendências de devolutiva do serviço.

Tenho ciência do exposto e concordo em fornecer subsídios para a pesquisa.

Recife, 06 de janeiro de 2012.

**Cinthia Kalyne de A. Alves**  
Diretora Geral de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde

Cinthia Kalyne de A. Alves  
Diretora Geral de Gestão do Trabalho-0007  
Secretaria de Saúde  
Matr. 89.642-0

## ANEXO B – Aprovação do CEP



**Título do Projeto:** “Análise da implementação da política de gestão do trabalho na saúde no município do Recife-PE”.

**Pesquisador responsável:** Juliana Maria Oriá de Oliveira.

**Instituição onde será realizado o projeto:** CPqAM/FIOCRUZ

**Data de apresentação ao CEP:** 19/03/2012

**Registro no CEP/CPqAM/FIOCRUZ:** 06/12

**Registro no CAAE:** s/n

### PARECER Nº 10/2012

O Comitê avaliou as modificações introduzidas e considera que os procedimentos metodológicos do Projeto em questão estão condizentes com a conduta ética que deve nortear pesquisas envolvendo seres humanos, de acordo com o Código de Ética, Resolução CNS 196/96, e complementares.

O projeto está aprovado para ser realizado em sua última formatação apresentada ao CEP e este parecer tem validade até 02 de maio de 2015. Em caso de necessidade de renovação do Parecer, encaminhar relatório e atualização do projeto.

Recife, 02 de maio de 2012.

  
Coordenadora do CEP/CPqAM

**Janaina Campos de Miranda**  
Pesquisadora em Saúde Pública  
Coordenadora  
Mat. SIAPE 464771  
CEP / CPqAM / FIOCRUZ

Observação:

Anexos:

- Orientações ao pesquisador para projetos aprovados;
- Modelo de relatório anual com 1º prazo de entrega para 02/05/2013.