



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



**Ana Érica Rodrigues Pimentel
Francisco Carlos Uchôa do Amaral
Lorena Soares Rebouças Valentim
Sandra Maria Lopes Vasconcelos**

**ESTRUTURAÇÃO DA ÁREA DE GESTÃO DO
TRABALHO E EDUCAÇÃO NA SAÚDE NOS
MUNICÍPIOS DE CAUCAIA, MARACANAÚ,
MARANGUAPE E SOBRAL – CEARÁ**

**RECIFE
2009**



**FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ
CENTRO DE PESQUISA AGGEU MAGALHÃES
ESPECIALIZAÇÃO EM GESTÃO DO TRABALHO E EDUCAÇÃO
NO SUS**

Ana Érica Rodrigues Pimentel
Francisco Carlos Uchôa do Amaral
Lorena Soares Rebouças Valentim
Sandra Maria Lopes Vasconcelos

**ESTRUTURAÇÃO DA ÁREA DE GESTÃO DO
TRABALHO E EDUCAÇÃO NA SAÚDE NOS
MUNICÍPIOS DE CAUCAIA, MARACANAÚ,
MARANGUAPE E SOBRAL – CEARÁ**

**RECIFE
2009**

**ANA ÉRICA RODRIGUES PIMENTEL
FRANCISCO CARLOS UCHÔA DO AMARAL
LORENA SOARES REBOUÇAS VALENTIM
SANDRA MARIA LOPES VASCONCELOS**

**ESTRUTURAÇÃO DA ÁREA DE GESTÃO DO TRABALHO E EDUCAÇÃO NA
SAÚDE NOS MUNICÍPIOS DE CAUCAIA, MARACANAÚ, MARANGUAPE E
SOBRAL – CEARÁ**

**Recife
2009**

Ana Érica Rodrigues Pimentel
Francisco Carlos Uchôa do Amaral
Lorena Soares Rebouças Valentim
Sandra Maria Lopes Vasconcelos

**ESTRUTURAÇÃO DA ÁREA DE GESTÃO DO TRABALHO E EDUCAÇÃO NA
SAÚDE NOS MUNICÍPIOS DE CAUCAIA, MARACANAÚ, MARANGUAPE E
SOBRAL – CEARÁ**

Monografia apresentada ao Curso de Especialização em Gestão do Trabalho e Educação no SUS do Centro de Pesquisa Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz para a obtenção do título de especialista em saúde coletiva.

Orientador: Profa. Kátia Rejane de Medeiros (*Mestre em Saúde Pública*)

Recife

2009

Ana Érica Rodrigues Pimentel
Francisco Carlos Uchôa do Amaral
Lorena Soares Rebouças Valentim
Sandra Maria Lopes Vasconcelos

**ESTRUTURAÇÃO DA ÁREA DE GESTÃO DO TRABALHO E
EDUCAÇÃO NA SAÚDE NOS MUNICÍPIOS DE CAUCAIA,
MARACANAÚ, MARANGUAPE E SOBRAL – CEARÁ**

Monografia apresentada ao Curso de
Especialização em Gestão do Trabalho e
Educação no SUS do Centro de Pesquisa
Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz
para a obtenção do título de especialista em
saúde coletiva.

Aprovado em: ____/____/____

BANCA EXAMINADORA

Titulação e nome
Instituição que pertence

Titulação e nome
Instituição que pertence

Titulação e nome
Instituição que pertence

RESUMO

Os municípios cearenses de Caucaia, Maracanaú, Maranguape e Sobral, incluídos no Projeto Nacional de Capacitação e Estruturação da Gestão do Trabalho e Educação no SUS – ProgeSUS, propõem com este estudo o fortalecimento desta área, através do diagnóstico da situação em cada município e da proposição da implantação de estratégias de organização e estruturação da Gestão do Trabalho e Educação na Saúde. A pesquisa leva em consideração as peculiaridades e as necessidades da rede de serviços de saúde destes municípios sendo detectadas através de um estudo descritivo, bibliográfico e documental que será abordado qualitativamente. Os resultados da pesquisa demonstram corroborar com a investigação da Rede Observatório de Recursos Humanos/Instituto de Medicina Social/UERJ (2004), mostrando a inobservância dos Gestores Municipais frente às questões que envolvem a Gestão do Trabalho e Educação na Saúde apresentando a necessidade de ir além dos processos burocráticos de folha de pagamento. Com o estudo pretende-se modificar esta situação transformando-o em um setor estratégico com o objetivo final de qualificar o atendimento ao usuário do SUS.

Palavras-chaves: Gestão. Trabalho. Educação. Saúde. SUS.

ABSTRACT

The cities of Ceará Caucaia, Maracanaú, Maranguape and Sobral., Included in the National Project for Training and Management Structure of the Labor and Education in the brazilian Single Health System - ProgeSUS, with this study suggest the strengthening of this area, through the diagnosis situation in each municipality and the proposition's implementation of strategies for organizing and structuring the management of Labor and Education in Health Research takes into account the peculiarities and needs the network of health services of these municipalities are detected by a descriptive study, bibliographic and documentary that will be addressed qualitatively.

Keywords: Management. Labor. Education. Health. SUS.

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	06
2	MARCO TEÓRICO	09
3	MATERIAL E MÉTODO	14
3.1	Tipo de Estudo	14
3.2	A coleta de dados	14
4	RESULTADOS	18
4.1	Caucaia	18
4.2	Maracanaú	20
4.3	Maranguape	22
4.4	Sobral	23
5	DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	29
6	CONCLUSÃO	36
	REFERÊNCIAS	39
	ANEXOS	41
	Anexo 1 – 11ª Microrregional de Saúde de Sobral – PDR 2006	42
	Anexo 2 – 11ª Microrregional de Saúde de Caucaia – PDR 2006	43
	Anexo 3 – 11ª Microrregional de Saúde de Maracanaú – PDR 2006	44

INTRODUÇÃO

A descentralização da gestão do sistema de saúde no Brasil é tida como uma das experiências mais bem sucedidas de descentralização no campo da gestão pública pelas características e dimensões em que foi operada num tempo relativamente curto, num contexto federativo marcado pela conflitividade das relações entre as esferas de governo (VASCONCELOS, 2005, p. 548).

A definição das responsabilidades de cada esfera da gestão do sistema de saúde foi um marco na descentralização do sistema de saúde no Brasil. Um dos pontos fortes nesta operação foi a municipalização dos serviços de saúde com a responsabilização dos gestores municipais pela saúde de seus municípios.

Para Arretche (2002, p. 41),

a municipalização da gestão dos serviços foi o elemento central da agenda de reformas do governo federal na área da saúde ao longo da década de 1990 e pode-se afirmar que, deste ponto de vista, a reforma foi um sucesso. Em 2000, 99% dos municípios estavam habilitados no Sistema Único de Saúde, aceitando assim as normas da política de descentralização do governo federal.

Mas a implementação da descentralização foi um processo marcado pela conflitividade com várias frentes de disputa e muitos focos de resistência que tornaram complexos o debate e as disputas no processo (VASCONCELOS; PASCHE, 2006, p. 549).

De fato a consolidação da descentralização da saúde é hoje uma realidade, mas, ainda é acompanhada de vários muito equívocos, principalmente quando se trata das relações entre os trabalhadores da saúde e gerenciamento destes.

Vasconcelos e Pasche (2006, p. 550) afirmam que os resultados alcançados não deixam dúvidas do sucesso da descentralização, no entanto, o mais significativo ganho desse processo foi a ampliação do acesso da população a um conjunto de serviços e ações de saúde sob a gerência dos governos municipais, com destaque para as ações básicas de saúde, notadamente por meio dos agentes comunitários de saúde e das equipes de saúde da família.

No Brasil, o setor Saúde, apesar de ser uma área de proteção, regulação e controle do Estado, apresenta uma realidade que, de um modo geral, mostra uma inadequada e frágil desarticulação entre a saúde, como bem público, e aqueles que produzem este bem. Conseqüentemente, a gestão do trabalho no Sistema Único de Saúde (SUS) tem se desenvolvido, em grande parte, de forma empírica e burocratizada, o que induz ainda mais o grau dos conflitos da área, que; naturalmente costuma ser bastante elevado (BRASIL, 2005, p.52).

A gestão do trabalho no setor saúde tem sido observada como uma prática cotidiana de gestão do Sistema Único de Saúde, em qualquer nível de governo, seja federal, estadual ou municipal.

Entretanto, hoje se constitui um desafio para os gestores identificar e selecionar métodos, técnicas e instrumentos de trabalho que ajudem a tomar decisões e a conduzir o processo de implementação das políticas, planos, programas e ações de saúde sob sua responsabilidade.

Na Pesquisa da Rede Observatório de Recursos Humanos/Instituto de Medicina Social/UERJ (2004), estudou-se a capacidade gestora de recursos humanos nas Secretarias de Saúde em Municípios brasileiros com população acima de 100 mil habitantes, na qual refletiu-se e evidenciou-se a atual conjuntura da área de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde. A função de gestão de recursos humanos em saúde está contemplada na estrutura governamental desses municípios, porém suas atribuições e competências são limitadas, voltadas apenas para aspectos burocráticos e rotineiros do setor de pessoal.

As evidências da pesquisa encontram assento nos municípios cearenses de Caucaia, Maracanaú, Maranguape e Sobral, pois, suas estruturas de Gestão do Trabalho não têm qualificação formal, cursos de especialização, na área; não dispõem de autonomia quanto às questões que envolvem a utilização de recursos orçamentários ou contratação de pessoal; o planejamento das ações não está incorporado à prática dos dirigentes da área; não são utilizados sistemas gerenciais como ferramenta de planejamento e gestão, ou seja, a folha de pagamento constitui-se como principal fonte de dados.

Apesar dos municípios, acima citados, considerados de grande porte, experimentarem nos últimos anos grandes avanços em determinados setores, como da saúde, suas áreas de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde, apresentam muitas fragilidades. É notório a necessidade de revisão nos seus processos de trabalho, principalmente na missão desta área, possibilitando que eles se adéqüem às reais necessidades do SUS.

A Portaria GM/MS nº. 2261, de setembro de 2006, que institui o Programa de Qualificação e Estruturação da Gestão do Trabalho e da Educação no SUS (ProgeSUS), em seu primeiro artigo revela que o propósito do Programa é o de “colaborar tecnicamente e financeiramente com a execução de projetos voltados ao fortalecimento de setores de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde de Secretarias de Saúde de Estados, do Distrito Federal e de Municípios.” (BRASIL, 2006 c.).

Caucaia, Maracanaú, Maranguape e Sobral, municípios cearenses, com população acima 100.000 mil habitantes, foram contemplados neste projeto nacional no propósito de capacitar e estruturar a área de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde, visando principalmente fortalecer esta área e propondo estratégias de organização condizentes com as atuais necessidades da rede de serviços de saúde destes municípios.

Neste contexto, realizou-se um estudo com objetivo de identificar as atuais estruturas de Gestão do Trabalho e Educação da Saúde dos municípios de Caucaia, Maracanaú, Maranguape e Sobral no Estado do Ceará, com vistas a uma revisão de papéis, atribuições e processos de trabalho das equipes de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde.

Logo, espera-se que este trabalho possa subsidiar a gestão municipal de saúde destes quatro municípios mediante implantação do Núcleo de Trabalho e Educação na Saúde, fortalecendo sua capacidade gestora e contribuindo para uma melhoria da atenção às necessidades dos usuários do SUS.

2. MARCO TEÓRICO

Os sistemas nacionais de saúde sofreram intensas modificações em todo mundo ocidental e a área de Recursos Humanos foi fortemente afetada por estas modificações, com a exigência de transformações na sua atuação advindas da implantação e amplitude do Sistema Único de Saúde, tais como: novas formas de contratação, novas funções e áreas de competência, mudanças nas formas de organização do trabalho e na formação das equipes de saúde, além da ênfase nos processos de desempenho e avaliação (CAMPOS et al., 2006, p. 41).

A consolidação do Sistema Único de Saúde, segundo Campos et al. (2006, p. 41) teve que passar por reformas derivadas de diversos cenários e dentre eles está o do trabalho, onde afirma que:

a gestão complexa de múltiplos sistemas de contratação e gestão, o imperativo da gestão descentralizada, o incentivo para incrementar a qualidade e a produtividade, a flexibilidade contratual, a relevância do trabalho em equipe e a gestão empreendedora orientada para o reconhecimento dos direitos dos usuários torna visível a importância de, por um lado, conceber, implementar e institucionalizar alternativas de educação permanente tanto para a formação de profissionais quanto para o seu aprimoramento em serviço; por outro, explicitam o notável aumento da demanda por melhoria da qualidade do trabalho, por nova certificação profissional e novas modalidades de acreditação e credenciamento.

Arias et al. (2006, p. 119), afirma que a gestão do trabalho tem merecido evidência em debates e discussões bastante atuais. A preocupação com o servidor, seu bem estar e a qualidade de seu atendimento para com o usuário do serviço, seja ele qual for, tem sido sentida por todas as instituições que buscam a correta adequação entre as necessidades da população usuária e os seus objetivos institucionais. E se essa organização é um serviço de saúde então, não se concebe mais pensar em gestão do trabalho, sem pensar na qualidade do atendimento que está sendo oferecido à sociedade.

Se temos no serviço de Saúde um usuário bem atendido, que refere a qualidade do serviço com que foi assistido, poder-se-á pensar estrategicamente que a produtividade e a qualidade do serviço oferecido à sociedade estarão refletindo também a forma com que o servidor é tratado naquele empreendimento. As boas condições de trabalho certamente influenciarão na forma de atendimento do profissional (ARIAS et al., 2006, p. 119).

Além disso, ao tratar-se de serviços em saúde, lida-se com vidas humanas, muitas vezes em risco, o que significa pensar no compromisso ético e social que está intrínseco a esse tipo de atendimento ao usuário. Pode-se agregar a isso as questões existentes entre público e privado e as tentativas de fazer um Sistema Único de Saúde que atenda as necessidades dos brasileiros.

Neste contexto, o Ministério da Saúde brasileiro tem assumido a responsabilidade de desenvolver políticas para o fortalecimento e a modernização das estruturas de gestão de trabalho e da educação na saúde nos estados e municípios, mediante diagnósticos dos problemas comuns a esta área.

A partir de 2003, iniciativas foram tomadas na busca de equacionar essas questões. Iniciando-se com a criação na estrutura central do Ministério da Saúde, da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES), constituída por dois Departamentos: o Departamento de Gestão da Educação na Saúde (DEGES) e o Departamento de Gestão e da Regulação do Trabalho em Saúde (DEGERTS).

De acordo com a Agenda Positiva do Departamento de Gestão e da Regulação do Trabalho em Saúde, destaca-se a necessidade de cooperação técnica nas estruturas de gestão do trabalho e educação na saúde nos estados e municípios, condição essencial para o sucesso de ações que visam estabelecer uma adequada política para seus trabalhadores, estruturando carreiras profissionais, implementando políticas de desprecarização do trabalho, estabelecendo programas de educação permanente e implantando mesas de negociação permanente, dentre outras ações (BRASIL, 2006a, p. 07).

As funções de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde, além de contarem com o aspecto político, que envolve tanto as decisões estratégicas quanto a formulação de diretrizes e políticas públicas, têm também uma importante dimensão técnica e operacional requerendo a existência de uma estrutura organizacional especializada para cumprir sua real missão institucional.

Essas estruturas têm como função a realização do levantamento e adequado manejo das informações; o planejamento das ações de gestão do trabalho e de educação na instituição; e a interlocução permanente com todos os setores da instituição em que se insere e com seus trabalhadores.

Os desafios postos para a gestão do trabalho em saúde são muitos e precisam ser enfrentados, levando-se em consideração dois referenciais básicos para análise atual. Primeiro, a baixa resolubilidade dos serviços de saúde ante o volume e as exigências das demandas sociais. Segundo, a fragilidade dos paradigmas administrativos em uso nas organizações (BRASIL, 2006a, p. 05).

Para a redução do problema dessa demanda por capacidade da gestão, é necessário que se delineie o seu perfil, como por exemplo, a implementação de estratégias de capacitação e a busca de novos conceitos e práticas de gestão, dando ênfase a aspectos relacionados à organização do trabalho e à qualificação educacional dos profissionais da saúde.

Talvez, dos desafios postos na Gestão do Trabalho e da Educação no SUS, o mais crucial seja, segundo o Programa de Qualificação e Estruturação da Gestão do Trabalho e da Educação no SUS: ProgeSUS, o de fazer com que as funções técnicas contem com apoio político suficiente e recursos apropriados para que se convertam em estruturas eficientes e eficazes, no alcance dos objetivos maiores que fazem parte da missão institucional, integrando-se ao processo mais amplo de gestão do SUS. Por outro lado, deve-se entender que as funções institucionais de gestão do trabalho precisam ser estruturadas de forma complementar e articuladas com as funções de gestão da educação, com destaque para os processos de educação permanente dos trabalhadores do SUS (BRASIL, 2006a, p. 05).

A Gestão do Trabalho na Saúde, segundo Pierantoni (2006), requer em um plano, o reconhecimento das dimensões que envolvem o trabalho e os trabalhadores em saúde. Essas, como já visto anteriormente, estão relacionadas com os processos de gestão, a configuração estrutural do setor, e a construção e retomada de mecanismos de regulação por parte do Estado, a partir de algumas das características comuns no plano de recursos humanos e da gestão do trabalho observadas nas últimas décadas.

Pierantoni (2006) conclui, afirmando que o “novo” campo de atuação da gestão do trabalho em saúde e do gestor de RH, pode ser configurado em um conjunto de atividades que envolvem: o planejamento, a captação, a distribuição e a alocação de pessoas em postos de trabalho, com a qualificação requerida e com medidas que fortaleçam a fixação desses profissionais; a oferta de possibilidades de formação e capacitação que atendam às necessidades de desenvolvimento de competências para atenção à saúde de qualidade; e

medidas no campo da regulação do trabalho com interfaces e intermediações com as corporações profissionais, com o mercado educativo e com a sociedade.

O Pacto pela Vida, em Defesa do SUS e da Gestão, aprovado na Comissão Intergestores Tripartite, em janeiro de 2006, e pelo Conselho Nacional de Saúde, em reunião realizada em fevereiro de 2006, estabelece entre suas diretrizes para a Gestão do Trabalho no SUS que “as Secretarias Municipais e Estaduais de Saúde devem envidar esforços para a criação ou fortalecimento de estruturas de recursos humanos, objetivando cumprir um papel indutor de mudanças, tanto no campo da gestão do trabalho, quanto no campo da educação na saúde”. (BRASIL, 2006a). Isto significa que o governo tem se esforçado para instituir formalmente uma estrutura de gestão e regulação do trabalho e da educação no Ministério da Saúde, que vem a obedecer à concepção política de governo.

Contudo, apesar de Governos, gestores, entidades sindicais, universidades, instâncias colegiadas do SUS, enfim, todos concordarem que o SUS precisa ter políticas de gestão do trabalho e da educação como mecanismo indispensável para o desenvolvimento e o equacionamento dos graves problemas oriundos do setor, pouco se tem avançado nesse sentido (BRASIL, 2006 a).

Nesta perspectiva, onde há dilemas e desafios a serem superados, é fundamental o fortalecimento das parcerias com o Conselho Nacional de Secretários de Saúde - CONASS e o Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde - CONASEMS, considerando o porte e as necessidades dos estados e municípios.

Cumprir salientar que a ação do Ministério da Saúde demonstra um duplo esforço: de um lado fortalecer as estruturas de Recursos Humanos nas diferentes esferas e de outro, integrar as áreas de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde.

Para tanto, necessário se faz que, a exemplo da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde do Ministério da Saúde, as Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde possam também ter os seus setores de recursos humanos fortalecidos e/ou reformulados, objetivando dar destaque à área da gestão do trabalho no SUS (BRASIL, 2005, p. 52).

Assim, faz-se que as funções técnicas, sejam mais fortalecidas, contem com apoio político suficiente por parte dos gestores, e, contem com recursos humanos e tecnológicos apropriados, para exercer uma função real de apoio aos profissionais da área da saúde, que por

sua vez, ao se sentirem satisfeitos e qualificados em seus serviços formarão uma rede de qualidade refletindo-se na promoção da saúde de todos os cidadãos.

3. MATERIAL E MÉTODO

3.1 Tipo de Estudo

O desenho do estudo é descritivo, bibliográfico e documental, utilizando o método indutivo, com abordagem quantitativa e qualitativa.

3.2 A Coleta de dados:

Os dados foram coletados de junho a novembro de 2008, tendo como fontes de origem secundária os documentos: Relatórios de Gestão, Planos Municipais de Saúde, Folhas de Pagamento e Exercícios de Enlace.

Os dados dos Exercícios de Enlace se referem aqueles coletados no decorrer das atividades da Especialização em Gestão do Trabalho e Educação em Saúde – Turma Nordeste- 2007/2008.

Foram consultados os Relatórios de Gestão de cada município referente aos anos de 2005, 2006, 2007 (os dados de 2008 foram acessados diretamente com os setores responsáveis pelos relatórios, pois estes só serão divulgados oficialmente no primeiro trimestre de 2009). Os Planos Municipais de Saúde da Gestão de 2005/2009 também serviram de base para a consulta desta pesquisa. As Folhas de Pagamentos consultadas foram referentes aos anos de 2005, 2006, 2007, 2008, tendo como referência sempre o mês de outubro¹ de cada ano.

¹Optou-se por trabalhar com o mês de outubro por ser dos meses do período de estudo em que se dá a pesquisa o que percebe-se uma menor variação no quadro de profissionais dos municípios estudados

Cenário do Estudo



O estudo foi realizado nos municípios de Caucaia, Maracanaú, Maranguapé (Região Metropolitana de Fortaleza) e Sobral (Região Norte), no Estado do Ceará. Estes municípios apresentavam população estimada pelo IBGE em 2007, de 316.906, 197.301, 102.982 e 176.895 habitantes respectivamente, com predominância de população urbana.

A rede de serviços de saúde desses municípios está constituída pelo setor público municipal e estadual, setor privado contratado (organizações filantrópicas e estabelecimentos lucrativos) e setor privado autônomo (clínicas particulares, laboratórios).

Do ponto de vista da organização regional de saúde, estes municípios se caracterizam como:

- Sobral: sede e pólo da 2ª Macrorregião de Saúde, abrangendo 55 municípios²,
- Caucaia: sede e pólo da 2ª Microrregião de Saúde, com 10 municípios³,

² Anexo1

- Maracanaú: sede e pólo da 3ª Microrregião de Saúde, com 08 municípios⁴,
- Maranguape: pólo para 04 municípios da 3ª Microrregião de Saúde⁵.

Para estes municípios a regionalização foi instituída pelo Plano Diretor de Regionalização (PDR) integrada à Programação Pactuada e Integrada (PPI) e estão desencadeando o planejamento das ações em nível local e regional e sua agregação aos fluxos regulados dos municípios.

Esses municípios são habilitados em Gestão Plena do Sistema Municipal, conforme NOAS 01/02, aderiram ao Pacto pela Saúde e seus Termos de Compromisso de Gestão Municipal foram homologados pelo Ministério da Saúde em 2007. O comando executivo das ações e serviços de saúde é exercido pelos Secretários de Saúde de forma descentralizada e participativa, em que as decisões são compartilhadas com o controle social.

Nestes municípios a atenção básica está sedimentada como pilar da rede da atenção a saúde e se constitui como a porta de entrada do usuário para os seus sistemas de saúde. A capacidade resolutiva da atenção básica tem sido potencializada na tentativa de reduzir a demanda para os níveis mais complexos e especializados, o que traz a viabilidade da adequada hierarquização da rede, e, por conseguinte a adoção de fluxos referenciais mais equânimes.

Contudo, ainda é necessário investimentos maiores em recursos humanos, recursos tecnológicos, estrutura física e protocolos que definam níveis mais resolutivos.

Os sistemas de saúde têm fontes de financiamento federal, estadual e municipal. Os recursos federais são organizados e transferidos fundo a fundo na forma de 05 blocos de financiamento: Atenção Básica, Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar, Vigilância à Saúde, Assistência Farmacêutica e Gestão do Sistema Único de Saúde - SUS. Outras formas de repasses desses recursos: fundo a fundo através de projetos, convênios através de projetos de investimentos ao Fundo Nacional de Saúde - FNS e emendas parlamentares.

³ Anexo 2.

⁴ Anexo 3.

⁵ Anexo 3.

Os recursos estaduais são repassados na forma de incentivos aos hospitais, pagamento dos salários dos Agentes Comunitários de Saúde e servidores estaduais a disposição do SUS municipal.

Em relação aos recursos próprios aplicados em saúde, os municípios vêm cumprindo o disposto na Emenda Constitucional 29, que já se encontra sendo utilizada pelos municípios, mesmo ainda estando em processo de regulamentação e que compromete a aplicação em saúde de um mínimo de 15% da receita de impostos e transferências legais e constitucionais.

O quantitativo de postos de trabalho públicos nesses municípios é o seguinte: Caucaia – 1808; Maracanaú – 916; Maranguape - 1081; e Sobral - 2104. Em relação à escolaridade, predomina o nível médio. As modalidades de vínculo praticadas são: concursados, cooperativados, cargos comissionados e contratos temporários.

4. RESULTADOS

Contextualização da evolução da saúde na atual gestão municipal de governo e seus reflexos no campo da Gestão do Trabalho e Educação em Saúde, em Caucaia, Maracanaú, Maranguape e Sobral.

4.1 Caucaia

Nos últimos quatro anos o SUS no município de Caucaia notabilizou-se por significativos avanços do ponto de vista gerencial, de modernização administrativa, de melhoria dos equipamentos sociais, de desenvolvimento de pessoal, da expansão da rede, nas ações de saúde, apesar das dificuldades que ainda são enfrentadas. Na tabela 1, observa-se a evolução da rede no período de 2005 a 2008, com um maior destaque na Atenção Básica.

TABELA 1: Equipamentos e Serviços na Secretaria de Saúde de Caucaia

	Equipamentos/Serviços	2005	2006	2007	2008
ATENÇÃO BÁSICA	UBASF	41	42	44	45
	ESF	58	60	64	68
	ESB	28	32	39	41
	NASF	--	--	--	--
ATENÇÃO SECUNDÁRIA	HOSPITAL	01	01	01	01
	POLICLÍNICA/CEM	02	02	02	02
	UNIDADE MISTA DE SAÚDE	01	01	01	01
	SERVIÇO MÓVEL DE SOCORRO DE URGÊNCIA/EMERGÊNCIA	01	01	01	01
	CEO	01	01	01	01
	CAPS- AD	01	01	01	01
	CAPS I	--	--	--	--
	CAPS II	01	01	01	01
	CAPS i	--	--	--	--
	CEREST	--	--	--	--
CENTRO DE REABILITAÇÃO	--	--	--	--	
ATENÇÃO TERCIÁRIA	CENTRO DE NEFROLOGIA DE CAUCAIA	01	01	01	01
ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA	FARMÁCIA POPULAR DO BRASIL	--	02	03	03
	FARMÁCIA VIVA	--	--	--	--

O desafio central, do qual derivam muitos outros, é o da valorização política e social do espaço da Atenção Básica junto a gestores, academia, trabalhadores, população, mídia e todos os segmentos que, de uma maneira ou de outra, influem na definição dos rumos do país. A Atenção Básica, apesar dos enormes avanços e conquistas nos últimos anos, ainda enfrenta muitos desafios para se tornar hegemônica como uma proposta capaz de mudar o sistema de saúde e fazer frente ao modelo fragmentado existente. Um segundo grupo de desafios, e talvez o mais importante, como componente estrutural, refere-se aos recursos humanos. Esse desafio inicia-se na gestão da Atenção Básica nos níveis centrais das três esferas de governo e chega à ponta do sistema como uma dificuldade patente de contratação pelo setor público, de profissionais com perfil adequado ao que se pretende e se espera desse nível de atenção. (BRASIL, 2007a, pp. 27-28).

Para suprir essa expansão foram incorporados 248 novos servidores (a maioria na Atenção Básica), com cargos comissionados e através de cooperativas, totalizando 1808 atualmente, conforme mostra a tabela 5.

A ampliação nas despesas com saúde financiadas com recursos municipais nos últimos anos foi em média da ordem de 20.000.000,00 (vinte milhões de reais) por ano, o que representa 20% da receita de impostos e transferências constitucionais e legais.

Até o final de 2008 está previsto concurso, além de processo seletivo público para o SUS Municipal bem como a implantação do Plano de Cargos, Carreiras e Salários de seus servidores.

Outro grande desafio para o SUS municipal é a implantação da Política Nacional de Educação Permanente, cujo processo se encontra bastante avançado em nosso Estado, com todas as Comissões Permanentes de Integração Ensino Serviço já estruturadas.

4.2 Maracanaú

A atenção Básica em Maracanaú cresceu em número de Equipes de Saúde da Família e em equipes de Saúde Bucal, na busca de atender a população em suas necessidades de saúde.

TABELA 2: Equipamentos e Serviços na Secretaria de Saúde de Maranguape

	Equipamentos/Serviços	2005	2006	2007	2008
VIGILÂNCIA À SAÚDE	Centro de Controle de Zoonoses	01	01	01	01
	Vigilância Sanitária	01	01	01	01
	Vigilância Epidemiológica	01	01	01	01
ATENÇÃO BÁSICA	Unidade Básica de Saúde da Família	23	24	25	25
	Equipe de Saúde da Família	47	50	51	51
	Equipe de Saúde Bucal		34	34	34
	Núcleo de Apoio a Saúde da Família	--	--	--	04
ATENÇÃO SECUNDÁRIA	HOSPITAL	01	01	01	01
	POLICLÍNICA/CEM	01	01	01	01
	Serviço Móvel de Socorro de Urgência/Emergência	01	01	01	01
	CEO	01	01	01	01
	CAPS- AD	--	--	--	01
	CAPS II	01	01	01	01
	CETAS	01	01	01	01
ATENÇÃO TERCIÁRIA	CENTRO DE REABILITAÇÃO	01	01	01	01
	CENTRO DE NEFROLOGIA	01	01	01	01
ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA	NÚCLEO DE ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA	01	01	01	01
	FARMÁCIA POPULAR DO BRASIL	--	01	02	02
	FARMÁCIA VIVA	01	01	01	01

Maracanaú está dividido organizacionalmente em 06 (seis) Áreas de Vigilância à Saúde – AVISA, criadas pela lei municipal nº 561/97. Cada AVISA possui em média 34.000 habitantes. As AVISA's se constituem em espaço territorial com características geográficas, demográficas, epidemiológicas e de gestão sanitária descentralizada.

Obtiveram-se conquistas relevantes, como a referência à Maracanaú na Revista Brasileira de Saúde da Família, publicada pelo Ministério da Saúde, como um dos municípios com ações bem sucedidas na reestruturação que acontece em grandes centros urbanos, com mais de cem mil habitantes, culminando com a premiação como um dos 12 municípios, entre os 188 participantes do Programa, a atingir mais de 75% das metas propostas nas três dimensões de avaliação do PROESF.

Em 2007, foi um ano em que se consolidaram as ações em forma de realizações cada vez maiores, graças ao trabalho dessas seis Áreas de Vigilância a Saúde (AVISAS) através de suas gerentes, 25 Unidades Básicas de Saúde, 51 Equipes de Saúde da Família, Núcleo de Assistência Farmacêutica e Centro de Apoio Psicossocial (CAPS), enfim de uma rede de atenção do SUS potencializando vontades, dedicação e competência que se traduziram em importantes resultados.

4.3 Maranguape

O governo Municipal de Maranguape na busca de atender com qualidade o usuário dos serviços de saúde municipais e cumprir assim o Pacto de Gestão tem evoluído gradualmente no histórico desta Gestão Municipal. Limitado naturalmente pelo recurso obtido e sua receita própria

TABELA 3: Equipamentos e Serviços na Secretaria de Saúde de Maranguape

	Equipamentos/Serviços	2005	2006	2007	2008
ATENÇÃO BÁSICA	Unidade Básica de Saúde da Família	19	19	19	19
	Equipe de Saúde da Família	21	21	21	22
	Equipe de Saúde Bucal	13	13	13	13
	Núcleo de Apoio a Saúde da Família	--	--	--	02
ATENÇÃO SECUNDÁRIA	HOSPITAL	01	01	01	01
	POLICLÍNICA/CEM	01	01	01	01
	UNIDADE MISTA DE SAÚDE	--	--	--	--
	SERVIÇO MÓVEL DE SOCORRO DE URGÊNCIA/EMERGÊNCIA	--	--	--	--
	CEO	01	01	01	01
	CAPS- AD	01	01	01	01
	CAPS I	--	--	--	--
	CAPS II	01	01	01	01
	CAPS i	01	01	01	01
	CEREST	--	--	--	--
	CENTRO DE REABILITAÇÃO	01	01	01	01
ATENÇÃO TERCIÁRIA	CENTRO DE NEFROLOGIA	--	--	--	--
ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA	FARMÁCIA POPULAR DO BRASIL	01	01	01	01
	FARMÁCIA VIVA	01	01	01	01

No gráfico 3 esse crescimento não fica visível já que a urgência em suprir a necessidade de atender sua população no próprio município e diminuir a dependência de atenção para diversos procedimentos de consultas especializadas da cidade de Fortaleza fez com que o ano de 2005 fosse decisório para esta gestão. Para tanto, foram implantadas neste ano: uma Policlínica Municipal, uma Maternidade e Centro Obstétrico, um Núcleo de Saúde Integral, a implementação de mais 11 equipes de Saúde Bucal e a cobertura de mais duas Equipes de Saúde da Família. Além da construção de 03 Unidades Básicas de Saúde.

O município se beneficiou ainda com a chegada da Farmácia Popular do Brasil, e dos Centros de Apoio Psicossocial Infantil e Álcool e Drogas.

De 2006 a 2008, a estratégia do município foi realinhar administrativa e financeiramente a Secretaria para suportar os serviços implantados e fortalecer os equipamentos já existentes. Como a reforma e recuperação das diversas unidades de saúde, mediante concurso estadual, assegurou-se a inserção de médicos na Equipe de Saúde da Família no município.

No início de 2008 com a legalização da situação dos Agentes de Endemias cumpriu-se a legislação, assegurando que estes profissionais vigentes saíssem da associação de agentes passando a condição de servidores públicos municipais estatutários. Logo depois, fez-se seleção pública para 30 agentes de saúde. No Hospital Municipal Dr. Argeu Braga Herbster foram construídos dois anexos, sendo 02 salas de cirurgias além de 23 leitos contratados sob sua administração para executar os procedimentos de cirurgias eletivas, deixando o campus do Hospital Municipal dedicado as urgências e emergências. Por fim, aderindo a proposta do Ministério da Saúde (BRASIL, 2008), o município inaugurou dois Núcleos de Apoio a Saúde da Família – NASF.

O foco desta gestão é dar maiores possibilidades de atendimento ao usuário do SUS no próprio município, ampliando os serviços e assim acreditando prestar um melhor atendimento ao usuário cidadão.

4.4 Sobral

O município de Sobral integra uma rede assistencial hierarquizada e regionalizada do Sistema Único de Saúde (SUS) no Estado do Ceará, com capacidade instalada para realização de serviços em seus diferentes níveis de complexidade, que o faz ser município Sede para a Microrregional de Sobral e Pólo da Macrorregião Norte do Ceará.

Tabela 4: Equipamentos e Serviços na Secretaria de Saúde de Sobral

ÁREA	Equipamentos/Serviços	2005	2006	2007	2008
ATENÇÃO BÁSICA	UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE DA FAMÍLIA	27	27	27	27
	EQUIPES DE SAÚDE DA	38	48	48	48
	EQUIPE DE SAÚDE BUCAL	37	38	39	39
	NÚCLEO DE APOIO A SAÚDE DA FAMÍLIA	--	--	--	06
	ESTRATÉGIA TREVO	01	01	01	01
ATENÇÃO SECUNDÁRIA	HOSPITAL	--	--	--	--
	POLICLÍNICA/CEM	01	01	01	01
	UNIDADE MISTA DE SAÚDE	01	01	01	01
	CENTRO DE INFECTOLOGIA	01	01	01	01
	SERVIÇO MÓVEL DE SOCORRO DE URGÊNCIA/EMERGÊNCIA	--	01	01	01
	CEO	01	01	01	01
	CAPS- AD	01	01	01	01
	CAPS I	--	--	--	--
	CAPS II	01	01	01	01
	COAS				
	LABORATÓRIO	01	01	01	01
	RESIDENCIA TERAPEUTICA	01	01	01	01
ATENÇÃO TERCIÁRIA	CENTRO DE NEFROLOGIA	--	--	--	--
ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA	CENTRAL DE ASSISTENCIA FARMACEUTICA	01	01	01	01
	FARMÁCIA POPULAR DO BRASIL	--	01	01	01
	FARMÁCIA VIVA	--	--	--	--

Observa-se no quadro 04, que em 2005 a ESF contava com 38 equipes de saúde da família, sendo ampliada em 10 equipes ampliando a cobertura assistencial do Município, passando de 38 para 48 equipes em 2006. Verifica-se também que a quantidade de equipes de saúde bucal foi ampliando gradativamente nos anos 2005, 2006 e 2007 com 37, 38 e 39 equipes, respectivamente. Em 2006 foram implantadas o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) e a Farmácia Popular do Brasil e em 2008, foram criados 06 Núcleos de Apoio a Saúde da Família (NASF), conforme proposta do Ministério da Saúde (BRASIL, 2008).

Para implantação destes novos serviços e a ampliação dos já existentes o Município de Sobral, através de um planejamento estratégico, readequou-se administrativa e financeiramente, executando ações programadas tais como: contratação de 489 servidores dos diversos níveis conforme quadro 6; reestruturação das unidades de saúde; aquisição de novos equipamentos e reorganização do apoio logístico da secretaria deste Município.

Os desafios identificados na atual gestão do Sistema de Saúde de Sobral se relacionam com duas grandes diretrizes: implantação do Plano de Cargos, Carreiras e Salários de seus servidores conforme Pacto de Gestão Municipal e intensificar o processo de qualificação desse Sistema, hoje em um nível significativo de complexidade; nessa qualificação, fortalecer o papel de Sobral enquanto município Pólo de uma extensa região do Estado.

As ações realizadas pela gestão municipal basearam-se nas reflexões feitas em processos participativos no final da gestão anterior, revalidadas no Congresso da Cidade⁶.

⁶ O Congresso da Cidade buscou promover um diálogo com a comunidade a partir de 11 Conferências Regionais e um encontro com aproximadamente 300 delegados eleitos nessas Conferência Regionais. Este diálogo foi por 4 macro-temas: Sobral das Oportunidades, Sobral Bom de Viver, Sobral Cada Vez Melhor e Sobral de Todos. No primeiro, Sobral das Oportunidades, a comunidade pensou em estratégias e ações que fortalecessem a geração de emprego e renda no município. Sobral Bom de Viver corresponde à busca de uma cidade mais solidária, com harmonia entre meio ambiente natural e construído, segura. Sobral Cada Vez Melhor busca a excelência dos serviços públicos (de educação, saúde, assistência social, cultura, esporte, lazer etc). Finalmente, Sobral de Todos busca garantir uma gestão democrática, participativa.

TABELA 5: Escolaridade dos servidores da Secretaria de Saúde dos Municípios de Caucaia, Maracanaú, Maranguape e Sobral, nos anos de 2005 a 2008

Município	NÍVEL DE ESCOLARIDADE	ANO			
		2005	2006	2007	2008
CAUCAIA	Superior	286	313	347	378
	Médio	352	391	402	418
	Elementar	922	968	1006	1012
	Total	1560	1672	1755	1808
MARACANAÚ	Superior	242	242	245	259
	Médio	324	324	354	318
	Elementar	361	361	331	339
	Total	927	927	930	916
MARANGUAPE	Superior	199	160	174	219
	Médio	558	401	432	522
	Elementar	332	249	244	340
	Total	1089	810	907	1081
SOBRAL	Superior	353	426	464	578
	Médio	870	927	953	1054
	Elementar	392	418	445	472
	Total	1615	1771	1862	2104

Os dados da tabela 5 demonstram crescimento ano a ano da quantidade de servidores da Secretaria de Saúde dos municípios, excetuando o caso de Maracanaú e Maranguape, que se mantiveram estáveis. Esse crescimento se justifica ao confrontarmos os dados desta tabela com os das tabelas 1, 2, 3 e 4, que mostram o crescimento e ampliação de equipamentos e serviços de saúde e comprovam a crescente municipalização dos serviços proposto pelo Ministério da Saúde.

Os Agentes Comunitários de Saúde que prestavam serviços às Prefeituras através de associações estão sendo estadualizados e novos Agentes passando por seleção pública a partir do ano de 2008.

Agentes de Combate às Endemias dos municípios de Caucaia, Maracanaú, Maranguape e Sobral foram convalidados ou estão em processo de convalidação, conforme a Emenda Constitucional Nº. 51, de 14 de fevereiro de 2006, regulamentada pela Lei Federal Nº. 11.350, de 05 de outubro 2006.

Frente ao incremento anual no número de funcionários municipais de saúde pensamos no setor que coordene, controle e avalie tais servidores.

- Diagnóstico da Situação da Gestão do Trabalho e Educação em Saúde, nos municípios de Caucaia, Maracanaú, Maranguape e Sobral.

TABELA 6: Ações da Gestão do Trabalho e Educação em Saúde, nos municípios de Caucaia, Maracanaú, Maranguape e Sobral.

Nível	Ação	Municípios			
		Caucaia	Maracanaú	Maranguape	Sobral
Gestão de trabalho	Manter atualizados os registros funcionais dos servidores da Secretaria de Saúde	Se aplica	Se aplica	Se aplica	Se aplica
	Manter atualizado o Sistema de Informações de servidores da Secretaria de Saúde	Se aplica	Não se aplica	Não se aplica	Se aplica
	Administrar o controle de frequências e férias	Se aplica	Se aplica	Se aplica	Se aplica
	Administrar o controle de horas extras, adicionais noturnos e plantões	Se aplica	Se aplica	Se aplica	Se aplica
	Operacionalizar procedimentos para a folha de pagamento	Se aplica	Se aplica	Se aplica	Se aplica
	Participar da comissão de negociação com o sindicato e as categorias funcionais	Não se aplica	Se aplica	Se aplica	Iniciado
	Coordenar processos de recrutamento seleção de servidores	Não se aplica	Se aplica	Iniciado	Se aplica
Coordenar processos de Admissão e demissão de servidores	Não se aplica	Se aplica	Se aplica	Se aplica	
Gestão de Saúde do Trabalhador	Acompanhamento e Orientação de servidores em questões psicossociais	Não se aplica	Iniciado	Iniciado	Não se aplica
Gestão de Educação	Coordenar cursos e palestras na Saúde	Não se aplica	Iniciado	Iniciado	Não se aplica

As estruturas físicas e tecnológicas dos municípios demonstram que todos têm salas próprias, estruturadas e equipadas com recursos municipais e do ProgeSUS. O município de Maranguape utiliza o SIGRHS como ferramenta de trabalho, os outros possuem sistemas de informação particulares vinculados ou não às Secretarias de Administração e Finanças. Não foi identificado, contudo, em nenhum dos municípios, espaços apropriados para a prática da Educação em Saúde vinculados aos setores de Recursos Humanos. Assim como, faltam espaços privados para acompanhamento de servidores com problemáticas individuais ligadas à saúde do trabalhador ou que exijam privacidade no tratamento.

Ao analisar os dados da tabela 6, temos que a maioria das ações realizadas pelo setor de Recursos Humanos das Secretarias da Saúde dos municípios pesquisados giram em torno de atividades relacionadas ao bom desempenho na realização da elaboração das folhas de pagamento. Ações estratégicas que dizem respeito a movimentos de negociação, de acompanhamento à saúde do trabalhador, a desprecarização de vínculos, avaliações da qualidade dos serviços prestados e todo o trabalho educacional que adviria desta visão, ou está sendo iniciado ou não existe ou não foi nem mesmo citado.

TABELA 7: Servidores da Gestão de Trabalho e Educação na Saúde por Escolaridade

Escolaridade	Caucaia	Maracanaú	Maranguape	Sobral
Superior	-	4	1	2
Médio	3	2	2	1
Elementar	-	-	1	-

Em Sobral o setor é chefiado por uma Contadora, com Especialização em Gestão de Recursos Humanos. Em Maranguape observou-se que o setor é chefiado por uma Psicóloga, em Caucaia por uma acadêmica de Gestão de Recursos Humanos, em Maracanaú por uma administradora. O que leva a pensar na importância do ProgeSUS, como forma de qualificar estes gestores em seu eixo de capacitação, para suprir as necessidades do setor em termos de conhecimento em Gestão do Trabalho e Educação.

Esse diagnóstico demonstra que nem todos os Gestores municipais observam as necessidades reais do setor e corrobora mais uma vez com os resultados da pesquisa da Rede Observatório de Recursos Humanos/Instituto de Medicina Social/UERJ (2004), que demonstra a falta de especialistas na área como coordenadores dos processos de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde.

Todavia, ao cruzar estes resultados com os da tabela 6 pode-se deduzir que não há o interesse de qualificar os funcionários da área por não se perceber o setor como uma estratégia de gestão para melhorar e qualificar o atendimento ao usuário cidadão, como orienta o Ministério da Saúde.

5. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Os estudos realizados pela Estação Observatório de Recursos Humanos/Instituto de Medicina Social/UERJ (2004) e pelo Conselho Nacional dos Secretários de Saúde (CONASS, 2004), que analisaram respectivamente a capacidade gestora de recursos humanos nas Secretarias de Saúde em Municípios brasileiros com população acima de 100 mil habitantes e as Estruturas de Recursos Humanos das Secretarias de Saúde dos Estados e do Distrito Federal, refletem a conjuntura dos problemas da área de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde de muitos municípios brasileiros, quais sejam: a) **estrutura**: carência de pessoal qualificado; falta de recursos financeiros; estrutura física precária; ausência de um sistema de informação adequado; situação hierárquica ruim da área no organograma da Secretaria, etc.; b) **gestão**: remuneração insuficiente; precarização do trabalho; limites impostos pela Lei de Responsabilidade Fiscal; ausência de Plano de Carreira, Cargos e Salários - PCCS; ausência de planejamento, programação e diagnóstico; insuficiência de concursos; etc.; c) **desenvolvimento**: falta de recursos financeiros para desenvolvimento de pessoal; ausência de política, programa e planejamento de desenvolvimento; fragmentação de atividades; pouco envolvimento do Setor de Recursos Humanos; indefinição dos fluxos de capacitação.

Nos municípios cearenses de Caucaia, Maracanaú, Maranguape (Região Metropolitana de Fortaleza) e Sobral (Região Norte), a situação não é diferente, pois seus gestores de Gestão do Trabalho não têm estrutura física de trabalho adequada; gestor especializado com pessoal qualificado na área e remuneração satisfatória; planejamento das ações incorporado à prática dos dirigentes; definição de recursos orçamentários para a área; autonomia na utilização dos recursos orçamentários, na contratação e desenvolvimento de pessoal; estrutura de GT diretamente vinculada à própria Secretaria de Saúde e com situação hierárquica próxima das instâncias de decisão política e deliberativa das estruturas de gestão.

Não dispõe de sistema informatizado adequado; não participando no Sistema Nacional de Informações em Gestão do Trabalho do SUS; com diálogo permanente entre a Gestão do Trabalho e a Gestão da Educação, envolvendo serviços de saúde, universidades, escolas técnicas e de saúde pública; e assim, não mantendo contato e interação cotidiana com os trabalhadores da saúde, potencializando os espaços de negociação.

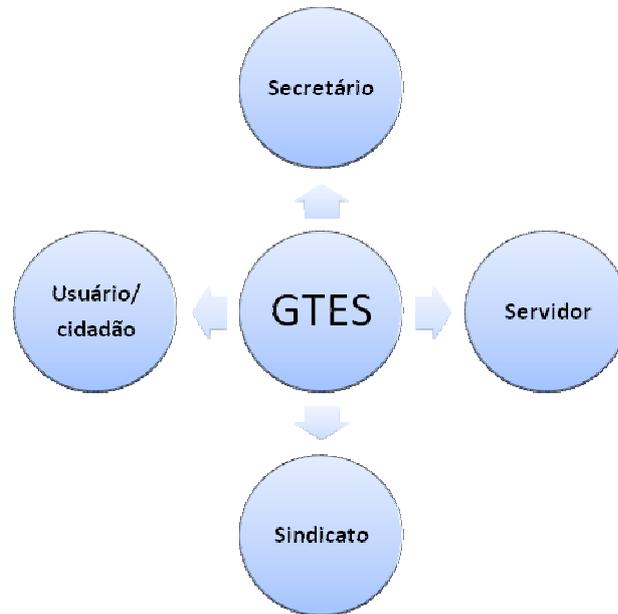
No atual cenário, onde a informação é a base fundamental para o desenvolvimento institucional, os sistemas de informações gerenciais são instrumentos essenciais à Gestão do Trabalho, contribuindo para os processos de planejamento, monitoramento, desenvolvimento e avaliação da força de trabalho, logo é um importante desafio para estes municípios.

O que leva a crer que se nos três níveis explicitados pelo CONASS - desenvolvimento, gestão e estrutura - fica mais uma vez esclarecida a necessidade de incremento, parece que pode-se falar então que, para modificar essa situação deve-se partir de mudanças no olhar frente ao setor.

Fala-se aqui não de um setor de pessoal que dará conta das necessidades burocráticas da folha de pagamento, mas de algo além disso. Da importância de observar que enquanto setor meio é a Gestão do Trabalho e Educação na Saúde que faz a intercessão entre o gestor, o servidor, o usuário cidadão, e os sindicatos. Ou nas palavras dos autores do texto Gestão do Trabalho no SUS:

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 à sociedade serão, em boa parte, reflexos da forma e das condições com que são tratados os que atuam profissionalmente na organização (BRASÍL, 2006, p. 120).

No gráfico 1, demonstra-se a rede de conexões que devem ser estabelecidas pelas estruturas da Gestão de Trabalho e Educação na Saúde para se chegar a excelência dos serviços.

DIAGRAMA 1: Demonstrativo da GTES e suas ligações na Saúde

Propõe-se assim uma mudança de olhar na Gestão do Trabalho e Educação na Saúde e conseqüentemente uma mudança de sua estrutura.

Para tanto, observando o diagnóstico dos municípios pesquisados e os resultados do Relatório da “Gestão do Trabalho e Educação em Saúde: Análise da década atual”, da Rede Observatório de Recursos Humanos/IMS/UERJ (2008), obteve-se os elementos necessários para a elaboração de estratégias e ações frente aos problemas da realidade encontrada em cada município estudado.

Que foi pensado em três etapas, uma de criação e estruturação do serviço e duas de desenvolvimento de atribuições para o setor, como demonstrado no gráfico 2.

DIAGRAMA 2: Etapas da GTES

- Estrutura:

1. Sensibilizar os gestores municipais da importância da Gestão do Trabalho e Educação na Saúde.
2. Criar no organograma da Secretaria de Saúde a Gestão do Trabalho e Educação na Saúde, em instância vinculada diretamente ao poder decisório, que dê autonomia ao gestor de circular por entre os personagens do gráfico1.
3. Mandar para Câmara Municipal Projeto de Lei formalizando a criação da Gestão de Trabalho e Educação na Saúde com seus Núcleos de Trabalho e de Educação, com garantia de recursos financeiros para a área e o gestor com autonomia para gerenciar referidos recursos.
4. Identificar os profissionais mais qualificados para assumir a gestão e seus núcleos.
5. Estruturar espaço físico que comporte seus núcleos e atividades a serem desenvolvidas.
6. Formar parcerias que fortifiquem os serviços.
7. Estruturar de equipamentos informatizados em hardware, software e internet, possibilitando o desenvolvimento dos trabalhos.
8. Formar os profissionais que vão assumir essas funções.

- Atribuições da Gestão do Trabalho:

1. Elaborar e propor políticas de formação e desenvolvimento profissional para a área da saúde.
2. Planejar, coordenar e apoiar as atividades relacionadas ao trabalho na área da saúde.
3. Manter atualizados os registros funcionais e Sistema de Informações dos servidores da Secretaria de Saúde.
4. Administrar o controle de frequências, horas extras, adicionais noturnos, férias, plantões e operacionalizar procedimentos para a folha de pagamento.
5. Promover a concessão de salário-família e vale-transporte
6. Participar das comissões ou mesas de negociações com o sindicato e as categorias funcionais.
7. Coordenar processos de recrutamento e seleção, admissão e demissão de servidores em concursos e processos seletivos públicos.
8. Participar da criação, implantação e acompanhamento do Plano de Cargos, Carreiras e Salários do Município.
9. Conhecer e participar do DesprecarizaSus contribuindo pra solucionar os problemas dos vínculos precários de trabalho no SUS.
10. Conhecer e participar do ProgeSus contribuindo pra solucionar os problemas das Gestões do Trabalho e Educação na Saúde.

- Atribuições da Gestão de Educação:

1. Fomentar e elaboração de políticas públicas para a Educação em Saúde.
2. Fazer levantamento permanente das necessidades educacionais dos trabalhadores do SUS no município.
3. Planejar, coordenar e apoiar as atividades relacionadas à educação na área da saúde.
4. Promover a integração dos setores da saúde e da educação no sentido de fortalecer as instituições formadoras de profissionais atuantes na área.
5. Elaborar treinamento introdutório para servidores recém-admitidos.
6. Buscar junto a instituições de ensino como universidades, escolas técnicas ou Escolas de Saúde Pública para facilitar o acesso dos trabalhadores nessas instituições.

7. Cooperar com as instituições de ensino na capacitação e/ou especialização dos trabalhadores do SUS.
8. Conhecer e utilizar programas e projetos nacionais como o Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde (Pró-Saúde) e o Projeto Vivência e Estágio na Realidade do SUS (VER-SUS Brasil).
9. Buscar parcerias para estágios e residências na área da saúde.
10. Participar de reuniões e grupos de discussões sobre o assunto.
11. Conhecer e participar do ProgeSus contribuindo pra solucionar os problemas das Gestões do Trabalho e Educação na Saúde.

Ao conseguir dar esse foco percebe-se que a política de recursos humanos passa a ser

uma dimensão estratégica da gestão em saúde e que os organismos responsáveis pela sua condução devem buscar a institucionalização de sistemas de planejamento que dêem conta da especificidade das matérias tratadas pela área, orientados por metas e objetivos institucionais, e que permitam aos gestores utilizá-lo como instrumento importante de gestão e regulação da força de trabalho (Brasil, 2007b, p. 32).

Os municípios de Caucaia, Maracanaú, Maranguape e Sobral, ganharão com isso a possibilidade de, repensando os papéis dos profissionais envolvidos, possibilitarem a qualidade de vida dos servidores e com isso a humanização dos trabalhos no SUS. E por outro lado, do ponto de vista político, a GT pode ser estratégica para o gestor municipal na construção de consensos, em articulação com os órgãos colegiados que atuam nessa área, representados, principalmente, pelas Mesas de Negociação (Brasil, 2007b, p.33).

Planejar recursos humanos significa incluir essa temática no planejamento dos órgãos federais, estaduais e municipais e trazer para os fóruns de decisão política do SUS questões estratégicas como: o financiamento dirigido à contratação e manutenção da força de trabalho; a qualificação dos trabalhadores e os programas de proteção à sua saúde, dando também atenção especial a um processo de modernização necessária aos sistemas que organizam essas questões, para tornar ágil e transparente as ações realizadas; e a comunicação com trabalhadores e demais órgãos dos sistemas federais, estaduais ou municipais que interagem com essas políticas (Brasil, 2007b, p.32).

Planejar e qualificar a força de trabalho dá à instituição a possibilidade de conseguir os objetivos da organização que no caso das Secretarias de Saúde é o atendimento qualitativo do usuário do SUS, focando resolutividade e humanização.

Isso significa acrescentar ao serviço ações como: a criação, implantação e acompanhamento do Plano de Cargos, Carreiras e Salários, com seu instrumento de controle e avaliação e o manual de descrição de cargos e funções; as mesas de negociações com as entidades trabalhistas, o acompanhamento da saúde física/mental/social do servidor; a observância e modificação dos vínculos precários de trabalho através da realização de concursos públicos e acompanhamentos dos terceirizados; analisar, avaliar e investir em capacitações que qualifiquem o servidor; utilizar métodos e técnicas de humanização no atendimento do usuário interno e externo.

A utilização dessas estratégias sendo debatidas as possibilidades reais do município com os setores competentes dão a certeza ao servidor que ele está sendo olhado em suas condições de trabalho, possibilitando frente ao treinamento e acompanhamento, dar ao usuário do sistema um diferencial no atendimento recebido por um profissional que é bem remunerado, reconhecido por seu trabalho e qualificado em suas funções. Para a Secretaria isso se reveste em uma diminuição dos conflitos internos e externos, em um profissional motivado e na redução de custos com servidores pelo aumento da capacidade e resolutividade dos serviços exercidos pelo profissional.

6. CONCLUSÃO

O estudo surgiu partindo da inquietação dos pesquisadores frente o antagonismo existente entre o ideal teórico levantado pelo Ministério da Saúde e CONASS, no que diz respeito à Gestão do Trabalho e Educação no Sistema Único de Saúde e a realidade vivenciada por cada um dos pesquisadores nos municípios em que prestam serviços. Por outro lado havia a necessidade de dar a contribuição a esses municípios, que se dispõem a mudar as concepções ao aceitarem participar do ProgeSUS e ao enviar seus servidores para se especializar na área, contribuindo com essa atitude com o fortalecimento do SUS, mostrando a importância de investir no servidor, para qualificar por fim o atendimento às necessidades do usuário-cidadão.

Ao analisar os dados levantados encontra-se ainda um longo caminho a percorrer em busca desse novo olhar frente a Gestão de Trabalho e Educação na Saúde, mas também observasse que esse caminho já se iniciou, que a primeira atitude a ser tomada pelos municípios seria a formalização dos processos que já ocorrem, para a partir daí investir em novas possibilidades e ampliações.

Valorizar as carreiras estruturadas, com estímulos à progressiva formação dos trabalhadores, além de resguardar o princípio da diversidade na composição da força de trabalho, incentivando talentos, construindo mecanismos inclusivos que contemplem políticas afirmativas levando em consideração a raça/cor, o sexo, a orientação sexual e os portadores de necessidades especiais, são estratégias que fortalecem o SUS no município, por outro lado orientam para a humanização dos serviços.

Dentre as propostas de intervenção existentes nesse campo, na Agenda Positiva do Departamento de Gestão e da Regulação do Trabalho em Saúde do Ministério da Saúde (2005), estão descritas algumas ações que objetivam sensibilizar e conscientizar os gestores sobre: 1) a necessidade de elaboração e implantação de uma nova política de recursos humanos; 2) o desenvolvimento de um Sistema Nacional de Informações que permita a comunicação entre o Ministério a Saúde, os estados e os municípios, oferecendo suporte às ações voltadas à gestão do trabalho e da educação na saúde; 3) o desenvolvimento de um

programa de capacitação dos profissionais do setor, para maior qualificação técnica, administrativa e institucional em planejamento, programação, acompanhamento e avaliação; e 4) os investimentos junto às Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde na implantação ou no fortalecimento das infra-estruturas de gestão do trabalho e da educação em saúde. (BRASIL, 2005, p.53).

Já se encontra materiais dos mais variados, entre, leis, decretos, portarias, cartilhas, livros e apostilas sobre a filosofia do SUS, a forma de pensar o trabalho e a educação, a humanização, a qualidade do atendimento ao usuário do serviço e, no entanto, percebe-se que as atitudes e posturas não tem se modificado significativamente, necessitando de divulgação do trabalho e da legislação hoje vigente, como forme de disseminar essa idéia.

Mudando um pouco o foco da argumentação, raciocinando sobre o prisma do Ministério da Saúde sabe-se da importância do ProgeSUS na forma de tratar a Gestão na Saúde, principalmente ao investigar-se o Relatório Final da “Gestão do Trabalho e Educação em Saúde: Análise da década atual”, recém publicado pela RORHS (Rio de Janeiro, 2008) citado anteriormente.

Todavia, em que pese a importância do ProgeSUS por tratar-se de projeto estruturante e estruturador do desenvolvimento das capacidades administrativas de gestão pública das questões relativas ao trabalho e educação em saúde de estados e municípios brasileiros, tão importante será o monitoramento, pelo Ministério da Saúde/DEGERTS, das ações iniciadas pelos municípios a partir da adesão ao PROJETO, assim, contar-se-á com os elementos necessários para a assunção dessas responsabilidades independente das diversidades e distinções das capacidades técnicas, operativas e econômicas de regiões e estados brasileiros.

Nesta perspectiva, a flexibilização o desenho do atual ProgeSUS alargando o conceito de programa, com a incorporação da dimensão da gestão pública da educação, das estratégias de descentralização utilizadas pelos executivos estaduais, do alinhamento dos governos estaduais para as tarefas de descentralização das políticas e instrumentos de Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde, promoverão a possibilidade de criação de distintas modalidades de ProgeSUS, numa abordagem adequada a cada contexto em particular e

permitindo o acompanhamento sistemático de suas ações pelo Ministério da Saúde, ou seja, trata-se de aplicar a dimensão de equidade aos municípios.

REFERÊNCIAS

ARIAS, E.H.L. et al. Gestão do Trabalho no SUS. Cadernos RH Saúde, Brasília, 3(1): 119-124, março 2006.

ARRETCHE, M. Relações Federativas nas Políticas Sociais. Educ. Soc. (on line). Set. 2002, vol.23, n°. 80 (citado 16/04/2006), pp. 25-48. Disponível na World Wide Web: <http://www.scielo.br/scielo.php?>.

BRASIL. Conselho Nacional dos Secretários de Saúde. Estruturação da Área de Recursos Humanos nas Secretarias de Saúde dos Estados e do Distrito Federal. Brasília, CONASS, 2004.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Gestão do Trabalho e da Regulação Profissional em Saúde: Agenda Positiva do Departamento de Gestão e da Regulação do Trabalho em Saúde. Brasília, Ministério da Saúde, 2005.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Cadernos RH Saúde. Brasília, Vol.3, n° 1, Ministério da Saúde, 2006.

_____. Ministério da Saúde. 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.

_____. Poder Executivo. Ministério da Saúde. Portaria/GM n°. 399, de 22 de fevereiro de 2006 – Divulga o Pacto pela Saúde 2006 – Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do Referido Pacto, 2006b.

_____. Poder Executivo. Ministério da Saúde. Portaria/GM n° 2.216, de 22 de setembro de 2006 - Institui o Programa de Qualificação e Estruturação da Gestão do Trabalho e da Educação no SUS, 2006c.

_____. Conselho Nacional dos Secretários de Saúde. Atenção Primária e Promoção da Saúde. Coleção Progestores – Para entender a gestão do SUS, vol. 8, Brasília, 2007a.

_____. Conselho Nacional dos Secretários de Saúde. Gestão do Trabalho na Saúde. Coleção Progestores – Para entender a gestão do SUS, vol. 5, Brasília, 2007b.

PIERANTONI, C.R. Recursos Humanos e Gerência no SUS. In: **NEGRI, B.; VIANA, A.L.** (Org.). *O Sistema Único de Saúde em dez anos de desafio*. São Paulo: Sobravime, 2002. pp. 609-630.

_____; **VARELLA, T.C.; FRANÇA, T.** Recursos Humanos e Gestão do Trabalho: da Teoria à Prática. *Cadernos RH Saúde*, Brasília, 3(1); 29-40, março 2006.

REDE DE OBSERVATÓRIO DE RECURSOS HUMANOS EM SAÚDE. Instituto de Medicina Social. Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Capacidade gestora de recursos humanos em instâncias locais de saúde em municípios com população superior a 100 mil habitantes. Rio de Janeiro, IMS/UERJ, 2004.

_____; Instituto de Medicina Social. Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Relatório Final da “Gestão do Trabalho e Educação em Saúde: Análise da década atual”. Rio de Janeiro, IMS/UERJ, 2008. http://www.obsnetims.org.br/ver_pesquisa.asp?id=58

VASCONCELOS, C. M de. *Paradoxos da mudança do SUS*. Doutorado. Campinas: Unicamp/Faculdade de Ciências Médicas / Departamento de Medicina Preventiva e Social, 2005 (Capítulo 1).

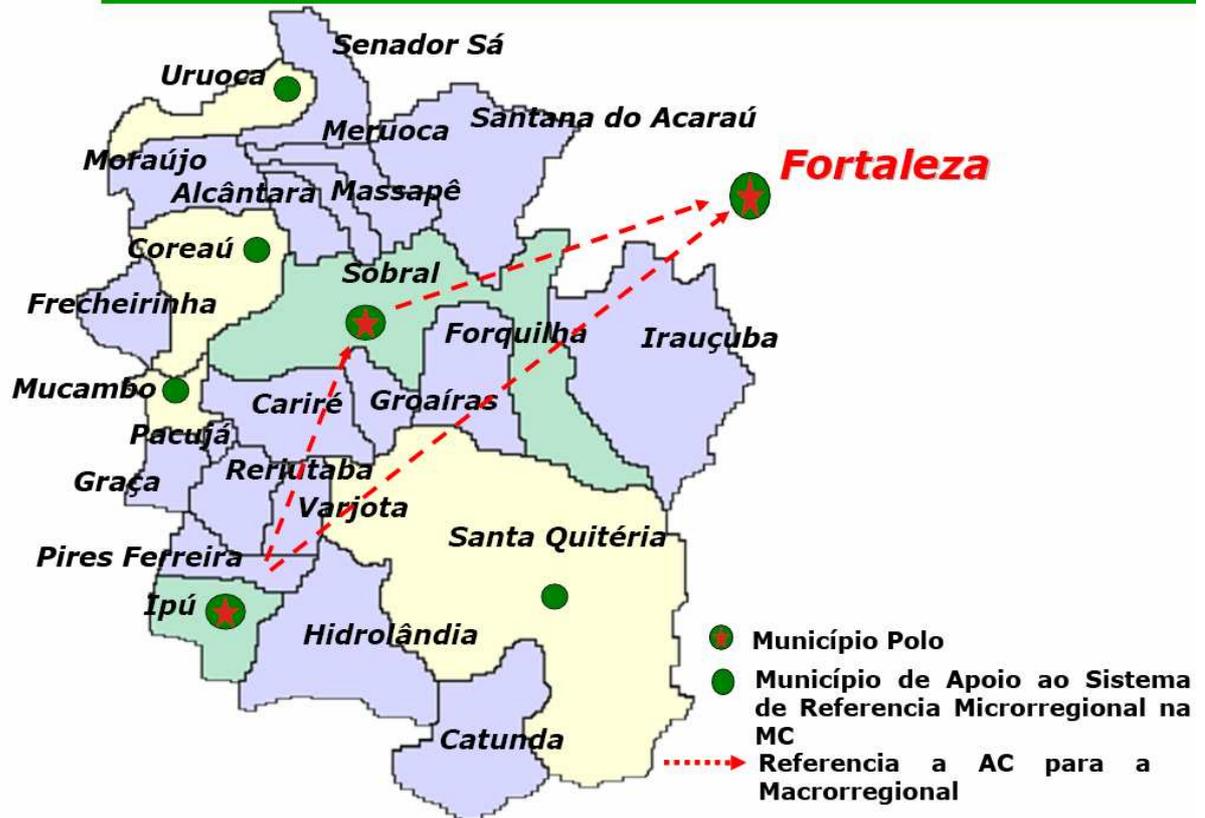
_____; **PASCHE, D. F.** O Sistema Único de Saúde. In: **CAMPOS, G. W. S. et al.** *Tratado de Saúde Coletiva*. Rio de Janeiro, Hucitec; Fiocruz, 2006.

VIANA, A. L. D. et al. Descentralização e Federalismo: a política de saúde em novo contexto – lições do caso brasileiro. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, 2002.

ANEXOS

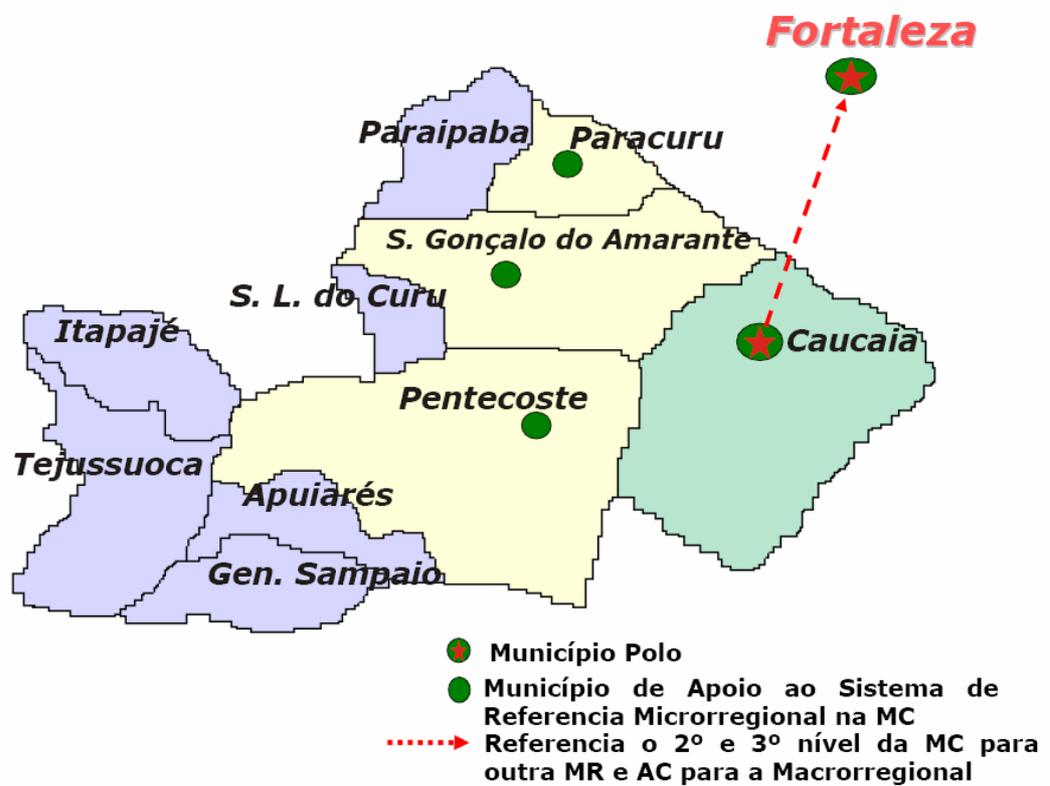
ANEXO 1

11ª Microrregional de Saúde de Sobral - PDR 2006



ANEXO 2

2ª Microrregião de Saúde de Caucaia - PDR 2006



ANEXO 3

3ª Microrregião de Saúde de Maracanaú - PDR 2006