



FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ
CENTRO DE PESQUISAS AGGEU MAGALHÃES
DEPARTAMENTO DE SAÚDE COLETIVA
ESPECIALIZAÇÃO EM GESTÃO DO TRABALHO
E EDUCAÇÃO NO SUS



Marlon Machado Costa

**A ESTRUTURAÇÃO DA ÁREA DE GESTÃO DO TRABALHO
E EDUCAÇÃO NA SAÚDE EM UMA MATERNIDADE DE
ALTO RISCO NO ESTADO DO MARANHÃO**

RECIFE

2008

MARLON MACHADO COSTA

**A ESTRUTURAÇÃO DA ÁREA DE GESTÃO DO TRABALHO E EDUCAÇÃO
NA SAÚDE EM UMA MATERNIDADE DE ALTO RISCO NO
ESTADO DO MARANHÃO**

Monografia apresentada ao Curso de Especialização em Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, Centro de Pesquisa Aggeu Magalhães e Fundação Oswaldo Cruz, como para obtenção do título de especialista em Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde.

Orientadora: Ms. Kátia Rejane de Medeiros

RECIFE

2008

MARLON MACHADO COSTA

**A ESTRUTURAÇÃO DA ÁREA DE GESTÃO DO TRABALHO E EDUCAÇÃO
NA SAÚDE EM UMA MATERNIDADE DE ALTO RISCO NO ESTADO DO
MARANHÃO**

Monografia apresentada ao Curso de Especialização em Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, Centro de Pesquisa Aggeu Magalhães e Fundação Oswaldo Cruz, como para obtenção do título de especialista em Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde.

Orientadora: Prof^a Kátia Rejane de Medeiros

RECIFE

2008

Catálogo na fonte: Biblioteca do Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães

C837e Costa, Marlon Machado.

A estruturação da área de gestão do trabalho e educação na saúde em uma maternidade de alto risco no Estado do Maranhão/ Marlon Machado Costa. — Recife: M. M. Costa, 2008.

35 f.: il.

Monografia (Curso de Especialização em Gestão do Trabalho e Educação) – Departamento de Saúde Coletiva, Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz.

Orientadora: Kátia Rejane de Medeiros.

1. Administração de Recursos Humanos em Saúde. 2. Recursos Humanos em Saúde. 3. Educação em Saúde. 4. Maternidades. I. Medeiros, Kátia Rejane de. II. Título.

CDU 658.3:61

MARLON MACHADO COSTA

**A ESTRUTURAÇÃO DA ÁREA DE GESTÃO DO TRABALHO E EDUCAÇÃO
NA SAÚDE EM UMA MATERNIDADE DE ALTO
RISCO NO ESTADO DO MARANHÃO**

Monografia apresentada ao Departamento de Saúde Coletiva do Centro de Pesquisa Aggeu Magalhães e Fundação Oswaldo Cruz, como para obtenção do título de especialista em Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde.

Data da Apresentação: ____/____/____

BANCA EXAMINADORA

Profa. Ms. Kátia Rejane de Medeiros

CPqAM/ FIOCRUZ

Profa. Ms. Eliane dos Santos de Oliveira

ENSP

RESUMO

A pesquisa tratou da situação dos recursos humanos de uma maternidade de alto risco do estado do Maranhão, o Hospital Maternidade Marly Sarney. Tendo como objetivo central subsidiar a gestão da unidade na tarefa de estruturação da área de gestão do trabalho e educação na saúde, o estudo envolveu uma revisão da literatura sobre o tema e a análise de fontes documentais. A metodologia empregada teve característica histórica, qualitativa e descritiva. A redução significativa de servidores públicos de regime estatutário, foi a principal conclusão das análises sobre os efeitos das medidas gerenciais na unidade ocorridas nos anos 90.

Palavras chaves: Recursos Humanos em Saúde. Educação em Saúde. Maternidades. Administração de Recursos Humanos em Saúde.

ABSTRACT

This study investigated the Human Resources situation in a high risk maternity in the province of Maranhão, Marly Sarney Maternity and Hospital. Aiming to subsidize the unit management on the task of structuring the area of labor management and health education, the research involved a literature review on the subject and documentary sources analysis. The methodology used was remarkable historical, qualitative and descriptive. The significant reduction of civil employees of the statutory regimen was the main conclusion of the analysis regarding the effects of management measures in the unit occurred in the nineties.

Keywords: Health Manpower. Health Education. Hospitals, Maternity. Health Personnel Management

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	7
2 MARCO TEÓRICO	10
3 MATERIAL E MÉTODO	19
4 DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	20
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS	32
REFERENCIAS	34

1 INTRODUÇÃO

O Sistema Único de Saúde foi criado em 1988 pela Constituição Federal e regulamentado pela Lei Nº 8.080 (Lei Orgânica da Saúde) de 19 de setembro de 1990. Concomitante a sua consolidação (implantação de projetos e medidas que aumentaram o acesso da população ao sistema), o SUS teve que conviver nos anos 90 com importantes transformações no mercado do trabalho.

A partir de 1994, intensificou-se no país a chamada Reforma Administrativa do Estado (conduzida pelo Ministério da Administração e Reforma do Estado), que se baseou em medidas de enxugamento do aparelho estatal e na flexibilização da administração pública (minimização do Estado). No campo dos recursos humanos, os principais impactos dessas medidas foram: estímulo a aposentadoria, privatização, desregulamentação e demissão de trabalhadores (MACHADO, 2006).

Neste contexto de reformas, a saúde teve que se submeter aos processos de flexibilização, visto que não foi considerada como “núcleo estratégico de Estado”, mas sim como fazendo parte das funções “não exclusiva de Estado”. Portanto, ao longo dos anos 90 os Estados e Municípios, seguindo o modelo do Governo Federal, passaram a adotar no SUS a política da flexibilização na gestão de pessoal e da precarização das relações de trabalho, utilizando diversas modalidades de vinculação, como contratos informais, de prestação de serviço, contratos temporários, cargo comissionado e formas intermediárias de contratação. A terceirização de pessoal no SUS passou a ser realizada geralmente por cooperativas, fundações, Organizações Sociais (OS) e Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público (OSCIP).

O Regime Jurídico Único (consagrado pela Constituição de 1988) passou, de acordo com os princípios reformistas, a ser reservado apenas aos funcionários que exerciam funções reguladoras e administrativas de alto nível, sendo cada vez menos aplicado aos servidores públicos.

No Maranhão, a administração pública seguiu a mesma pauta de reformas estabelecidas em âmbito nacional. O último concurso público para a saúde realizado pelo Governo do Estado, data de 1992 (Edital Nº 001/91-CCC/SEARHP), ou seja, antes que a rede de ações, programas e serviços ligados a Secretaria de Estado da Saúde sofressem significativo crescimento; decorrente, sobretudo, do amplo processo de implementação e consolidação do SUS no Estado. Desde então, o único recurso disponível ao gestor,

preocupado em atender a crescente demanda de mão-de-obra por parte dos serviços de saúde, foi operar de acordo com o modelo da flexibilização.

Na primeira década do SUS no Maranhão, as principais modalidades de contratação de pessoal empregadas pela SES foram baseadas em contratos administrativos e de parceria de gestão com cooperativas, fundações, OSs e OSCIPs – alguns ainda hoje vigentes. Em sua maioria esses contratos tiveram seu auge a partir das Leis Nº 9 637 de 15 de maio de 1998 e 9 790 de 23 de março de 1999, publicadas durante o governo do presidente Fernando Henrique Cardoso.

As unidades pertencentes à rede estadual de saúde sofreram um total esvaziamento de servidores públicos de regime estatutários, ao mesmo tempo em que tiveram que ampliar a sua capacidade de serviços e equipamentos, indispensáveis ao processo de implementação do SUS e as necessidades de saúde cada vez mais complexas da população.

Assim, todo o elenco de novos programas, ações e serviços que passou a ser desenvolvido pelas unidades de saúde, a partir da criação do Sistema Único de Saúde, foram supridos com recursos humanos terceirizados; ou seja, serviços públicos realizados não por servidores públicos, mas por trabalhadores recrutados por instituições não estatais – contradição que passou a se abrigar nas nossas instituições de saúde juntamente com suas novas responsabilidades.

Atualmente, existe um consenso sobre os entraves e malefícios que o modelo da flexibilização acarretou para a gestão de recursos humanos no SUS, como por exemplo, alta rotatividade de pessoal, dificuldade de fixação de profissionais em certos territórios, problemas de remuneração, desqualificação dos trabalhadores frente às demandas de saúde da população. Condições que por sua vez prejudicaram o acesso e a qualidade dos serviços, bem como o desenvolvimento das ações e continuidade das políticas (BRASIL, 2004).

De modo geral, hoje se reconhece a relevância social do trabalho em saúde. O entendimento dominante é que a saúde, como direito fundamental da pessoa humana, não pode ser promovida sem a garantia de direitos aos profissionais que a constroem. É extremamente incompatível com a natureza deste trabalho o fato dele ser desprovido de valorização e proteção.

Pelo o que foi exposto, tornam-se oportunas investigações que avaliem o impacto efetivo dessas políticas e modelos de gestão de pessoal, colocados em curso pela administração pública nacional e estadual a partir dos anos 90 do século XX, sobre os serviços públicos de saúde; além de buscar estratégias gerenciais na área de Rh para

atendimento das necessidades específicas destes serviços, frente aos avanços constantes no processo de consolidação do SUS.

É neste contexto que se inscreve o objeto da presente pesquisa, cujo lugar de estudo será o Hospital Maternidade Marly Sarney, que ocupa posição estratégica na rede estadual de saúde desde sua fundação (1974). Nesta unidade se pode observar de forma concreta os desdobramentos que a ausência ou desestruturação da gestão do trabalho propiciam aos serviços de saúde e a população que dele faz uso.

2 MARCO TEÓRICO

O desafio do SUS no contexto da reforma do estado brasileiro nos anos 90

Entre os inúmeros avanços trazidos pela Constituição de 1988 ao processo histórico de conquista de direitos da sociedade brasileira, encontra-se a inscrição da saúde como valor social supremo. Em linhas gerais, a partir dessa importante inovação, seria então responsabilidade do estado à criação de um Sistema Público de Atendimento à Saúde da População, nomeado de Sistema Único de Saúde.

Quando a Constituição estabeleceu a saúde como um direito humano fundamental, o entendimento é que sem ela é impossível a existência de outros valores constitucionais, como dignidade da pessoa humana, liberdade, cidadania, segurança, bem-estar, desenvolvimento, igualdade e justiça. Estes são valores que só podem ser exercidos se, primeiramente, houver a garantia da vida, assegurada por meio do direito a saúde. De modo que, em seu artigo 196, está expresso: “A saúde é direito de todos e dever do estado”, visto ser ela a condição de possibilidade de qualquer outro direito.

Pertencente ao “conjunto integrado de ações de iniciativa dos poderes públicos e da sociedade” (art. 194) que compreendem a seguridade social, o Sistema Público de Atendimento a População é “garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doenças e de outros agravos e ao acesso universal as ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação”.

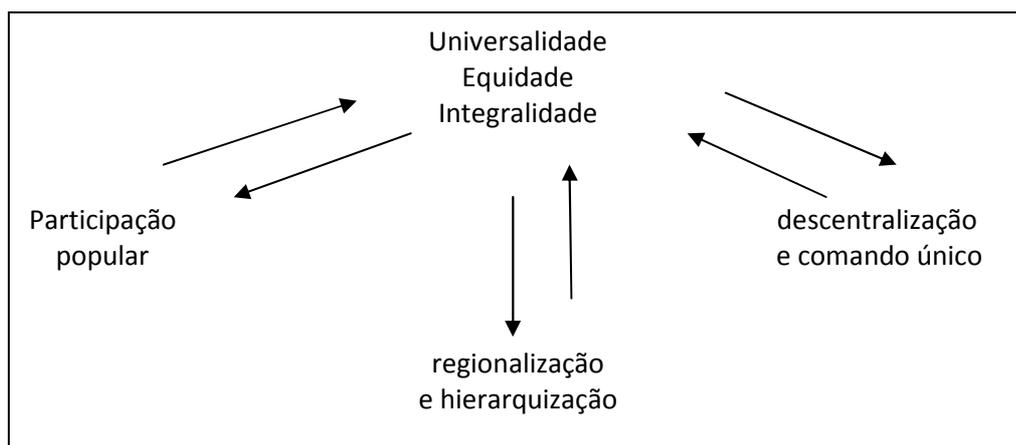
Mesmo com uma análise superficial do texto constitucional, tal como se faz agora, é possível identificar as características centrais do referido Sistema. Este claramente se registra como ações e serviços integrados numa “rede regionalizada e hierarquizada”, constituindo um “sistema único” e “organizado” de acordo com as “diretrizes” da “descentralização”, “atendimento integral” e “participação da comunidade” (art. 198). Como dever do estado, a rede de serviços públicos de saúde é (ou deve ser) mantida com recurso das três esferas de governo (União, Estados e Municípios), sendo livre à iniciativa privada a assistência a saúde. Ou seja, mesmo não participando do sistema público de saúde, a Constituição reserva a iniciativa privada o direito de prestar serviços de assistência a saúde, considerando esses serviços de relevância pública, como definido no artigo 197. Entretanto, quando participar do Sistema Único de Saúde, a entidade privada (com ou sem fins lucrativos) fará de forma complementar e se submeterá as diretrizes deste.

A lei 8 080 de 19 de setembro de 1990 apresenta com mais detalhes, quais são as condições de organização do sistema de saúde brasileiro, que assegurariam o seu funcionamento dentro parâmetros constitucionais. No seu artigo 7, determina que as ações e serviços públicos de saúde deverão ser desenvolvidos obedecendo princípios doutrinários como universalidade de acesso, integralidade da assistência, preservação da autonomia das pessoas, igualdade da assistência, direito a informação, integração das ações de saúde com as do meio ambiente e saneamento básico, capacidade resolutiva, organização dos serviços, entre outros.

O conceito de saúde, a responsabilidade de cada esfera de governo na garantia de seus fatores determinantes e condicionantes, a gestão, os recursos humanos, o financiamento e o papel da iniciativa privada, pela Lei 8 080, também se encontram expressamente definidos como elementos estruturantes do Sistema Único de Saúde.

Assim, temos no início dos anos noventa, um projeto extraordinário de um sistema de saúde público, construído com diretrizes organizativas equilibradas, regido por valores soberanos inscritos numa legislação maior, com o intuito de atender as demandas sociais mais relevantes da área. Sem dúvida um avanço, quando se considera a história da saúde pública no Brasil.

Cunha e Cunha (1988) apresentam uma imagem esquemática do Sistema Único de Saúde, que expressa bem a sua coesão:



“Um núcleo comum (único), que concentra os princípios doutrinários, e uma forma de organização e operacionalização, os princípios organizativos” (CUNHA; CUNHA, 1998).

A complexidade deste projeto está no fato de que várias instituições, das três esferas de governo e do setor privado, pertencentes aos mais diversos contextos culturais, econômicos e sociais, podem atuar, quando inserido no sistema, como se fossem um organismo, produtor de atividades de saúde diferentes, mas ao mesmo tempo complementares – promoção, proteção e recuperação.

Em toda a sua estrutura, núcleo e formas de organização o sistema de saúde trás a possibilidade de superação das marcas históricas da saúde pública no país, que pode ser caracterizada pelo desenvolvimento de modelos centralizados de assistência a saúde, perpetuadores de exclusão e desigualdade social.

É importante considerar neste momento, entretanto, a seguinte questão: que entraves poderia existir a consolidação do projeto do Sistema Único de Saúde dentro do contexto histórico de redemocratização, nova república e reforma de Estado a que se submetia o país no decorrer dos anos 90? Visto que o próprio SUS, como afirma Nogueira, “pode ser considerado como produto de uma reforma modernizante do Estado” e “equivalente de processo de redemocratização”? (NOGUEIRA; CASTRO, 1999).

O antagonismo de forças que ameaçava o sistema vinha, por assim dizer, de dentro:

O processo de construção do Sistema Único de Saúde é resultante de um conjunto de embates políticos e ideológicos, travados por diferentes atores sociais ao longo dos anos. Decorrente de concepções diferenciadas, as políticas de saúde e as formas como se organizam os serviços não são frutos apenas do momento atual, ao contrário, têm uma longa trajetória de formulações e de lutas. [...] É claro que alguns anos após sua implementação legal pela Constituição de 1988, o SUS não é hoje uma novidade. No entanto, apesar do tempo decorrido e da clareza das definições legais, o SUS significa transformação e, por isso, processo político e prático de fazer idéias a realidade concreta. A afirmação legal de um conceito é um passo importante, mas não é, em si, uma garantia de mudanças. Construção é a idéia que melhor sintetiza o SUS. Garantido o alicerce, falta compor, parte a parte, a estrutura do edifício. Não existe caminho natural para isso. Os embates políticos, corporativos e a variada gama de interesses de um setor que mobiliza muito recursos, estão sempre presentes (CUNHA; CUNHA, 1998).

Indubitavelmente, podem ser observados, em todo o território nacional e nas diferentes esferas de governo, avanços significativos em praticamente todos os elementos constitutivos do sistema de saúde brasileiro. Já nos anos 90 do século XX, a evolução de aspectos como a descentralização, o financiamento e o controle social; permitiu a organização e execução bem sucedida de ações de promoção/proteção/recuperação da saúde, que efetivamente redefiniram este campo de assistência no país. São resultantes desse processo o Programa Saúde da Família (PSF) e a Reforma Psiquiátrica, sem mencionar as ações da vigilância sanitária, vigilância epidemiologia e da assistência farmacêutica.

É digno de nota, entretanto, que um dos elementos indispensáveis na implementação e consolidação do SUS não acompanhou semelhante evolução: os recursos humanos necessários a sua construção.

As questões atinentes a formação, contratação, desenvolvimento e valorização da mão de obra ou força de trabalho da saúde, de maneira a atender os princípios da Constituição de 1988 e da Lei 8 080, que garantiria o pleno funcionamento do Sistema, só recentemente tem recebido o devido destaque por parte dos gestores públicos.

Como todo e qualquer sistema, sendo assim caracterizada a rede de serviços públicos de atendimento à saúde da população, é obvio que a não organização de um de seus elementos é suficiente para ameaçar seu pleno equilíbrio e funcionamento – essa é a constatação que se alude quando não se reconhecer a importância dos trabalhadores no processo de construção do Sistema Único de Saúde. Questiona-se se o ponto de desestabilização de um sistema de saúde assegurador de direitos constitucionais não reside na medida em que se nega esses mesmos direitos aos seus trabalhadores.

Sem dúvida, é na questão dos recursos humanos que o projeto de *reforma modernizante* do SUS e Plano da Reforma do Estado brasileiro revelam seu maior antagonismo.

Na apresentação do Plano Diretor da Reforma do Aparelho do Estado, elaborado pelo Ministério da Administração Federal e da Reforma do Estado em 1995, dirigido na época pelo Ministro Luís Carlos Bresser Pereira, o Presidente da República Fernando Henrique Cardoso menciona que a “crise brasileira da última década foi também uma crise do Estado”. Observa que “em razão de modelos de desenvolvimento que governos anteriores adotaram”, o Estado “desviou-se de suas funções básicas, para atuar no setor produtivo”, o que teria propiciado “a deterioração dos serviços públicos”, “o agravamento da crise fiscal” e, conseqüentemente, o incremento da inflação (BRASIL, 2004).

Após ressaltar que a administração pública, “ao limitar-se a padrões hierárquicos rígidos e ao concentrar-se no controle dos processos e não dos resultados”, apresenta-se lenta e “ineficiente para a magnitude e a complexidade dos desafios que o país passou a enfrentar diante da globalização econômica”, o presidente da república propôs que era necessário estabelecer a administração pública que nomeou de gerencial, baseada em conceitos modernos de administração e eficiência: “voltada para o controle dos resultados e descentralizada para poder chegar ao cidadão, que, numa sociedade democrática, é quem dá legitimidade às instituições e que, portanto, se torna ‘cliente privilegiado’ dos serviços prestados pelo Estado” (BRASIL, 2004).

O Plano Diretor estabeleceu que o aparelho do Estado compreende quatro setores:

- **Núcleo estratégico**, que corresponde ao governo “em sentido lato”: os Poderes Legislativo e Judiciário, o Ministério Público e o Poder Executivo (Presidente da República, Ministros, auxiliares, etc);
- **Atividades exclusivas**, em que só o Estado pode atuar ou realizar, no exercício do seu poder extroverso. Exemplos: cobrança e fiscalização dos impostos, a polícia, previdência social básica, o serviço de trânsito, controle do meio ambiente, serviço de emissão de passaporte, subsídio à educação básica e compra dos serviços de saúde;
- **Serviços não exclusivos**, em que o Estado atua simultaneamente com outras organizações públicas não-estatais e privadas. As instituições desse setor não possuem Poder do Estado, mas este não pode estar ausente porque tais serviços envolvem direitos humanos fundamentais, como os da educação e da saúde. Exemplos: as universidades, os hospitais, os centros de pesquisa e os museus;
- **Produção de bens e serviços para o mercado**, que corresponde às áreas de atuação das empresas, caracterizadas pelas atividades econômicas voltadas para o lucro.

Um outro aspecto que o *Plano Diretor* dá especial ênfase refere-se a distinção entre as formas de propriedade no capitalismo atual. Além da propriedade estatal e propriedade privada, haveria outra intermediária, considerada extremamente relevante pelos autores do *Plano Diretor*, conhecida como *propriedade pública não-estatal*.

Não é a propriedade estatal porque aí não se exerce o poder de Estado. Não é, por outro lado, a propriedade privada, porque se trata de um tipo de serviço por definição subsidiado. A propriedade pública - não estatal torna mais fácil e direto o controle social, através da participação nos conselhos de administração dos diversos segmentos envolvidos, ao mesmo tempo que favorece a parceria entre sociedade e Estado. As organizações desse setor gozam de uma autonomia administrativa muito maior do que aquela possível dentro do aparelho do Estado (BRASIL, 2004).

Para cada setor constituinte do Aparelho do Estado foram definidas diferentes formas de propriedade. No núcleo estratégico e no setor exclusivo a propriedade deveria ser necessariamente estatal, mas no setor não-exclusivo ou competitivo a propriedade ideal seria a pública não-estatal. Já para o setor de produção de bens e serviços para o mercado a “regra” seria a propriedade privada.

No caso específico da saúde, que se situaria entre os serviços não-exclusivos, os objetivos da Reforma do Estado foram:

Transferir para o setor público não-estatal estes serviços, através de um programa de

"publicização", transformando as atuais fundações públicas em organizações sociais, ou seja, em entidades de direito privado, sem fins lucrativos, que tenham autorização específica do Poder Legislativo para celebrar contrato de gestão com o Poder Executivo e assim ter direito a dotação orçamentária; lograr maior autonomia e maior responsabilidade para os dirigentes desses serviços; lograr adicionalmente um controle social direto desses serviços...; lograr, finalmente, uma maior parceria entre o Estado, que continuará a financiar a instituição, a própria organização social, e a sociedade a que serve e que deverá também participar minoritariamente de seu financiamento via compra de serviços e doações; aumentar, assim, a eficiência e a qualidade dos serviços [...] (BRASIL, 2004).

A partir desse arcabouço de idéias, diversos Estados e Município iniciaram a contratação de entidades privadas sem fins lucrativos para prestar serviços de saúde à população, transferindo a estas entidades (organizações sociais) a utilização de prédios, instalações, equipamentos e recursos humanos públicos, próprios do Sistema Único de Saúde. Tal transferência, altamente praticada a partir dos anos 90, conhecida como terceirização dos serviços de saúde, ocorreu sob os argumentos da administração pública gerencial: que, segundo a lógica dos reformadores, resultaria no aumento da qualidade e eficiência dos serviços de saúde à comunidade; maior autonomia administrativa e financeira aos seus dirigentes e, em compensação, maior responsabilização dos mesmos, bem como maior controle social. Tudo isso a menor custo para o Estado.

Na saúde, essas organizações sociais são representadas por cooperativas de médicos, associações de médicos, entidades filantrópicas sem fins lucrativos (ou entidades com fins lucrativos), entidades civis de prestação de serviços médicos, etc., que baseadas no conceito de propriedade pública não estatal, receberiam, por exemplo, uma unidade hospitalar pública (com toda sua capacidade instalada) para exercer total autonomia de gerenciamento e prestação de serviços de saúde, inclusive para fazer compras sem licitação e realizar contratação de pessoal sem concurso público.

Nogueira e Castro (1999) utilizam o termo “terceirização interna” para designar o processo que passou a atuar dentro dos serviços públicos de saúde a partir dos anos 90, onde o Estado na qualidade de “contratante cede ao contratado (em geral, uma cooperativa de profissionais ou outro tipo de empresa não-lucrativa) uma parte de seus próprios recursos (materiais e humanos) para prestar o serviço requerido” (NOGUEIRA; CASTRO, 1999). E comenta mais adiante: “dá a impressão de que o contratante está interessando em comprar, antes de mais nada, a flexibilidade administrativa e as competências de gestão do contratado, das quais estaria desprovido” (NOGUEIRA; CASTRO, 1999).

Outro tipo de terceirização citado por esses autores (“terceirização externa”), diz respeito a que foi instituída pela Lei 9 790 de 23 de março de 1999, que permite ao Estado

criar contratos de parceria de gestão de unidade públicas de saúde com Organizações Não Governamentais (ONGs), “rebatizadas sob o nome de Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público (OSCIP)”. Embora essa alternativa de flexibilização, “previsivelmente [...] utilizada em ampla escala nos próximos anos”, seja mais vantajosa para os profissionais contratados, pela possibilidade de garantia de direitos trabalhista, “a idéia de um termo de parceria pode ser facilmente distorcida para dar origem a uma relação contratual meramente utilitarista, fazendo com que, em última instância, sejam ‘manipuladas’ pelos gestores públicos” (NOGUEIRA; CASTRO, 1999).

O quanto essa lógica interna instaurada nos serviços de saúde pelo contexto de reformas, fundamentadas no princípio da flexibilidade gerencial e motivadas pela necessidade de estabilização econômica e diminuição do déficit público, favoreceram ou não o projeto de implementação de um Sistema Único de Saúde no país, de modo atende as suas especificidades originais, pode ser elucidado quanto se analisa a situação dos recursos humanos e do trabalho em saúde na última década.

A questão dos recursos humanos na saúde

Longe de se situar apenas no campo dos embates políticos e ideológicos sobre o papel do Estado em face de sua necessidade de modernização e redemocratização – Estado comprometido apenas com as suas funções exclusivas (amplamente difundida pelos defensores do Plano Direto) versus Estado com o dever de prestar assistência à saúde diretamente, proposto pela Constituição de 1988 e a Lei 8 080; as mudanças que emergiram nos anos 90 tiveram profundo impacto sobre os serviços de saúde pública.

Autores como Noronha e Soares (2001) ressaltam o seguinte: “defendemos a idéia de que na década de 1990 houve não apenas uma interrupção, mas um retrocesso no processo de construção de um Projeto Social para o Brasil que foi inscrito na Constituição de 1988”. Quando analisa o caso das organizações sócias, salienta que trata-se do mesmo tipo de desresponsabilização do Estado praticada em períodos passados da saúde pública no país (IAPI, INAMPS), quando houve a privatização completa de serviços ambulatoriais e hospitalares, mas agora com uma camuflagem contemporânea, num processo que este autores nomearam de “privatização por dentro do setor”:

chegou-se à introdução da lógica mercantil no interior dos serviços públicos. Esta privilegia a uma não demonstrada ‘microeconomia’ da relação custo/benefício em detrimento da qualidade. Sob o argumento da ‘modernização gerencial’ eliminou-se a figura do servidor público através da ‘flexibilização’ e ‘desregulamentação’ das relações de trabalho, gerando um total descompromisso do serviço com a população

atendida. As formas assumidas por essa ‘modernidade gerencial’ são variadas, sendo as mais conhecidas as ‘cooperativas’, camuflagem de precariedade dos contratos de trabalho e de evasão fiscal para o não recolhimento de contribuições sociais (NORONHA; SOARES, 2001).

Visto a sua inserção no contexto das reformas dos anos 90, é possível afirmar que a expansão do setor saúde (novos serviços, ampliação de estruturas, composição de equipes e postos de trabalho), decorrente do processo de implementação e consolidação do Sistema Único de Saúde, foi amplamente influenciada pelo o modelo da flexibilização, sobretudo, no que se refere a sua crescente demanda de gestão de recursos humanos.

No texto do Plano Diretor, quando trata da questão de recursos humanos como um dos itens de seu “diagnostico” sobre a situação em que se encontrava a administração pública, contém críticas contundentes a Constituição Federal de 1988, ao chamar de “equivocos” a institucionalização do Regime Jurídico Único, a limitação do ingresso por concurso público e a estabilização dos servidores. Estes seriam reflexos de uma legislação “inadequada”, “protecionista”, inibidora do “espírito empreendedor”; sendo que poderiam ser empregadas formas “mais flexíveis” e “também eficazes na busca da melhoria dos resultados das organizações e da qualidade dos serviços prestados”. Ou seja, uma legislação que estabeleceu uma política de recursos humanos incoerente com as necessidades do Estado, ineficiente e de alto custo – ao contrário da que se propôs pelo modelo da flexibilização.

É nítida a presença de flexibilidades em toda a extensa rede pública de serviços de saúde que se desenvolveu nos últimos anos. Segundo Machado, de 13 133 estabelecimentos de saúde no final da década de 1970, em 2002 o Brasil conta com 67 612, o que implicou na geração de mais de dois milhões de empregos. Em sua análise sobre a situação do mercado de trabalho em saúde nos últimos anos, esta autora indica que a “flexibilização contratual gerou no SUS mais de 500 mil situações de trabalho em condições precárias, contrariando não só a Constituição como também gerando insegurança na prestação dos serviços” (MACHADO, 2006).

Os exemplos mais conhecido nesse quadro são o Programa Saúde da Família (PSF) e Agentes Comunitários de Saúde, ambos de importância estratégica na desospitalização do Sistema e redefinição do modelo assistencial em saúde; entretanto, a forma flexibilizada de vinculação mantida com as categorias profissionais que compõem esses programas, não lhes garantiu direitos trabalhista, chegando a situações totalmente desprovidas de base legal. Uma parcela significativa dessas categorias ainda mantém vínculo com instituições de saúde que se caracterizam por contratos precários de trabalho, como bolsas de trabalho, pró-labore, pagamento por serviço prestado, contratos verbais etc. Assim, constata-

se o paradoxo do trabalho em saúde: os trabalhadores que atuam dentro do Sistema de Saúde não têm acesso aos direitos constitucionais que o próprio Sistema pretende assegurar.

Pode-se dizer que a década de 90 foi a década perdida para os trabalhadores da saúde, por várias razões. [...] Os anos 90 – de consolidação do SUS – foi o período da antipolítica de RH. Os fatos são claros. 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. Adotou-se a política da antipolítica (MACHADO, 2006).

Atualmente, existe um consenso sobre os entraves e malefícios que o modelo da flexibilização acarretou para a gestão de recursos humanos no SUS, como por exemplo, comenta Machado: falta de perspectiva de “carreira profissional”, “criação de um exercito de trabalhadores sem direitos sociais e trabalhistas”, “expansão de novas profissões e ocupações pouco comprometida como os preceitos do SUS” (MACHADO, 2006). Além de outras situações bem conhecidas como alta rotatividade de pessoal, dificuldade de fixação de profissionais em certos territórios, problemas de remuneração, desqualificação dos trabalhadores frente às demandas de saúde da população (BRASIL, 2004). Condições por sua vez prejudiciais ao acesso dos serviços, a qualidade da assistência, ao desenvolvimento das ações e a continuidade das políticas públicas de saúde; enfim, que colocaram em risco as bases do projeto de construção do Sistema Único de Saúde.

3 MATERIAL E MÉTODO

A presente pesquisa foi realizada durante os meses de novembro de 2008 a janeiro de 2009, no Hospital Maternidade Marly Sarney, pertencente à rede estadual de saúde do Maranhão. Localizada em São Luís, esta unidade é considerada uma das mais importantes unidades de alto risco do estado.

A pesquisa baseou-se em fontes bibliográficas e documentais (correspondências oficiais, atos administrativos, relatórios de gestão etc.), que foram tratados segundo um referencial metodológico de característica histórica, qualitativa e descritiva.

Além da própria maternidade, informações foram obtidas em documentos da Secretaria de Estado da Saúde, visando à melhor fundamentação da análise da situação de recursos humanos na unidade. Este diagnóstico foi organizado a luz da revisão da literatura recente sobre a temática de recursos humanos em saúde, buscando-se sempre na bibliografia elementos para se compreender a realidade concreta, definida como objeto desta investigação.

Convém aqui considerar o seguinte aspecto, evidenciado durante o desenvolvimento da pesquisa: as atribuições, funções e atividades atinentes ao RH de uma instituição como uma maternidade, não podem ser estudado sem sua adequada compreensão no contexto geral das políticas públicas de saúde.

Tal consideração é contrária a maneira usual de pensar, que situou o RH como simples departamento pertencente à área meio, ao lado de outros tipos de recursos, como os materiais e patrimoniais, por exemplo. A sua compreensão como mero setor pessoal, que cuida de informações do elemento humano da organização (movimentação, cadastro, folha de pagamento, aposentadoria, etc.), durante muito tempo ocultou o seu caráter estratégico no âmbito do Sistema Único de Saúde.

A coleta de informações tidas como específicas de outros setores, portanto, mostrou-se surpreendentemente relevante para o RH, na medida em que ajudou a salientar a sua condição de ativador de processos de amplo impacto no desenvolvimento do trabalho em saúde. Informações oriundas da rede de serviços, atenção básica, vigilância em saúde, auditoria, orçamento, regulação e avaliação evidenciaram-se como propícias a otimização do trabalho daqueles que, nas instituições de saúde, se ocupam dos recursos humanos; oportunizando a visualização de novas práticas, significados e objetivos.

4 DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

A importância da Maternidade Marly Sarney para o processo de descentralização da saúde no Maranhão

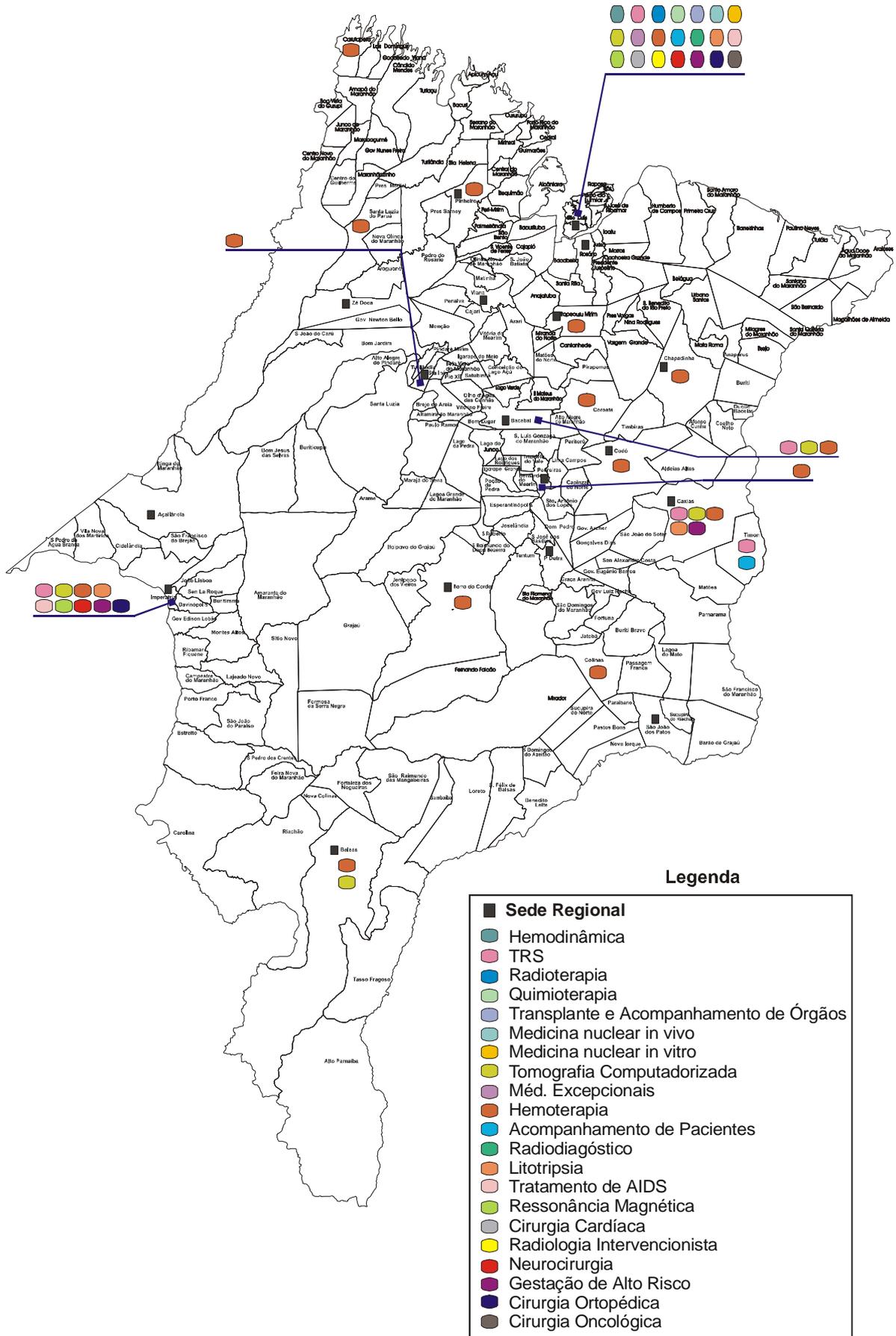
O processo de descentralização da saúde no Maranhão se iniciou com organização da Programação Pactuada Integrada de 1998 (PPI/98). Influenciada pelas Normas Operacionais Básicas da Saúde (NOAS) 01/1993 e 01/1996, a PPI/98 apresentou a primeira proposta de regionalização da saúde no Estado. Visando atender as exigências do processo de habilitação do Estado como Gestor Pleno do Sistema de Saúde, bem como as atualizações trazidas pela NOAS-SUS 01/2002, essa proposta de regionalização sofreu amplas adequações, sendo registradas no Plano Diretor de Regionalização (PDR), vigente até hoje.

Através do PDR foi criada a Rede de Referência para a Alta Complexidade no Estado do Maranhão, com os municípios sedes das 3 macrorregionais (São Luís, Imperatriz e Caxias) realizando plenamente procedimentos de Alta Complexidade, entre este o atendimento a gestantes de alto risco.

Com objetivo de assegurar uma melhor qualidade no atendimento à Gestante de Alto Risco e visando à redução do índice de morbimortalidade materna e neonatal, foi implantado os Sistemas Estaduais de Referência Hospitalar para atendimento da Gestante de Alto Risco. No Maranhão, este atendimento passou a ter como referência estadual o Hospital Regional Materno Infantil em Imperatriz, o Hospital Universitário “Unidade Materno Infantil” e a Maternidade Marly Sarney em São Luís.

A implantação das Normas Operacionais Básicas 01/1993 e 01/1996 desencadearam intenso processo de municipalização/descentralização que possibilitou, pela maciça transferência de responsabilidades, atribuições e recursos para operacionalização do Sistema Único de Saúde – SUS, o surgimento de um novo contingente de técnicos qualificados a nível municipal e o início efetivo da participação de novos atores no cenário da política de saúde, os gestores municipais (MARANHÃO, 2004).

Municípios que realizam procedimentos ambulatoriais e hospitalares de alta complexidade, Maranhão, 2003.



A Maternidade Marly Sarney está localizada numa das principais avenidas de São Luís, a Jerônimo de Albuquerque, situada no Bairro da Cohab Anil, um dos principais e mais populosos da capital maranhense. De acordo com o CNES (Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde), esta unidade, pertencente à rede de serviços de saúde do Estado, está estruturada para presta assistência em urgência e emergência (atendimento contínuo de 24 horas por dia, incluindo sábados, domingos e feriados), ambulatorial e hospitalar.

- Urgência e emergência: 01 consultório, 02 salas de atendimento feminino, 01 sala de atendimento indiferenciado, 01 sala de repouso/observação – feminina com 06 leitos;
- Ambulatório: 08 consultórios de clínicas básicas, 04 consultórios não médicos, 01 sala de curativos, 02 salas de enfermagem, 01 sala de imunização, 01 sala de nebulização;
- Hospital: sala de recuperação: 01 consultório e 04 leitos, sala de cirurgia: 02 consultórios, sala de parto normal: 03 consultórios, sala de pré-parto: 04 consultórios e 08 leitos, leitos de alojamento conjunto: 84 (cirurgia geral 04, clínica geral 01, obstetrícia cirúrgica 39, obstetrícia clínica 40), UTI Neonatal: 20, pediatria clínica: 15

A unidade é habilitada para oferecer os seguintes serviços especializados: serviço de atenção ao pré-natal e nascimento (acompanhamento do pré-natal de alto risco e de baixo peso, parto em gestação de alto risco), serviço de suporte nutricional, serviço de diagnóstico por anatomia patológica e/ou citopatológica, serviço de diagnóstico por imagem (radiologia, ultrassonografia), serviço de diagnóstico por laboratório clínico.

Entre os serviços de apoio que dispõe encontram-se: ambulância, banco de leite, central de esterilização de materiais, farmácia, lavanderia, necrotério, nutrição e dietética, serviço de prontuário de pacientes, serviço de manutenção de equipamentos, serviço social.

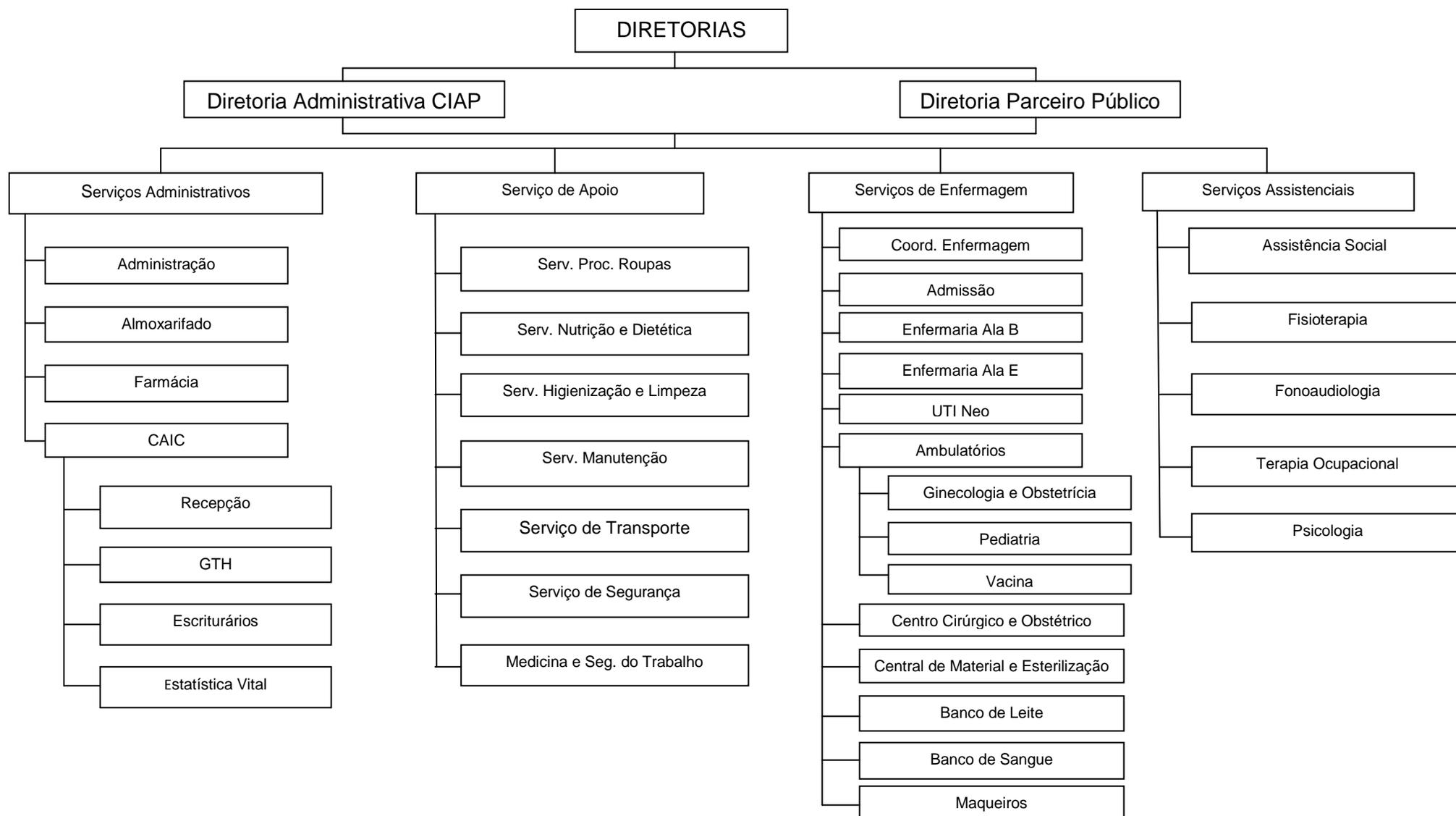
Segundo dados do Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde (CNES), os equipamentos que a maternidade possui são: 01 raio x até 100 ma, 01 raio x 100 a 500 ma, 01 ultrassom ecografo, 01 grupo gerador, 07 berços aquecidos, 24 bombas de infusão, 02 desfibriladores, 17 equipamentos de fototerapia, 09 incubadoras, 03 monitores de ECG, 01 monitor de pressão não-invasivo, 10 reanimadores pulmonares/ambu, 09 respiradores/ventiladores.

Em relação aos recursos humanos, a unidade possui 371 profissionais cadastrados no CNES. Em dados mais atualizados conta com 537 funcionários, assim distribuídos:

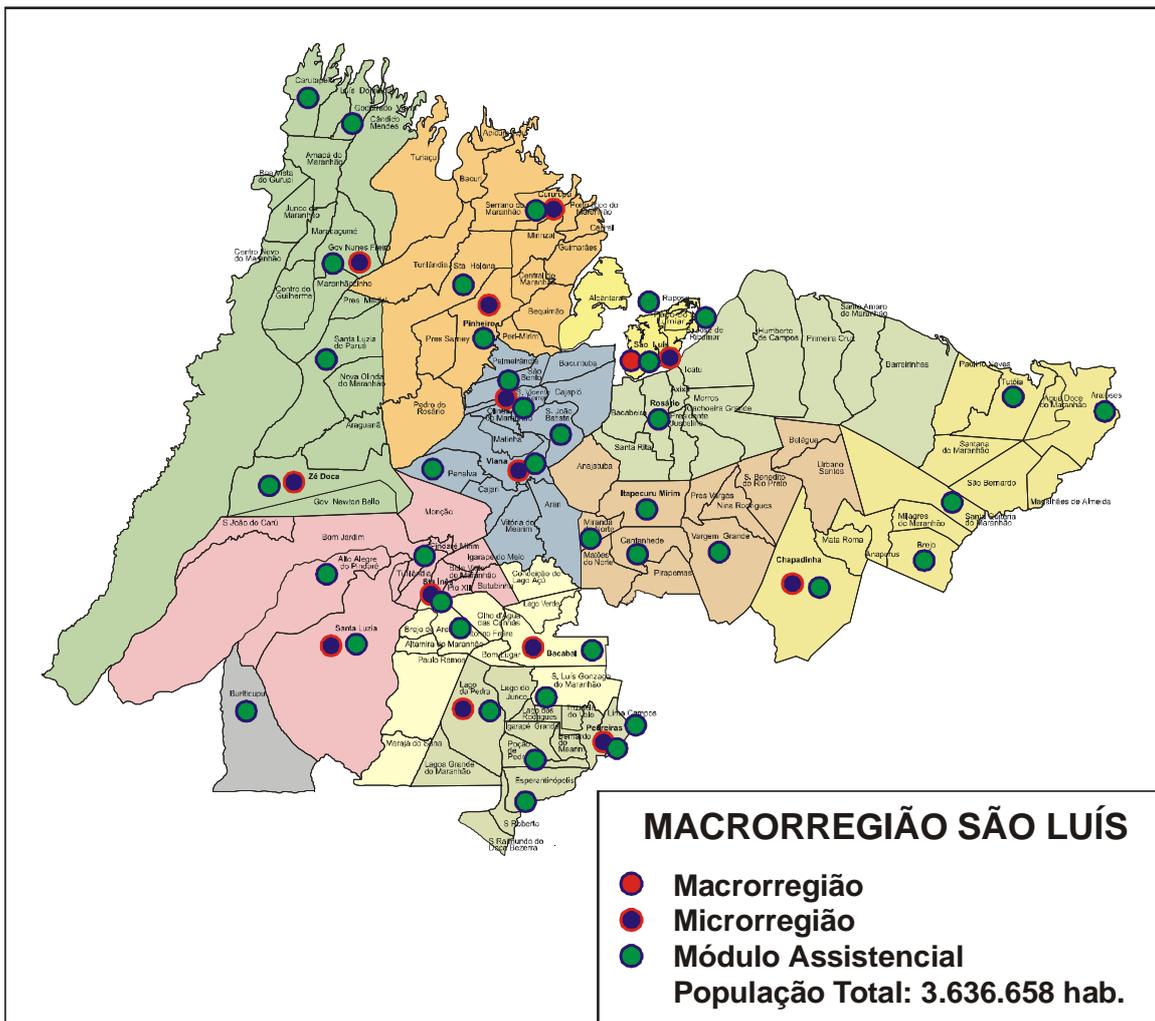
MARLY SARNEY – CIAP	
CARGOS	QUANT
AGENTE DE PORTARIA	13
AUXILIAR DE ENFERMAGEM	175
AUXILIAR DE ENFERMAGEM NO TRABALHO	1
AOSD	91
ASSISTENTE ADMINISTRATIVO	15
ASSISTENTE SOCIAL	5
ASSISTENTE JURÍDICO	1
AUXILIAR DE MATERIAIS	9
AUXILIAR ADMINISTRATIVO	1
BOMBEIRO HIDRÁULICO	1
COSTUREIRA	1
COZINHEIRO	4
COORDENADOR ADMINISTRATIVO	3
COORDENADOR DST/AIDS	1
COORDENADOR DE NÍVEL MÉDIO	4
COORDENADOR SHL	1
COORDENADOR DE NÍVEL SUPERIOR	8
ELETRICISTA	2
ESTATÍSTICO	2
ENGENHEIRO DE SEG. TRABALHO	1
ESCRITURÁRIO	6
ENFERMEIRO	33
FARMACEUTICO	1
FARMACEUTICO-BIOQUÍMICO	1
FATURISTA	1
FISIOTERAPEUTA	9
FONOAUDIÓLOGO	2
MÉDICO	1
MÉDICO DO TRABALHO	1
MEC. MANUTENÇÃO	1
MOTORISTA	7
NUTRICIONISTA	1
PEDAGOGO	2
PINTOR	1
PSICÓLOGO	5
RECEPCIONISTA	26
REL. PÚBLICAS	1
SECRETÁRIA	2
SOCIÓLOGO	1
TELEFONISTA	6
TÉCNICO EM INFORMÁTICA	8
TÉCNICO EM BANCO DE SANGUE	6
TERAPEUTA OCUPACIONAL	3
TÉC. ENFERMAGEM TRABALHO	1
TÉC. ADMINISTRAÇÃO	2
TECNÓLOGO GESTÃO HOSPITALAR	1
TÉC. SEGURANÇA TRABALHO	4
TÉC. EM ADMINISTRAÇÃO	2
TOTAL	474

MARLY SARNEY – ESTADO	
CARGOS	QUANT
AGENTE ADMINISTRATIVO	5
AGENTE DE SAÚDE	1
AUX. DE ENFERMAGEM	19
AUX. SERVIÇOS DIVERSOS	18
AUX. DE SERVIÇOS DE SAÚDE	11
ASSISTENTE ADMINISTRATIVO	1
ASSISTENTE SOCIAL	1
GRÁFICO	1
MÉDICO	3
MOTORISTA	1
PSICÓLOGO	1
TÉCNICO EM ESTATÍSTICA	1
TOTAL	63

Segundo organograma da unidade, os seus recursos humanos encontram-se organizados nos seguintes setores:



De acordo com o PDR, a Maternidade Marly Sarney destina-se ao atendimento de usuários procedentes da Macrorregião de São Luís, formada por 127 municípios, população total de 3.636.658 habitantes, correspondendo a 61,91 % da população total do Estado. Esta macrorregião por sua vez, divide-se em 13 microrregiões: São Luís, São Vicente de Ferrer, Viana, Cururupu, Pinheiro, Chapadinha, Santa Inês, Zé Doca, Santa Luzia, Governador Nunes Freire, Bacabal, Lago da Pedra e Pedreiras, com 39 módulos assistenciais.



A Reforma do Estado dos anos 1990 no Maranhão e os seus impactos na Maternidade Marly Sarney

A Maternidade Marly Sarney foi fundada no ano de 1974. Desde então, sempre teve grande demanda - realizava até 880 partos por mês. Prestava atendimento ambulatorial em várias especialidades, como clínica geral, ginecologia, pediatria, dermatologia, odontologia. Na época era hospital escola ligado a Universidade Federal do Maranhão (UFMA). Possuía um banco de alimentos, para fornecimento de gestas básicas as gestantes carentes cadastradas. Distribuição de medicamentos as gestantes que faziam pré-natal na unidade.

Concomitante ao processo de evolução que todo serviço de saúde naturalmente deve se submeter, visando atender as crescentes necessidades da população e, sobretudo, as novas exigências e competências inauguradas pelo Sistema Único de Saúde; é certo que a Maternidade sofreu os impactos das importantes transformações advindas da Reforma do Estado nos anos 1990, especificamente, as que se operavam no Maranhão.

O marco inicial do processo reformista no Maranhão encontra - se na Lei 5643, de 08 de fevereiro de 1993, que 'Dispõe sobre as Diretrizes e Bases da Administração Estadual'. Por essa lei, o Estado passou a contar, a partir dessa data, com um avançado arcabouço institucional onde se encontram formulados, de forma clara e objetiva, princípios de gestão e de atuação governamentais, regras relativas à organização da administração pública estadual e à execução orçamentária e ao estabelecimento do modelo de administração por sistemas. Com o início do primeiro mandato do Governo Roseana Sarney, esse processo assume a perspectiva de prioridade governamental e se desdobra em todas as suas conseqüências, tendo obtido grandes resultados. O Decreto n ° 15. 052, de 22 de maio de 1996 instituiu o Programa de Desestatização, Reestruturação e Ajuste do Estado.- PDRA, que ampliou o escopo original do Programa Estadual de Privatização. Com essa iniciativa, o governo desenvolveu estratégias que viabilizaram diversas formas de parcerias e cooperação com a sociedade, com administradores, funcionários e com a classe empresarial. A partir do segundo período do governo Roseana Sarney, houve uma reorientação completa na administração pública do estado, com a extinção das organizações tradicionais e a criação de uma nova matriz institucional orientada para o enfoque gerencial. Foram criadas as Gerencias de Estado, em níveis central e regional. As primeiras, com o propósito de formulação de políticas públicas e as demais para execução programática (MARANHÃO, 2008).

Uma das mudanças propiciadas por esse pacote de medidas - a que o Plano Plurianual de 2004-2007 chama de "reorientação completa na administração pública do estado", no sentido de consolidar "grandes avanços" – diz respeito à extinção das Secretarias de Estado e criação das Gerências Centrais e Regionais, através da Lei 7 356 de 29 de dezembro de 1998. A Secretaria de Estado da Saúde foi extinta e substituída pela Gerência de

Estado de Qualidade de Vida (1998). Entre os argumentos apresentados para justificar essa reforma encontram-se:

- A adoção de formas de gestão integrada, como forma de coordenar esforços dos diferentes órgãos públicos, que possam atuar em conjunto na solução dos problemas;
- Estimular a descentralização para assegurar respostas mais rápidas às demandas da população nos postos de atendimento de serviços públicos;
- Favorecer a participação da sociedade nas decisões referentes às políticas, programas e projetos do governo;
- Estabelecer a administração responsável, no sentido de que responda por resultados perante a população maranhense;
- Estabelecer o planejamento estratégico, o controle e a avaliação de resultados como práticas permanentes da gestão governamental;
- Aumentar o controle social sobre as ações do Governo (MARANHÃO, 2004).

Em 1995 a Maternidade Marly Sarney foi fechada para reforma, após um período de “decadência”, quando ocorreu a diminuição dos serviços oferecidos, a redução dos profissionais e a restrição dos recursos (menos atendimentos, menos remédios etc), até o fechamento das portas. Os seus servidores foram colocados a disposição durante todo o período da reforma (três anos).

Reinaugurada em 1998, a maternidade passou a ser alvo das medidas de reorganização administrativa, já colocadas em curso no Maranhão, em um processo que pode ser identificado como terceirização. A sua administração foi transferida a empresa Pró-saúde - Associação Beneficente de Assistência Social e Hospitalar (sociedade civil de direito privado, filantrópica e sem fins lucrativos); o que acarretou a redução significativa de servidores públicos do estado para dá lugar à contratação de empregados mediante contratos temporários.

Na época existiam na unidade 393 servidores públicos, com o início do contrato com a cooperativa, permaneceram apenas 100, que foram gradativamente reduzidos a dois. Os demais servidores públicos tiveram que buscar a sua lotação para outras unidades de saúde do Estado.

O Contrato de prestação de serviço médicos, implantação, organização, administração, assistência e gerenciamento da Maternidade Marly Sarney, firmado entre a Gerência de Estado de Qualidade de Vida e a Empresa Pro Saúde, teve duração de 36 meses (Contrato nº 31/2000/AJ/GQV, Processo nº 08603/99/GQV). Entre as obrigações da empresa

contratada, constava a de responder pelas despesas e encargos trabalhistas, previdenciários e outros, na forma da legislação em vigor, dos seus empregados utilizados na execução dos serviços.

No campo da saúde no Maranhão, não deixaram de se surgir movimentos resistentes a medidas restritivas promovidas pelo Programa de Desestatização, Reestruturação e Ajuste do Estado (PDRA), como os que se manifestaram nas Conferências Estaduais de Saúde realizadas no período.

A IV Conferência Estadual de Saúde “Construindo um Modelo de Atenção à Saúde para a Qualidade de Vida”, 04 a 06 de julho de 1996, chegou a propôs em seu relatório final, no que se refere a recursos humanos, ações completamente antagônicas ao modelo de gestão pública praticadas no Estado, tais como:

- Respeito rigoroso à legislação pertinente ao serviço público, em particular o ingresso por concurso público;
- Que a Secretaria de Estado da Saúde instale a mesa de negociação no Estado do Maranhão, composta por entidades representativas dos trabalhadores, Conselhos Municipais e Estadual de Saúde para elaborar e implantar, num prazo de 12 meses, o plano de cargos, carreiras e salários para os trabalhadores do SUS e que acabe o uso de 30% dos recursos do SUS para pagamento de gratificações (CONFERÊNCIA ESTADUAL DE SAÚDE, 1996).

A V Conferência Estadual de Saúde e I Conferência Estadual de Saneamento Ambiental do Maranhão, realizadas nos dias 31 de agosto e 01 e 02 de setembro de 2000, da mesma forma, discutiu como as alterações na gestão pública de recursos, advindas da reforma administrativa do Estado, afetam o desenvolvimento do Sistema Único de Saúde (CONFERÊNCIA ESTADUAL DE SAÚDE, 2000). Durante as reuniões desta Conferência, foi realizada a palestra Profissionais de Saúde: à luz da NOB/RH96 (proferida por Magda Aparecida Gonçalves), quando se apresentou as seguintes Proposições de Diretrizes para os Recursos Humanos:

- Que a Gerência de Qualidade de Vida e Secretarias Municipais instale em médio prazo as Comissões de Plano de Cargos e Salários em suas respectivas esferas de governo;
- Que os Planos de Carreiras e Salários garantam a educação continuada de seus trabalhadores, criando incentivo para a interiorização dos profissionais de saúde;

- Que os gestores públicos façam cumprir a lei de concurso público como condição para ingresso no serviço público;
- Que os governos estaduais e municipais definam nos orçamentos recursos para capacitação, formação e qualificação dos profissionais da saúde (CONFERÊNCIA ESTADUAL DE SAÚDE, 2000).

A VI Conferência Estadual de Saúde: os princípios do SUS e o modelo de atenção à saúde, 11 a 14 de novembro de 2003, apontou a falta de política de PCCS do SUS na esfera estadual como um problema na consolidação do Controle Social e da Gestão Participativa (CONFERÊNCIA ESTADUAL DE SAÚDE, 2003).

Em 2003, ocorreu um novo processo de reorganização administrativa do Estado, por meio da Lei nº 7 844 de 31 de janeiro de 2003, com alteração da Lei 7 356 e da Lei nº 7 734 de 19 de abril de 2002. Para o setor saúde, talvez numa tentativa de atender demandas como as sinalizadas pelas Conferências de Saúde, esse novo pacote de medidas “reformistas” resultou na criação da Secretaria Extraordinária de Saúde Preventiva (SESP).

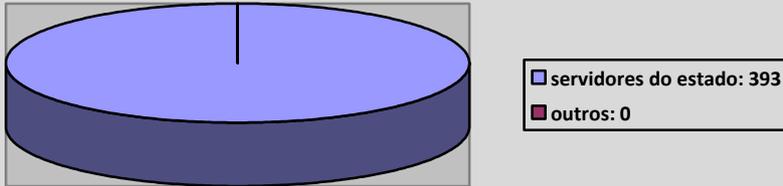
Sob o argumento de atender as prerrogativas e princípios do SUS, exigidos no processo de habilitação do Estado como gestor pleno da saúde, em 2004 a SESP foi extinta. Neste mesmo contexto foram elaborados o Plano Estadual de Saúde (final de 2003) visando atender a NOAS/2002, e o Plano Diretor de Regionalização (PDR).

Com o término do contrato da Pró-saúde por volta do ano de 2005, a Gerência de Estado de Qualidade de Vida, rebatizada de Secretaria de Estado da Saúde, passou a gerenciar a Maternidade Marly Sarney mediante termo de parceria de gestão com organizações sociais de interesse público (OSCIP), com base na Lei 9 790 de 23 de março de 1999, que dispõe sobre a qualificação dessas organizações.

Da mesma forma que a Pro Saúde, as OSCIPs parceiras de gestão da maternidade - em 2006 a Promur e a partir de 2007 a CIAP (Centro Integrado e Apoio Profissional), que segue até hoje - ficaram responsabilizadas pela contratação de mão de obra para execução dos serviços. O termo de parceira propiciou o retorno de alguns servidores do estado para a unidade.

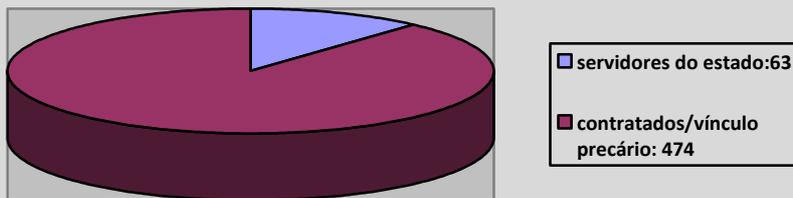
Atualmente a maternidade possui 474 funcionários contratos (contratos temporários regidos pela CLT) pela CIAP e apenas 63 servidores públicos estaduais de regime estatutário.

Número de servidores do estado de regime estatutário/1995



Fonte: Folha de Pagamento do Estado/SEAPS

Número de servidores do estado de regime estatutário/2008



Fonte Folha de Pagamento do Estado/SEAPS

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A ausência ou mesmo a tentativa de eliminação de servidores públicos concursados de regime jurídico estatutário, é a principal constatação da presente pesquisa relativa aos impactos da Reforma do Estado dos anos 90, sobre um serviço de saúde pública como a Maternidade Marly Sarney. É provável que em nenhuma outra unidade de saúde, pertencente à rede estadual de serviços, este aspecto das medidas de flexibilização da gestão de recursos humanos, típicas da referida década, tenha ocorrido de forma tão acentuada.

Chama a atenção o fato do não aproveitamento dos servidores públicos no processo de evolução da unidade, na sua missão de atender as necessidades de saúde da comunidade onde está inserida, bem como no projeto de consolidação do Sistema Único de Saúde no Maranhão, que a posicionou de forma efetivamente estratégica. Tudo indica que as pesadas demandas historicamente direcionadas a maternidade, tenham feita dela alvo de grande interesse dos gestores públicos e, por conseguinte, de medidas gerenciais que enfocassem a modernização, a eficiência, a eficácia e a qualidade. Características estas consideradas diametralmente opostas aos servidores públicos, segundo o pensamento reformista dominante na gestão pública nos últimos anos.

Cabe questionar, entretanto, se no raciocínio que defende a substituição de servidores públicos efetivos por contratados sem concurso público, no âmbito do modelo que pretende gerenciar o serviço público de saúde nos moldes da empresa privada, não subjaz uma lógica clientelista e patrimonialista, que embora camuflada em um discurso pela qualidade do atendimento ao cidadão, é completamente prejudicial aos mecanismos de controle sobre o uso dos recursos públicos do Sistema Único de Saúde.

O esvaziamento de servidores públicos foi realizado sobre o argumento de que eles dificultam o funcionamento adequado dos serviços de saúde, por suas características de trabalho não corresponderem aos critérios da moderna administração pública. Então porque mantê-los desestruturá-los^{1*} para buscar formas alternativas de substituí-los, ao invés de modernizá-los mediante políticas específicas de recursos humanos?

¹ *A dimensão da desestruturação que as medidas flexibilização das relações de trabalho acarretaram aos recursos humanos da Maternidade Marly Sarney (eleita como exemplo dos efeitos dessas medidas sobre os serviços de saúde), só pode ser descrita em seus detalhes mediante uma pesquisa que aborde outros tipos de fontes de informação, além das documentais; como por exemplo, a que poderia ser feita utilizando o depoimento de gestores e trabalhadores da saúde que estiveram envolvidos com os eventos que marcaram a trajetória do SUS no Estado. As fontes bibliográficas e documentais são muito restritas, e praticamente inexistentes antes de 1996, condição que comprometeu os resultados da presente pesquisa. Eventos notadamente conhecidos deixaram de serem registrados aqui por completa ausência de referências documentais.

A Secretaria de Estado da Saúde do Maranhão atualmente tem se empenhado em redirecionar o modelo de gestão de recursos que vem sendo praticada nos últimos, no sentido de corrigir as distorções propiciadas pela “década perdida para os recursos humanos em saúde”. Estão em curso importantes processos de trabalho, que objetivam: a instituição do Plano de Cargos e Salários para os servidores da saúde, realização de concurso público e desenvolvimento da Política Estadual de Educação Permanente.

Dois acontecimentos estão sendo importantes na mudança de concepção de gestão de Rh no estado: o Termo de Compromisso de Gestão Estadual (TCGE) e Adesão ao Programa de Qualificação e Estruturação da Gestão do Trabalho e da Educação no SUS (ProgeSUS).

Homologado pela Portaria Nº 375 GM/MS de 16 de fevereiro de 2007, o Termo de Compromisso de Gestão do Estado do Maranhão formaliza as responsabilidades e atribuições inerentes à esfera estadual na condução do processo de aprimoramento e consolidação do Sistema Único de Saúde. Entre estas responsabilidades assumidas pelo Gestor Estadual de Saúde, consta a de assumir o desenvolvimento de uma política de gestão do trabalho, de desprecarização dos vínculos e de educação na saúde (Eixo 5, Responsabilidades na Gestão do Trabalho, item 5.4).

No decorrer de 2007, visando atender os compromissos relativos à gestão do trabalho, a Supervisão de Recursos Humanos da SES esteve envolvida com a tarefa de reestruturação do seu setor. Em conformidade com a política nacional de gestão do trabalho no SUS, foram iniciados diversos processos e estratégias de trabalho que visaram fortalecer e qualificar a área de Recursos Humanos na saúde.

Com a adesão ao Programa de Qualificação e Estruturação da Gestão do Trabalho e da Educação no SUS (PROGESUS), instituído pela Portaria Nº 2.261/GM de 22 de setembro de 2006, mediante projeto de cooperação técnica e financeira com o Ministério da Saúde, tornou-se possível iniciar uma política de organização, modernização e profissionalização da gestão do trabalho e da educação na saúde.

REFERÊNCIAS

- ABRUCIO, Fernando Luiz. Trajetória Recente da Gestão Pública Brasileira: um balanço crítico e a renovação da agenda de reformas. **Revista de Administração Pública**, São Paulo, p. 67-86, 2007.
- ARIAS, E. H. L. et al. Gestão do Trabalho no SUS. **Cadernos RH Saúde**, Brasília, v. 3, n. 1, p. 119-124, mar. 2006.
- BRASIL. Ministério da Administração Federal e da Reforma do Estado. **Plano Diretor da Reforma do Aparelho do Estado**. Disponível em: <<http://www.bresserpereira.org.br/Documents/MARE/PlanoDiretor/planodiretor.pdf>>. Acesso em: 14 nov. 2008.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM/ nº 375 de 16 de fevereiro de 2007**. Disponível em: <<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/portaria%20375.pdf>> . Acesso em: 7 mar. 2007.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, Departamento de Gestão e da Regulação do Trabalho em Saúde. **Programa de qualificação e estruturação da gestão do trabalho e da educação no SUS – ProgeSUS**. Brasília, 2006.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, Departamento de Gestão e da Regulação do Trabalho em Saúde. **Gestão do Trabalho e da Regulação Profissional em Saúde: agenda positiva**. Brasília, 2004.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Departamento de Apoio à Descentralização. **Regulamento dos pactos pela vida e de gestão**. Brasília, 2006.
- CONFERÊNCIA ESTADUAL DE SAÚDE, 4., 1996, São Luís. **Relatório Final**. São Luís: Conselho Estadual de Saúde, 1996.
- CONFERÊNCIA ESTADUAL DE SAÚDE, 5., 2000, São Luís. **Relatório**. São Luís: Conselho Estadual de Saúde, 2000.
- CONFERÊNCIA ESTADUAL DE SAÚDE, 6., 2003, São Luís. **Relatório**. São Luís: Conselho Estadual de Saúde, 2003.

MACHADO, Maria Helena. Trabalhadores da Saúde e sua trajetória na Reforma Sanitária. **Cadernos RH Saúde**, Brasília, v. 3, n. 1, p. 12-25, mar. 2006.

MARANHÃO. Gerência Planejamento, Orçamento e Gestão. **Série Coletânea PPA 2004-2007**. Disponível em: <http://www.ma.gov.br/downloads/manual_01.pdf>. Acesso em: 13 nov. 2008.

MARANHÃO. Secretaria de Estado da Saúde. **Gestão Plena do Sistema Estadual de Saúde**. Plano Estadual de Saúde 2004-2007. São Luís, 2004.

NOGUEIRA, R. P.; SANTANA, J. P.; CASTRO, J. L. **Reforma do Estado, o SUS em Reforma e os Recursos**. Texto de Apoio do Curso de Especialização em Desenvolvimento de Recursos Humanos de Saúde. Natal, 1999.

NOGUEIRA, R. P.; SANTANA, J. P. **Gestão de Recursos Humanos e Reformas do Setor Público**: Tendências e Pressupostos de uma Nova Abordagem. Disponível em: <<http://www.opas.org.br/rh/admin/documentos/ACF22.pdf>>. Acesso em: 15 abr. 2008.

NORONHA, J. C.; SOARES, L. T. A Política de Saúde no Brasil dos anos 90. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 6, n. 2, p. 445-450, 2001.

PIERANTONI, C. R.; VARELLA, T. C.; FRANÇA T. Recursos Humanos e Gestão do Trabalho em Saúde: da teoria à prática. **Cadernos RH Saúde**, Brasília, v. 3, n. 1, p. 27-38, mar. 2006.