

Observatório de Recursos Humanos em Saúde (ObservaRH)
Núcleo de Estudos de Saúde Pública (Nesp)
Centro de Estudos Avançados Multidisciplinares (Ceam)
Universidade de Brasília (UnB)
Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz)

**GESTÃO DO TRABALHO EM SAÚDE: EXPERIÊNCIAS
SELECIONADAS DO PRÊMIO INOVASUS –
LABORATÓRIO DE INOVAÇÃO**

© Núcleo de Estudos de Saúde Pública do Centro de Estudos Avançados Multidisciplinares da Universidade de Brasília. Escola de Governo em Saúde da Diretoria Regional de Brasília da Fio-cruz, 2015. Todos os direitos reservados. É permitida a reprodução total ou parcial desta obra, desde que seja citada a fonte e não seja para venda ou qualquer outro fim comercial.

Parcerias institucionais

Ministério da Saúde (MS)/Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES)/ Departamento de Gestão e da Regulação do Trabalho em Saúde (Degerts)

Ângelo D'Agostini Júnior – Diretor do Departamento de Gestão e da Regulação do Trabalho em Saúde (Degerts)

Maria Luiza Fonseca do Valle – Coordenadora-Geral da Gestão do Trabalho em Saúde

Fiocruz/Diretoria Regional de Brasília

Maria Fabiana Damásio Passos – Diretora da Escola de Governo em Saúde da Fiocruz Brasília e Coordenadora Técnica do projeto

Opas-OMS/Brasil

Cristiane Scolari Gosch (Consultora Nacional e responsável pelo acompanhamento da Carta Acordo do projeto)

ObservaRH-Nesp/Ceam/UnB – Execução do projeto

Valdemar de Almeida Rodrigues

Zuleide do Valle Oliveira Ramos

Laboratório de Inovação em Gestão do Trabalho em Saúde

Adriana Maria Parreiras Marques – Coordenadora

Autores

Adriana Maria Parreiras Marques e Flávio A. de Andrade Goulart

Co-autor

Jorge Luiz de Castro

Equipe interinstitucional de trabalho

Degerts/SGTES/MS

André Luiz Rodrigues Silva

Gerson Flávio da Silva

Lívia Cristina Bandeira Ramos

Maria Luiza Fonseca do Valle

Robson Guimarães Pitanga

Tatiana Maria Souza Santos

Opas/OMS

Cristiane Scolari Gosch

ObservaRH/UnB

Adriana Maria Parreiras Marques

Flávio A. de Andrade Goulart

Valdemar de Almeida Rodrigues

Zuleide do Valle Oliveira Ramos

Observatório de Recursos Humanos em Saúde (ObservaRH)
Núcleo de Estudos de Saúde Pública (Nesp)
Centro de Estudos Avançados Multidisciplinares (Ceam)
Universidade de Brasília (UnB)
Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz)

GESTÃO DO TRABALHO EM SAÚDE: EXPERIÊNCIAS SELECIONADAS DO PRÊMIO INOVASUS – LABORATÓRIO DE INOVAÇÃO

Autores

Adriana Maria Parreiras Marques

Flávio A. de Andrade Goulart

Co-autor

Jorge Luiz de Castro

Colaboradores:

Secretaria de Estado de Saúde da Bahia (SES-BA): Ricardo Souza Heinzelmann, Jamille Amorim Carvalho

Secretaria de Estado de Saúde de Mato Grosso (SES-MT): Maria Dolores Fonseca Bergamasco, Elza Melo Gomes Machado, Junia Mara da Costa Serra Driemeye, Andréa M. da Cruz Oliveira Amorim, Sílvia Aparecida Tomaz, Eliana de Souza Lima, Ivani Gomes de Almeida, Liris M. M., Werle de Lemos, Mariza Molter Volpe, Soraia Pinto Tamberi R. Maciel, Valdevina R. Capistrano da Silva

Fundação Estatal Saúde da Família da Bahia – FESF-SUS: Estevão Toffoli Rodrigues, Vania Priamo, Grace Fátima Souza Rosa, Angélica Mota Valois Coutinho, Carla Pedra Branca Valentim Carvalho

Secretaria Municipal de Saúde (SMS) de Betim-MG: Conceição Aparecida Pereira Rezende, Elizabete Silva, Valéria Dutra Batista Catalan, Waltovânio Cordeiro Vasconcelos

Secretaria Municipal de Saúde (SMS) de Campinas-SP: Elisabet Pereira Lelo Nascimento, Simone Guimarães Dolce, Thiago Mantoanelli Nobre

Secretaria Municipal de Saúde (SMS) de Curitiba-PR: Jussara de Castilhos Rosa Azevedo, Nilza Teresinha Faoro, Erotildes Antunes Xavier

Secretaria Municipal de Saúde (SMS) de Guarulhos-SP: Solange Cristina Aparecida Vialle, Luciana Maria Zanotto Oliveira, Sílvia Pacheco Tonim

Secretaria Municipal de Saúde (SMS) de Vitória-ES: Bianca Gianordoli Teixeira Bastos, Bernadete Boldrini, Edilaine Lorencini Majeski Salarini, Fernanda Mayer dos Santos Souza, Gessimara Sousa

Comunicação social: Pedro Rocha

Mídia digital: André Luiz Santiago Hellmann, Pedro Rocha, Tatiane Santiago Hellmann

Normalização e revisão de texto: Yana Maria Palankof

Editoração: Priscilla Paz

Este estudo faz parte da produção do Observatório de Recursos Humanos em Saúde (Nesp/Ceam/UnB) e teve o patrocínio do Acordo de Cooperação Técnica Ministério da Saúde – Opas/OMS. A administração financeira esteve a cargo da Fundação para o Desenvolvimento Científico e Tecnológico em Saúde (Fiotec). Contribuições e sugestões podem ser enviadas para:

Observatório de Recursos Humanos em Saúde – ObservaRH

Núcleo de Estudos de Saúde Pública – Nesp

SCLN, 406, bloco A, sala 202, Asa Norte, Brasília-DF. CEP: 70847-510

Telefax: (61) 3340 6863. E-mail: observarh.unb@observarh.org.br. Site: www.observarh.org.br/nesp

Ficha elaborada pela bibliotecária Sara Mesquita Ribeiro (CRB Nº 2814)

M357G

Marques, Adriana Maria Parreiras.

Gestão do trabalho em saúde : experiências selecionadas do prêmio InovaSUS - Laboratório de Inovação / Adriana Maria Parreiras, Flávio A. de Andrade Goulart ; co-autor, Jorge Luiz de Castro. – Brasília, DF : OPAS/OMS, 2016

300 p. ; 21 cm. – (Estudos e análises ; 1)

ISBN 978-85-7967-110-4

1. Saúde e trabalho. 2. Saúde pública. I. Goulart, Flávio A. de Andrade. II. Castro, Jorge Luiz de. III. Título. IV. Série.

AUTORES

ADRIANA MARIA PARREIRAS MARQUES

Graduada em Odontologia pela Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais – Campus Belo Horizonte (1984); especialização em Odontologia Social pela Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais – Campus Belo Horizonte (1985); especialização em Educação a Distância pela Universidade de Brasília – Faculdade de Educação (2000). Foi professora da Universidade de Brasília, consultora do Ministério da Saúde, profissional nacional da Organização Pan-Americana da Saúde (Opas/OMS) e membro do grupo de comunicadores das Nações Unidas. Atualmente é pesquisadora do Núcleo de Estudos em Saúde Pública/UnB. Tem experiência nas áreas de saúde coletiva, políticas de recursos humanos, práticas alternativas de saúde, gestão do trabalho, gestão da informação e do conhecimento e cooperação internacional.

FLÁVIO A. DE ANDRADE GOULART

Graduado em Medicina pela UFMG em 1971. Mestre em Saúde Pública pela Fundação Oswaldo Cruz (1990) e doutor em Saúde Pública também pela Fundação Oswaldo Cruz (2000). Sua atuação profissional tem sido dividida entre a clínica, a administração de saúde e a docência universitária. Lecionou na UFMG, na UFU e na UnB. Foi Secretário Municipal de Saúde em Uberlândia por duas vezes. Neste município, conduziu a implantação da Estratégia de Saúde da Família, do HiperDia, além de outros programas do elenco do Ministério da Saúde. Assessorou no Ministério do Desenvolvimento Social a implementação do Prêmio Boas Práticas no Programa Bolsa Família em 2006. Desde 2003 vem atuando como consultor autônomo em órgãos públicos e organismos internacionais. Atualmente é pesquisador do Observatório de Recursos Humanos em Saúde do Núcleo de Estudos em Saúde Pública do Centro de Estudos Avançados Multidisciplinares da Universidade de Brasília.

CO-AUTOR

JORGE LUIZ DE CASTRO

Graduado em Comunicação Social pela Universidade Potiguar (1999). Especialista em Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde pela UFRN (2011). Atualmente é Diretor-Geral do Centro de Formação de Pessoal para Serviços de Saúde (Cefope) – Escola Técnica do SUS (ETSUS) da Secretaria de Saúde do Estado do RN. Representante das ETSUS da Região Nordeste na Coordenação-Geral da Rede de Escolas Técnicas do SUS (RETSUS). É apoiador institucional da Mesa Nacional de Negociação Permanente do Sistema Único de Saúde (MNNP-SUS) do Departamento de Gestão e da Regulação do Trabalho/Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde/Ministério da Saúde. Colabora com o Núcleo de Estudos em Saúde Coletiva da Universidade Federal do Rio Grande do Norte na condição de pesquisador colaborador desde 2005. Coordenação Adjunta Editorial do Observatório de RH/UFRN. Na Secretaria Estadual de Saúde, foi Coordenador de Recursos Humanos, atuando nas áreas de ensino, pesquisa e gestão. Tem experiência na área de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde e Saúde Coletiva.

AGRADECIMENTOS

Este trabalho é fruto, acima de tudo, do esforço coletivo de diversas pessoas de diferentes instituições.

Figuram como protagonistas fundamentais as equipes técnicas das diversas instituições integrantes do estudo, as quais são citadas nominalmente ao final de cada capítulo correspondente às experiências.

Além disso, merecem menção especial de nossa parte:

- Félix Hector Rigoli, na Opas Brasil até junho de 2015, teve papel importante no apoio e no acompanhamento do projeto na qualidade de Coordenador da Unidade de Capacidades Humanas para Saúde.
- Gerardo Alfaro, Coordenador de HSS na OPAS Brasil a partir de julho de 2015, passou a conferir apoio ao projeto, ao abarcá-lo entre suas atribuições.
- Ângelo D'Agostini Júnior, Diretor do Departamento de Gestão e Regulação do Trabalho em Saúde, que a partir do momento em que tomou conhecimento do Laboratório passou a acolher, valorizar e incentivar o projeto.

Da mesma forma, que seja registrada a contribuição das antecessoras de Ângelo Agostini, Ana Paula Cerca e Eliana Pontes de Mendonça, e suas respectivas equipes.

- Elisandrea Sguario Kemper e sua equipe, na Opas Brasil, responsáveis pela gerência do Portal de Inovação no SUS, onde as experiências aqui registradas e analisadas já estão sendo divulgadas.

Não é demais repetir, estes agradecimentos estendem-se a todas as entidades, gestores e profissionais que contribuíram para a construção do Laboratório de Inovação na Gestão do Trabalho em Saúde.

Desejamos que estas informações sejam úteis aos leitores, podendo estes terem a certeza de que, em todas as etapas do projeto, elas foram construídas e testadas com vontade política e forte competência técnica, além de um enorme senso de servir ao SUS.

A EQUIPE DE AUTORES

PREFÁCIO DO DEGERTS/SGTES/MS

No Brasil existem diversas experiências inovadoras na gestão do trabalho desenvolvidas nos contextos municipal, estadual e federal. Entretanto, a maioria delas permanece desconhecida e impossibilitada de tornar-se referência para a gestão pública. No âmbito do Sistema Único de Saúde a realidade é semelhante.

Buscando contribuir para a superação desse fato, foi criado o Prêmio InovaSUS, que permite às instituições públicas ou privadas sem fins lucrativos apresentarem experiências vinculadas a órgãos públicos, que poderão ser premiadas, divulgadas, ampliadas e potencializadas.

Considerando-se a importância dessas iniciativas que qualificam a gestão pública do trabalho no SUS, novos mecanismos de divulgação estão sendo criados por meio de parceria entre o Ministério da Saúde (MS), a Organização Pan-Americana de Saúde (Opas/OMS) e o Observatório de Recursos Humanos em Saúde do Núcleo de Estudos de Saúde Pública do Centro de Estudos Avançados Multidisciplinares da Universidade de Brasília (ObservaRH-Nesp/Ceam/UnB). Dentre esses mecanismos estão o *Portal de Inovação na Gestão do SUS*, que reúne experiências inovadoras de apoio à gestão na tomada de decisões, e o *Laboratório de Inovação da Gestão do Trabalho*, que promove a divulgação de experiências inovadoras, buscando favorecer o conhecimento, a compreensão e a adaptação dessas experiências a diversas realidades locais, com destaque para as experiências contempladas no Prêmio InovaSUS.

O Laboratório de Inovação utiliza vários tipos de ferramentas, dentre as quais, a produção de vídeos, em que trabalhadores e gestores expressam suas vivências, avaliam os resultados alcançados e as dificul-

dades encontradas na construção e na implementação das experiências em gestão do trabalho no SUS, como também disponibiliza documentos, com o intuito de democratizar o acesso à informação sistematizada, tanto a pessoas que buscam conhecê-la até a quem já tem um conhecimento amplo sobre o tema, oferecendo elementos concretos àqueles que buscam e constroem soluções para o aprimoramento da gestão pública.

A essência deste projeto coaduna-se com os princípios norteadores da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde do Ministério da Saúde (SGTES/MS), criada no ano de 2003, que buscou avançar no âmbito de elaboração, proposituras e acompanhamento das políticas de gestão de pessoal, educação, regulação e negociação do trabalho em saúde e o ordenamento de responsabilidades, integrando e aperfeiçoando a relação entre as três esferas de governo. Historicamente, o Ministério da Saúde valorizou essa dimensão do trabalho, tendo sido este campo aberto e trilhado de forma ampliada e participativa desde o final dos anos 1970, passando pelos anos 1980 e 1990, até a criação da SGTES/MS, por intermédio de unidade organizacional vinculada à Secretaria-Geral, atual Secretaria Executiva.

Nesta mudança de *status* representada pela criação da SGTES/MS, a gestão atual do Degerts enfatiza a importância, no seu processo de trabalho, da participação dos trabalhadores de saúde e dos mecanismos de controle social do SUS na gestão dos serviços; da regulação das profissões de saúde; da negociação do trabalho e do fomento à cooperação internacional, da parceria com segmentos da sociedade civil organizada, com a academia, organizações vinculadas a movimentos sindicais e sociais, conselhos profissionais nacionais e internacionais, dentre outras, configurando-se em uma proposta de construção coletiva.

O processo de trabalho desenvolvido também é coerente com nossa concepção de trabalho em saúde, na qual o trabalhador é percebido como sujeito e agente transformador de seu ambiente, não se tratando apenas de um mero recurso humano realizador de tarefas previamente estabelecidas, mas, sim, de um participante efetivo num processo de trocas, de intercâmbio, criatividade, coparticipação e corresponsabilização, de enriquecimento e comprometimento mútuos.

Enfim, nossa proposta coaduna-se com o princípio do Sistema Único de Saúde (SUS), qual seja, uma política pública embasada nos conceitos e nas diretrizes da universalidade, da integralidade, da equidade, do controle social, da descentralização/regionalização, com prioridade para a saúde preventiva.

Nosso desafio agora é garantir que mais usuários, gestores e trabalhadores da saúde tenham acesso a estas informações, mantendo e ampliando os trabalhos do Laboratório de Inovação da Gestão do Trabalho.

ANGELO D'AGOSTINI JUNIOR
DIRETOR DO DEGERTS/SGTES/MS

PREFÁCIO DA OPAS/OMS-BRASIL

É com entusiasmo que a Organização Pan-Americana da Saúde/Organização Mundial da Saúde (Opas/OMS) apresenta esta publicação do Laboratório de Inovação da Gestão do Trabalho no Sistema Único de Saúde (SUS), um tema caro à gestão dos sistemas de saúde, pois trata da valorização dos trabalhadores e da democratização das relações de trabalho no SUS.

Esse laboratório é resultado do processo de cooperação técnica entre a Opas/OMS no Brasil, o Ministério da Saúde – por meio do Departamento de Gestão e Regulação do Trabalho na Saúde – e o Observatório de Recursos Humanos em Saúde do Núcleo de Estudos de Saúde Pública do Centro de Estudos Avançados Multidisciplinares da Universidade de Brasília.

O Laboratório da Gestão do Trabalho no SUS aliou-se ao Prêmio Inovasus com o objetivo de selecionar experiências exitosas para serem acompanhadas pelo Laboratório de Inovação. O prêmio Inovasus, realizado desde 2011 pelo Ministério da Saúde com o apoio da Opas/OMS, identifica e incentiva práticas inovadoras de gestão do trabalho no SUS. Assim, o Laboratório da Gestão do Trabalho pôde contar com um acervo rico de experiências, possibilitando, inclusive, que a escolha das oito experiências abarcassem as diversas regiões do Brasil e que temas como dimensionamento da força de trabalho; plano de cargos, carreira e salário; avaliação de desempenho; negociação coletiva e desprecarização de vínculo fossem documentados.

A estratégia dos laboratórios de inovação vem sendo desenvolvida desde 2008 por meio de cooperação técnica entre a Opas/OMS e o Brasil,

em conjunto com parceiros nacionais e internacionais. O Brasil tem uma série de boas experiências distribuídas pelo país, muitas delas retratadas em estudos de caso que possibilitam refletir sobre o processo de estruturação e implementação das políticas locais. Os estudos de caso em saúde têm um potencial de transferência de conhecimento – suas conclusões podem ser extrapoladas ou transferidas para outros casos, a depender das condições particulares e contextuais de cada situação. Nesta perspectiva, os laboratórios de inovação têm o objetivo de identificar e valorizar experiências e práticas bem-sucedidas no SUS, buscando seu potencial de inovação e analisando os caminhos que levaram às mudanças no processo de trabalho, gerando melhorias para os usuários dos serviços.

A Opas/OMS espera que os resultados do Laboratório da Gestão do Trabalho no SUS sejam fonte de inspiração e motivação para mais gestores e trabalhadores do SUS, contribuindo, assim, para a implementação de políticas de gestão, planejamento e regulação do trabalho em saúde em todo o território nacional.

JOAQUÍN MOLINA
REPRESENTANTE DA OPAS/OMS NO BRASIL

PREFÁCIO DO OBSERVARH-NESP/CEAM/UNB

A busca permanente da qualidade na atenção e na gestão no Sistema Único de Saúde (SUS), a busca do equilíbrio entre a construção de novas práticas inovadoras que emergem como propostas adequadas aos contextos e às realidades sanitárias e as conquistas importantes a serem preservadas. Estes são alguns movimentos inspirados pelo ideário do SUS, abraçados por gestores, trabalhadores e pesquisadores, que encontram exemplos vivos em iniciativas locais no campo da gestão do trabalho. Este é um dos espaços em que as ações se concretizam, pois envolve a força propulsora e a interatividade entre pessoas. É fundamental que, além de responder a anseios locais, estas sejam fomentadas e ganhem visibilidade, compondo a imagem do SUS e permitindo intercâmbio com outras realidades locais.

Nesta perspectiva destacam-se atualmente duas iniciativas importantes do órgão nacional do SUS – o Prêmio InovaSUS, que regularmente contempla boas práticas de gestão do trabalho no âmbito de estados e municípios, e a proposta de um Laboratório de Inovação na Gestão do Trabalho em Saúde, que ao avaliar parte das experiências premiadas promove sua visibilidade e busca representar um espaço de intercâmbio efetivo, com repercussões dentro e fora do âmbito institucional.

O Laboratório de Gestão do Trabalho em Saúde surge a partir de demanda a este Observatório do Nesp/Ceam/UnB, feita pelo Degerts/SGTES/MS, e associa-se ao Portal da Inovação no SUS gerenciado pela Opas/OMS.

O processo que envolveu a avaliação e o acompanhamento de oito experiências locais estudadas permitiu trazer à tona uma riqueza de

aproximações contextuais, de múltiplos esforços desenvolvidos para sua consecução, envolvendo em algumas iniciativas estudos de viabilidade econômica, interatividade entre instituições diversas e a busca da opinião do usuário. Embora lidando com um número determinado de iniciativas, estima-se que a repercussão do estudo represente maior amplitude pelo caráter dos temas abordados, de interesse notadamente coletivo.

A criação do Laboratório materializou-se inicialmente na construção de um *site* integrado ao Portal de Inovação do SUS. Porém, mais do que isso, em função do envolvimento e da dedicação da equipe de pesquisadores e das equipes locais desdobrou-se em oito *sites* específicos por experiências, expondo de forma dinâmica a trajetória em seus estados ou municípios, as conquistas, as lições aprendidas nesse caminho e as perspectivas visualizadas.

Esta publicação, para a qual convidamos todos os interessados a se dedicarem à sua leitura, traz comentários do conjunto e o registro do acompanhamento de cada experiência, constituindo mais um dos produtos do Laboratório de Inovação na Gestão do Trabalho em Saúde.

ZULEIDE DO VALLE OLIVEIRA RAMOS
COORDENADORA DO OBSERVARH/NESP/CEAM/UNB

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO.....	19
I. METODOLOGIA.....	21
II. EXPERIÊNCIAS INOVADORAS: VISÃO GERAL COMENTADA.....	27
PANORAMA DAS EXPERIÊNCIAS SELECIONADAS.....	29
CONTEXTOS DE FORMAÇÃO E IMPLEMENTAÇÃO	32
FORTALEZAS E VULNERABILIDADES.....	35
INOVAÇÕES	40
III. RELATOS DAS EXPERIÊNCIAS.....	45
DESPRECARIZAÇÃO E VALORIZAÇÃO DOS VÍNCULOS DOS AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE E DE COMBATE ÀS ENDEMIAS – A EXPERIÊNCIA DO ESTADO DA BAHIA	47
INCENTIVO FINANCEIRO DO PMAQ-AB ÀS EQUIPES DE SAÚDE DA FAMÍLIA – A EXPERIÊNCIA DA SECRETARIA MUNICIPAL DE GUARULHOS (SP).....	67
IMPLANTAÇÃO DO PLANO DE CARGOS, CARREIRAS E VENCIMENTOS – A EXPERIÊNCIA DA SECRETARIA MUNICIPAL DE VITÓRIA (ES)	81
IMPLANTAÇÃO DO PLANO DE EMPREGOS, CARREIRAS E SALÁRIOS – A EXPERIÊNCIA DA FUNDAÇÃO ESTADUAL SAÚDE DA FAMÍLIA – FESF-SUS BAHIA.....	99
IMPLANTAÇÃO DO PLANO DE CARGOS, CARREIRAS E SALÁRIOS – A EXPERIÊNCIA DA SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE DE MATO GROSSO NO SUS	113

MESA MUNICIPAL DE NEGOCIAÇÃO PERMANENTE DO SUS – A EXPERIÊNCIA DA SECRETARIA MUNICIPAL DE BETIM (MG)	133
AVALIAÇÃO DE DESEMPENHO E REMUNERAÇÃO VARIÁVEL NO CONTEXTO DE GESTÃO POR METAS PACTUADAS – A EXPERIÊNCIA DA SECRETARIA MUNICIPAL DE CURITIBA (PR)	145
DIMENSIONAMENTO DE RECURSOS HUMANOS NA ATENÇÃO BÁSICA – A EXPERIÊNCIA DA SECRETARIA MUNICIPAL DE CAMPINAS (SP)	161

APRESENTAÇÃO

A iniciativa do Laboratório de Inovação da Gestão do Trabalho na Saúde une-se à experiência do prêmio InovaSUS,¹ inspirado na necessidade da valorização de práticas inovadoras em Gestão do Trabalho na Saúde. A ideia é envolver o conjunto de trabalhadores do Sistema Único de Saúde (SUS), representados nas respectivas secretarias de saúde estaduais e municipais, nos consórcios e nas fundações públicas, além dos movimentos sociais, que em seu trabalho de construção de políticas e ações de saúde têm sido capazes de contribuir de forma relevante para o funcionamento do SUS com práticas inovadoras e potencialmente multiplicáveis.

O Laboratório de Inovação da Gestão do Trabalho na Saúde é uma iniciativa do Departamento de Gestão e Regulação do Trabalho na Saúde do Ministério da Saúde (Degerts/SGTES/MS) em parceria com a Organização Pan-Americana da Saúde (Opas/OMS) e o Observatório de Recursos Humanos em Saúde do Núcleo de Estudos de Saúde Pública do Centro de Estudos Avançados Multidisciplinares da Universidade de Brasília (ObservaRH-Nesp/Ceam/UnB).

Este Laboratório de Inovação da Gestão do Trabalho na Saúde acompanhou oito experiências premiadas pelo InovaSUS, a saber: Implantação do Plano de Cargos, Carreira e Vencimentos dos profissionais de saúde do município de Vitória (ES); Implantação do Plano de Cargos e Carreiras estadual do SUS em Mato Grosso; Implantação do Plano de Empregos, Carreiras e Salários na Fundação Estatal Saúde da Família da Bahia (Fes-

1 Criado em 2011, o Prêmio InovaSUS – Inovação na Gestão do Trabalho em Saúde e valorização de boas práticas – tem como objetivo identificar, reconhecer e valorizar práticas inovadoras da gestão do trabalho na saúde. Esta iniciativa do Degerts/SGTES/MS proporciona o reconhecimento e dá visibilidade às experiências locais, fortalecendo o campo da gestão do trabalho. Desde sua criação, foram realizadas quatro edições (2011, 2012/2013, 2014 e 2015).

fsus); Mesa Municipal de Negociação Permanente do SUS no município de Betim (MG); Avaliação de desempenho e remuneração variável no contexto de gestão por metas pactuadas em Curitiba (PR); Política de desprecarização dos vínculos de trabalho de agentes comunitários de saúde e agentes de endemias da Bahia; Dimensionamento de recursos humanos na atenção básica em Campinas (SP); e Incentivo financeiro do PMAQ-AB às equipes de Saúde da Família em Guarulhos (SP).

No primeiro capítulo da publicação expõe-se a metodologia adotada, incluindo procedimentos construídos especificamente para o Laboratório de Inovação da Gestão do Trabalho na Saúde, objetivando a compreensão do processo de trabalho. No segundo capítulo encontra-se uma visão comentada das experiências estudadas, visando a situar o conjunto do trabalho e das experiências, agregando uma abordagem reflexiva e analítica.

Com base na visão do segundo capítulo, apresentam-se nos capítulos subsequentes as informações organizadas de forma mais detalhada de cada uma das oito experiências com o intuito de que estas sejam compreendidas considerando-se todas as suas particularidades. Esse detalhamento, além de trazer importantes subsídios, evidencia as características e os caminhos próprios de cada experiência, pois estas abordam diferentes temas, por exemplo: algumas envolvem processos de trabalho, outras tratam do delineamento técnico. As experiências em questão apresentam também diversidade de abordagens e de apresentação de pormenores associados aos focos presentes nos temas.

Um referencial bibliográfico básico encerra este estudo, que também agrega alguns anexos reportados a uma das experiências.

I

METODOLOGIA

METODOLOGIA

Ao Laboratório de Inovação da Gestão do Trabalho na Saúde coube o acompanhamento de oito experiências premiadas pelo InovaSUS e selecionadas pelo Ministério da Saúde e pela Opas/OMS. As informações sobre todas as experiências foram trabalhadas pela equipe do ObservaRH/Nesp/UnB e pelos colaboradores do Ministério da Saúde (MS) e da Opas/OMS com base nas análises documentais e nas oficinas de trabalho com representantes dos projetos selecionados, culminando com a interação, o aprofundamento e a captura da visão dos gestores e dos trabalhadores nas visitas *in loco*.

As visitas ocorreram entre agosto de 2014 e outubro de 2015 nas localidades de Guarulhos (SP), Betim (MG), Vitória (ES), Curitiba (PR), Campinas (SP), no Estado de Mato Grosso e duas delas no Estado da Bahia. Na ocasião puderam ser aprofundados os debates em torno dos seguintes temas: plano de cargos, carreiras e salários; mesa de negociação permanente do SUS; avaliação de desempenho e remuneração variável; incentivo financeiro do PMAQ-AB às equipes de saúde da família; desprecarização dos vínculos de trabalho de agentes comunitários de saúde; e dimensionamento da força de trabalho no SUS.

Apesar de não se poder caracterizar este estudo como uma pesquisa clássica, com moldes éticos e científicos tradicionais, foram adotados fundamentos e referências para validar os procedimentos adotados e a escolha de sujeitos para as diversas atividades.

As fases do processo de campo podem ser assim resumidas: a) análise documental; b) pesquisa exploratória; c) realização das entrevistas não estruturadas; d) realização de grupos focais; e) produção e revisão de notas de campo.

As fases de análise documental e pesquisa exploratória precederam as visitas aos locais onde foram realizadas entrevistas a pessoas-chave, escolhidas em amostragem intencional, sendo tais atores diretamente ligados à construção das experiências em questão.

Para facilitar o cruzamento das informações e a busca de distintos pontos de vista oriundos de diversos atores, foi também organizado um debate em grupo, intermediado por pesquisadores do Laboratório de Inovação, utilizando a metodologia intitulada grupo focal.

O grupo focal se constitui como um método de investigação que permite a observação de um determinado grupo sobre uma abordagem específica, possibilitando ao entrevistador perceber durante sua aplicação opiniões, manifestações de sentimentos e entendimentos a respeito do enfoque a ser investigado.

Tanto no grupo focal como em entrevistas individuais foram utilizadas perguntas norteadoras com o fito de favorecer o conhecimento e o registro das informações, com foco na percepção individual e coletiva dos atores, levando em consideração: o contexto, os antecedentes, os eixos que sustentam a experiência, suas potencialidades, desafios, lições aprendidas e suas perspectivas.

Foi elaborado pela equipe do ObservaRH-Nesp/Ceam/UnB um roteiro ampliado norteador de pontos importantes para captação nas visitas, tendo como referências o objetivo do trabalho, a leitura de estudos e a *expertise* de cada pesquisador. Neste momento, teve especial importância o estudo realizado por pesquisadores do Observatório de RH do IMS/UERJ intitulado *Avaliação de políticas e programas nacionais da gestão do trabalho e da educação em saúde no SUS*¹. A metodologia do estudo abrangeu, além do livro, a construção de uma página na web sobre inovação na gestão do trabalho, integrando o Portal da Inovação na Gestão do SUS, gerenciado pela Opas/OMS.

Esta foi a proposta metodológica programada, e estes os resultados previstos, conforme demanda do Ministério da Saúde e Carta Acordo com a Opas/OMS. A riqueza e a dinâmica dos trabalhos levaram os pes-

1 PIERANTONI, Celia. **Avaliação de políticas e programas nacionais da gestão do trabalho e da educação em saúde no SUS**. Brasília: Ministério da Saúde; Rio de Janeiro: Instituto de Medicina Social/UERJ, 2014.

quisadores a ampliar os resultados, construindo metodologia própria para exploração de conteúdos e visualização mais aprofundada das experiências. Assim, foram construídas novas páginas individualizadas para cada uma das oito experiências acompanhadas, associadas à página principal do Laboratório de Inovação em Gestão do Trabalho na Saúde. Tal opção teve como objetivo contribuir para o intercâmbio de agentes que têm o potencial de multiplicar resultados, posto que organiza informações sobre o processo de construção de cada experiência, seus resultados, documentos de referência, desafios e lições aprendidas, entre outros. A página web pode ser acessada no endereço <www.apsredes.org/gestaodotrabalho> e oferece tanto a possibilidade de navegação vertical, com acesso a conhecimento geral da experiência, quanto de uma navegação horizontal, com aprofundamento de algum ou de todos os eixos em destaque. O *site* propicia ainda acesso à legislação e aos documentos de referência sobre o tema abordado, bem como àqueles que construíram e vivenciam a experiência premiada.

A construção do *site* da experiência envolveu, além da equipe do ObservaRH-Nesp/UnB, especialistas na área de comunicação (pesquisadores de mídia digital). Precedendo seu lançamento houve compartilhamento interinstitucional e validação pela entidade proponente da experiência. O *site* foi organizado com base em experiências individualizadas e foi projetado para organizar os conteúdos de tal forma que pudessem, efetivamente, subsidiar outros gestores de pessoal nas instituições de saúde, elucidando passo a passo os temas, os desafios e compartilhando as lições aprendidas.

Um aspecto cogitado ao longo do acompanhamento das experiências foi potencializar a divulgação e o retorno das narrativas e das análises junto aos atores envolvidos, particularmente os membros dos quadros sobre os quais se aplica o processo de gestão do trabalho estudado, no âmbito de cada contexto, além de outros atores e pesquisadores interessados. Para tanto, além da página web já descrita, este livro procura disponibilizar as informações produzidas de forma que seja apresentada uma visão panorâmica das experiências, acompanhada de visão analítica e comentada das experiências.

II

**EXPERIÊNCIAS INOVADORAS:
VISÃO GERAL COMENTADA**



II

EXPERIÊNCIAS INOVADORAS: VISÃO GERAL COMENTADA

PANORAMA DAS EXPERIÊNCIAS SELECIONADAS

O Observatório de Recursos Humanos em Saúde do Nesp/UnB realizou, em parceria com o Degerts/Sggets/Ministério da Saúde e a Organização Pan-Americana da Saúde, o acompanhamento e a análise de oito das experiências premiadas no InovaSUS. Os critérios de escolha foram, além da qualidade das iniciativas em termos de processos, estrutura e resultados, a diversidade temática e a abrangência da base institucional e geográfica das experiências. Assim, foram indicadas pelo Ministério da Saúde para esta abordagem as experiências municipais de Guarulhos (SP); Campinas (SP); Curitiba (PR); Vitória (ES) e Betim (MG), além das correspondentes estaduais de Mato Grosso e Bahia (SES e FESF-SUS), totalizando oito iniciativas.

Em Guarulhos é aplicado, por intermédio da Secretaria Municipal de Saúde, desde 2012, o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (Pmaq/AB), visando à ampliação do acesso e à melhoria da qualidade da atenção básica, além da transparência e da efetividade das ações governamentais. Assim, foram contratadas 44 equipes de saúde da família mediante pactos de indicadores e metas, oferecendo incentivo financeiro às equipes.

A Secretaria de Estado da Saúde da Bahia desenvolve desde a década de 1990 uma política de desprecarização de vínculos de agentes comunitários de saúde (ACS), com aprofundamento e aceleração a partir

de 2007. Entre suas diretrizes estão: ampliação do conceito de saúde nos termos que constam da Constituição Brasileira de 1988; foco na mudança do modelo de atenção à saúde, com maior qualidade de vida; aprimoramento da relação entre as equipes de saúde e as comunidades onde atuam; reorganização da atenção básica em saúde mediante mudanças na organização de serviços e nas práticas de saúde, bem como dos processos de trabalho de seus agentes, entre eles os ACS.

Na Bahia, os municípios são, em sua maioria, de pequeno porte, com mais de 60% destes não passando dos 20 mil habitantes. Na área da saúde são grandes as dificuldades, como, por exemplo, a baixa cobertura da atenção básica; a insuficiência de profissionais e a oferta irregular destes, além da alta rotatividade e da instabilidade das equipes de saúde. Fatores adicionais podem ser arrolados, tais como: elevação artificial dos salários, flexibilização irregular de cargas horárias, relação concorrencial predatória entre os municípios na disputa por profissionais, tudo isso resultando em grande iniquidade no sistema de prestação de serviços públicos de saúde.

Visando a atenuar e a corrigir algumas dessas distorções, em 2009 foi criada na Bahia a Fundação Estatal Saúde da Família (FESF-SUS), sendo esta mais uma das experiências indicadas para acompanhamento. A criação da FESF-SUS foi endossada por 69 municípios, na condição de órgão público, intermunicipal, integrante da administração indireta do estado, sem fins lucrativos, de interesse coletivo e dotado de personalidade jurídica de direito privado. Seus objetivos estratégicos são a despreciação dos vínculos de trabalho dos profissionais da Estratégia de Saúde da Família; a expansão, a interiorização e a ampliação da cobertura da ESF; além da melhoria da qualidade das ações, dos serviços e da gestão da atenção básica.

Na Secretaria Municipal de Saúde de Vitória a experiência apresentada é a construção de um Plano de Cargos, Carreiras e Vencimentos (PCCV) por meio do qual se procura estimular o desempenho profissional, valorizar o conhecimento e a competência dos funcionários, bem como seu empenho e desempenho. Tal política vem sendo implantada na Prefeitura Municipal como um todo desde 2009, fazendo ainda parte de seus objetivos incentivar a qualificação funcional contínua, estabelecer regras para a evolução funcional, além de racionalizar a estrutura de cargos e car-

reiras da municipalidade, tendo como linha de base estudos de viabilidade econômica.

Curitiba, por intermédio de sua SMS, apresenta sua proposta de avaliação de desempenho e pagamento de remuneração variável mediante metas pactuadas, uma política em processo de revisão e adequação. Os dados apresentados referem-se principalmente ao período de 2002 a 2007, com alguma atualização. Tal experiência busca, mediante construção coletiva, abarcar componentes variados, a saber: indicadores de processos e de saúde; princípios para a negociação de metas; elaboração de contratos de gestão; avaliação de desempenho com premiação ao mérito. Gerou-se, assim, um Programa de Incentivo ao Desenvolvimento da Qualidade dos Serviços na SMS – conhecido como “IDQ”, por meio de processo que leva em conta metas de gestão, além de avaliações internas e avaliação pelos usuários.

Em Campinas, também sob condução da SMS, apresenta-se uma experiência de dimensionamento de recursos humanos na atenção básica. A iniciativa deriva da adoção pela municipalidade, desde 1994, dos princípios de regionalização e descentralização dos serviços, com foco na atenção básica como “porta de entrada” para o sistema de saúde. Atualmente, o quadro de pessoal vem sendo elaborado em dimensão quantitativa e qualitativa, com variáveis que incluem a distribuição formal de trabalhadores por unidade básica de saúde, cargo e jornada semanal. Procura-se também identificar as vulnerabilidades dos usuários e suas necessidades de saúde, com foco na reorganização do processo de trabalho individual e em equipe, desenvolvido de forma participativa e interativa.

A experiência da Secretaria Estadual de Saúde de Mato Grosso tem como foco a instituição da carreira como instrumento de gestão com o objetivo principal de promover a organização dos cargos e a adoção de instrumentos gerenciais de política de pessoal integrados ao planejamento e ao desenvolvimento organizacional. O processo apoia-se na Lei Complementar Estadual n. 441/2011, na qual se institui a carreira dos profissionais do SUS, estabelecendo também atribuições dos cargos, princípios e regras de habilitação para provimento, formação e qualificação profissional; saúde do trabalhador; gestão do conhecimento; processos de avaliação de desempenho, progressão e remuneração. A proposta de

PCCS daí advinda é abrangente e inclusiva em relação ao conjunto dos profissionais da Secretaria de Saúde, com um processo de implantação que envolveu intensa articulação inter e intrainstitucional.

Em Betim desenvolve-se, no âmbito da gestão municipal do SUS, uma experiência de Mesa Municipal de Negociação do Sistema Único de Saúde (MMNP-SUS), de caráter paritário e permanente, instituída desde 2008, com o objetivo de estabelecer um fórum de negociação entre representantes da gestão e dos trabalhadores, por intermédio de seus sindicatos, sobre a política de gestão do trabalho. A MMNP de Betim apoia-se nos princípios estabelecidos para sua correspondente Mesa Nacional, que apontam diretrizes nacionais para a implantação e a implementação de políticas públicas da gestão do trabalho nos diversos âmbitos do SUS.

CONTEXTOS DE FORMAÇÃO E IMPLEMENTAÇÃO

De modo geral, as experiências analisadas perfazem uma construção do tipo *incremental*, ou seja, resultam de processos de acumulação de capital social e político, além de conhecimentos. Essa acumulação normalmente depende de continuidade administrativa e decisória, não necessariamente de natureza partidária, embora na maioria dos casos este último fator esteja presente.

Chamam atenção alguns casos em que a chegada de determinado grupo político ao Poder Executivo desencadeou um processo de mudança e o manteve, de forma relativamente independente de acumulação prévia evidente, em um processo às vezes denominado de *big-bang*. Este parece ser o caso de Vitória e Guarulhos, exemplos tomados aqui de forma prototípica, mas situação semelhante ocorreu também em Betim e na criação da FESF-SUS da Bahia. Os casos de Campinas, Curitiba e do Estado de Mato Grosso resultam de acumulações mais graduais, tendo como atores principais os grupamentos técnicos, mais do que diretamente os mandatários políticos.

De toda forma, em termos de contextos e situações que fomentaram a criação e o desenvolvimento das políticas de gestão de pessoas aqui em foco, alguns aspectos podem ser destacados. Em primeiro lugar,

o que se pode chamar de uma *tradição* no trato de determinadas questões do campo da saúde, particularmente na área de recursos humanos, muitas vezes acompanhada de atuação voltada para mudanças também em outros campos da gestão pública. Este é o caso de Curitiba, tomada quase sempre como referência nacional em relação a diversas políticas públicas, de certa forma acontecendo o mesmo na Bahia (desprecarização de ACS) e em Campinas, sem impedimento de que fatores semelhantes estejam presentes também em outras experiências desta série.

A continuidade não só do mando político como também das equipes técnicas por mandatos sucessivos também pode ser vista como fator expressivo, estando presente especialmente em Guarulhos, Campinas e Curitiba. É bem verdade que, em cada caso, como foi mencionado acima, o protagonismo pode ser maior por parte do agente político ou, alternativamente, do grupo técnico, ou de uma combinação da atuação forte de ambos.

Liderança e poder de decisão são outros aspectos cruciais, podendo o posto que requer essas características ser ocupado não só pelos agentes políticos como também por integrantes do escalão técnico. Isso é bem visível no caso da SES-BA, na qual tais profissionais são frequentemente nomeados. Não está fora de cogitação, todavia, que em cada experiência sejam sempre citados alguns atores estratégicos, embora com alguma modulação da ênfase. Mas no caso da Bahia isso é especialmente marcante.

Liderança e continuidade seriam fatores secundários se não estivessem vinculados à competência técnica, e mais do que isso, a formação e a manutenção duradoura de uma comunidade técnica, dita *epistêmica* na literatura de ciências sociais. Curitiba é exemplo sempre lembrado nesse quesito, mas isso certamente está presente em outras experiências mais antigas, como é o caso de Mato Grosso, de Campinas, da Bahia ou de Guarulhos. Não se deve esquecer que um grupo técnico competente e afinado com as propostas de mudança sempre estará presente, mas o sentido que se dá aqui ao termo *comunidade* tem a ver com a durabilidade dos laços entre os membros do grupo, sua capacidade efetiva de construir e propor pautas de ação e sua articulação em rede também para fora da moldura organizacional restrita, mediante a prática de certo cosmopolitismo institucional.

A adesão programática ao SUS é outro aspecto do contexto de formação das experiências a ser destacado. Na maioria dos casos são feitas menções diversas – com orgulho, diga-se de passagem – de que o município ou estado tenha aderido a modalidades avançadas de gestão ou se tornado signatário de compromissos nacionais em saúde desde os anos 1990, quando o SUS ainda engatinhava. Neste quesito merecem especial atenção as experiências que se voltaram para a proposição de planos de cargos, carreiras e vencimentos, em momento que isso ainda era um objeto remoto para os gestores do SUS. Merecem especial destaque os casos do Estado de Mato Grosso e do município de Vitória.

Da mesma forma, vale ressaltar a iniciativa de valorização do processo de negociação “em mesa”, hoje popular no SUS, mas que teve em casos como os de Guarulhos, Vitória e, principalmente, Betim exemplos notáveis e precoces.

Em algumas experiências, como nas da Bahia (desprecarização de vínculos), de Guarulhos e de Curitiba, além de outras, os propositores deixam claro o caráter antecipatório das respectivas iniciativas em relação a políticas nacionais que surgiram somente mais tarde. Isso evidentemente é motivo de orgulho e de certa forma traz a mensagem de que muitas propostas inovadoras e mesmo inéditas que existem no campo da saúde no Brasil podem ter origem nas linhas de frente do sistema, o que confere destaque e abre espaço para a cooperação técnica em modalidade *horizontal*, ou seja, não totalmente dependente da geração e da divulgação de conhecimentos e práticas capitaneadas pelo Ministério da Saúde. Trata-se, sem dúvida, de uma situação interessante, na qual a periferia se antecipa ao centro, ou em que fatos sociais se antepõem aos jurídicos e normativos.

Aspecto também digno de nota no contexto de formação de quase todas as experiências é a tendência à ação multi-institucional e até mesmo intersetorial, denotando forte grau de articulação externa dos agentes. Entre as parcerias estabelecidas com potencial de generalização estão aquelas com universidades, secretarias de educação, núcleos formadores de recursos humanos, Ministério Público, além de outras áreas de governo.

Algumas experiências mostram uma interessante característica: a de se moverem a partir de determinados *conceitos orientadores*. Mais do que meras palavras de ordem, constituem formulações relativas a tônicas

de governo ou de ação setorial. Curitiba, com seu lema de *sistemas integrados de saúde*, mais uma vez é um bom exemplo. Aspecto semelhante está presente em Campinas e no Estado de Mato Grosso de forma também explícita. Isso também está presente em outras iniciativas, mesmo que de maneira menos explícita ou verbalizada, sem que se negue a existência de uma âncora conceitual geradora de práticas correspondentes, quando nada assumindo a adesão resoluta aos princípios do SUS.

Ainda com referência ao aspecto conceitual, destaca-se o vigor de muitas propostas em relação à atenção básica como fator gerador de transformações positivas nos diversos componentes do sistema de saúde. Isso evidentemente possui estreita sintonia com o discurso de mudança de modelo assistencial que perpassa a Estratégia de Saúde da Família no Brasil, reforçado por programas da área de gestão de trabalho, como é o caso da desprecarização dos ACS, entre outros exemplos.

A formalização normativa das propostas de ação, tanto do ponto de vista legal como infralegal (portarias), é também um denominador comum, revelando algumas estratégias inovadoras no cenário, como o processo de angariar apoio da Procuradoria Jurídica municipal em Guarulhos. Paira no cenário, com certeza, a expectativa de que a sustentação das iniciativas de gestão de pessoas apresentadas nas experiências estudadas precisa de base normativa sólida que impeça sua desconstrução com eventuais mudanças políticas.

FORTALEZAS E VULNERABILIDADES

Cada realidade tem um conjunto de fatores que representam obstáculos ou alavancas para os avanços das propostas. Seria fastidioso apresentar uma lista exaustiva das variadas situações encontradas. Entretanto, algumas considerações de caráter mais geral podem ser apuradas.

O principal fator facilitador sem dúvida é a decisão política. Esta se torna especialmente eficaz se estiver acompanhada de uma liderança real. Os bons líderes, do naipe que podem ser encontrados na Bahia, em Guarulhos, em Campinas e em outros lugares, não precisam ser necessariamente de extração política e muito menos detentores de cabedal destacado nas

questões técnicas da saúde pública. É difícil conceituar um bom líder, mas pode-se destacar entre seus atributos a capacidade de combinar adequadamente a política e o domínio técnico.

A existência de uma comunidade epistêmica e também de práticas, como definido antes, é também fator facilitador relevante. Esta expressão, com o sentido que se dá habitualmente a “episteme”, como algo profundamente ligado à estrutura e à dinâmica do processo de conhecimento humano, não significa, contudo, que as práticas de tal comunidade tenham necessariamente a presença de membros da academia. Pelo contrário, estes são raros na gestão cotidiana. Jorge Solla, professor licenciado do Instituto de Saúde Coletiva (ISC) da UFBA, não deixa de ser a exceção a confirmar a regra.

O conhecimento apurado da realidade local, da dinâmica do território, das demandas sociais em saúde, das características da força de trabalho e dos fatores demográficos e epidemiológicos facilita o desempenho da gestão. Isso se traduz na realização e na disponibilidade de estudos relativos a cada um desses campos, no que universidades e núcleos de pesquisa têm espaço privilegiado de participação.

O conhecimento da realidade, nos termos dispostos anteriormente, passa a fazer mais sentido quando existe, ao mesmo tempo, clareza quanto aos princípios e aos objetivos que se pretende alcançar com a iniciativa. Pode-se afirmar, empiricamente e com base apenas no universo de experiências em foco, que as iniciativas eficazes e produtoras de impactos costumam ser aquelas em que dois requisitos são cumpridos preliminarmente: clareza quanto aos princípios e aos objetivos e conhecimentos fundamentados na realidade local.

Tal conhecimento da realidade local representa, na verdade, a superposição de variados elementos, entre os quais: bons sistemas de informação; capacidade de construir indicadores e acompanhá-los; *expertise* técnica específica; vigor de uma cultura de monitoramento e avaliação, além da capacidade de programar e reprogramar ações em caso de mudança conjuntural.

Princípios e diretrizes operacionais deságuam (ou devem desaguar) em modificações profundas da realidade que se almeja transformar para melhor. São comuns nos discursos dos atores o reconhecimento e o orgu-

lho que demonstram ao afirmar que a experiência é mais bem-sucedida quando se percebe que ela está provocando, mesmo com entraves compreensíveis, mudanças no paradigma de práticas e de pensamento nas instituições, seja nos beneficiários diretos, seja nos produtores de normas e projetos.

A história progressa é essencial. Campinas, Curitiba, Guarulhos e o Estado da Bahia são locais em que as iniciativas presentes, hoje reconhecidas nacionalmente por meio do InovaSUS, constituem bons exemplos de experiências que não surgiram por “geração espontânea”. Ao contrário, resultam de uma acumulação prévia, de algumas décadas às vezes, mediante um movimento em que círculos virtuosos entre mandatários e equipes técnicas foram construídos e ativados, dentro de uma interação que perpassa certamente os limites institucionais da gestão para alcançar e capturar outros atores, de outras instituições, da academia e da sociedade civil.

O apoio externo é também um fator contributivo, conforme ilustrado pelos investimentos do MS para potencializar os saberes gerados nos demais níveis de gestão do SUS. Nesse sentido, um bom exemplo é a realização do Curso Internacional de Política de RH para o SUS (Ensp/Fiocruz, 2007), pelo qual passaram os executores pelas propostas de Mato Grosso, Curitiba, Betim e Vitória, reconhecendo todos eles a importância do incentivo ao conhecimento e ao desenvolvimento de instrumental.

Comunicação e transparência das ações também são fatores catalisadores de sucesso. Praticamente todas as iniciativas se apoiaram nesse binômio, utilizando práticas das mais variadas, que incluíram desde reuniões e seminários formais a “rodas de conversa”, uso extensivo de material publicado e utilização da tecnologia de informação avançada. A participação informada, e como decorrência o fortalecimento e o engajamento das equipes de trabalho em busca dos resultados negociados, foi amplamente utilizada, mediante metodologias variadas e criativas. Em todas as localidades buscou-se um processo de construção participativa com os diversos atores envolvidos, dentro de uma lógica de melhoria das condições de trabalho, mas com um forte discurso de ampliação do acesso da população à assistência de qualidade.

São também expressivas no cenário das experiências as ações interinstitucionais e intersetoriais, buscando-se sempre o estabelecimento de parcerias duradouras e eficazes, com foco em articulação, negociação e consenso, com múltiplos atores sociais e institucionais. A utilização de equipes matriciais de instituições diferentes, e mesmo de outros setores, em várias das etapas do desenvolvimento das experiências, vista com muita ênfase na proposta de desprecarização dos ACS (SES-BA), na verdade repete-se em outras iniciativas. Aspecto relacionado a isso é o surgimento de iniciativas como as de Mato Grosso e Curitiba, que podem ser consideradas, pelo menos em parte, resultado de um ambiente de negociação favorecido pela formação de “mesas”.

Do tópico anterior deriva outro aspecto favorável ao desenvolvimento das experiências, demonstrado na maioria delas, qual seja, a articulação externa, não só com a instância financiadora (geralmente o MS), mas também com instituições de pesquisa, ensino e cooperação técnica. Quando se observa o portfólio das organizações que conduzem as experiências, verifica-se que a articulação externa está sempre presente, inclusive de forma centrífuga, a ponto de configurar uma espécie de “cosmopolitismo”, com a presença dos representantes locais em variados fóruns externos à sua base. A própria inscrição para o Prêmio InovaSUS pode ser considerada um indicativo deste fenômeno.

A formalização normativa e jurídica é outro aspecto favorável ao bom desempenho das experiências, constituindo-se uma preocupação corrente em praticamente todas elas. Neste aspecto, revelaram-se interessantes estratégias de convencimento e articulação com os setores jurídicos dos órgãos gestores e mesmo com o Legislativo, no que as experiências de Guarulhos, do Estado de Mato Grosso e da FESF SUS-BA podem ser consideradas prototípicas.

“Empoderamento” é uma palavra frequentemente utilizada nos documentos e nos discursos dos participantes das experiências. De modo geral, ela é aplicada ao conjunto de trabalhadores beneficiados pela ação, mas, na verdade, pode-se dizer que seu alcance é maior, pois os processos de construção da política, quase sempre muito participativos e solidários, também fizeram com que tal “empoderamento”, não só em termos conceituais como políticos, se estendesse às equipes técnicas envolvidas e

aos próprios mandatários. Este último aspecto remete a outros elementos presentes em todas as experiências e certamente de grande influência no sucesso destas: transparência, idoneidade, prontidão para a discussão e a rediscussão de propostas e democratização do acesso às informações disponíveis.

A possível replicação da iniciativa em foco em outras áreas organizacionais é exposta com ressalvas, com ênfase nas dificuldades para tal. Em princípio, tal fenômeno parece representar uma área sombria, com perspectivas remotas de sucesso. Mas aqui e ali o sol penetra, conforme relatado por Guarulhos, que já prepara avaliação de qualidade para outros serviços do próprio setor (hospitais e Samu) e para o setor da educação; em Mato Grosso o mesmo acontece, com apoio ao desenvolvimento de planos de carreira a grupos de municípios do estado.

Da mesma forma, podem ser arrolados também alguns obstáculos capazes de provocar fraquezas na condução das iniciativas. Uma lista deles, devidamente comentada, é exposta a seguir.

Meios e estrutura deficitários são fatores que dificultam o desenvolvimento e a expansão das propostas em curso, sendo citados amplamente. Em termos mais específicos, a carência de meios é mais referida como relativa a pessoas em número e cabedal de conhecimentos suficiente para levar à frente a iniciativa. A questão financeira também está presente, sendo no entanto mais frequente naquelas experiências que envolvem transferências em dinheiro, por exemplo, nos planos de cargos e salários, nos processos de avaliação de desempenho, no incentivo à produtividade, etc.

Aspectos culturais são também lembrados como obstáculos, arrolando-se, entre eles, o corporativismo, de um lado, e a acomodação e a descrença, de outro – não deixando de haver interação entre eles. O corporativismo é especialmente lembrado nas experiências que envolvem avaliação de desempenho, sendo palpitante nos “dois lados da mesa”, seja por quem avalia (relações de compadrio) seja por quem é avaliado (rechaço e reclamações quanto às avaliações negativas).

Na verdade, tanto a carência de recursos como dificuldades de fundo cultural podem ser consideradas em um pano de fundo de desigualdade real e não passível de correção com os meios materiais e simbó-

licos disponíveis, pois, concretamente, nem sempre é possível atender a todas as demandas.

Descontinuidade da gestão e instabilidade política não são aspectos efetivamente dominantes, até o momento pelo menos, em nenhuma das experiências, mas certamente são fatores pulsantes no horizonte destas, não sendo incomum sua menção como ameaças no futuro.

A comunicação das propostas e dos resultados esperados junto à força de trabalho ou ao público usuário, aspecto sem dúvida essencial para o sucesso das diversas iniciativas, embora revestida de sucesso em muitos casos, não deixa de ser também destacada como questão à espera de uma solução adequada. Admite-se, acima de tudo, que pode até ocorrer boa geração e mesmo transmissão da informação, mas sua recepção pelos supostos beneficiários nem sempre ocorre de maneira satisfatória. É claro que podem existir também alguns dos fatores culturais já citados, por exemplo, descrença, acomodação, corporativismo.

Naturalmente, os processos comunicativos, embora aspirassem a ser transparentes e democráticos, tiveram como foco principal a força de trabalho em saúde, havendo poucas evidências de que estejam alcançando – ou apenas o fazendo de forma tímida –, pelo menos até o momento atual, a população usuária dos serviços.

Em pelo menos uma das experiências, o uso incipiente das tecnologias de informação para enquadramento de servidores nas propostas de incentivo financeiro foi apontado como fator de morosidade e de decorrente perda de credibilidade no processo em curso.

INOVAÇÕES

Nos termos do edital do Prêmio InovaSUS, a inovação, aliás merecedora de destaque especial na versão atual do certame, é entendida como aquilo que introduzirá ou dará continuidade a novos processos, produtos, práticas, programas, políticas. Contudo, uma visão mais densa sobre tal conceito se impõe, no sentido de pelo menos separar o que é “inovação” de fato daquilo que pode não passar de mera “novidade”, além do mais, passageira.

Alguns aprofundamentos são necessários. Primeiro: a capacidade criativa não se localiza apenas nos indivíduos, mas em todo o conjunto institucional ou social, configurando um sistema coletivo, com a presença de verdadeiros “grupos criativos” (DE MASI, 2002) mais do que indivíduos. A inovação representaria também um conceito integrador, capaz de trazer para o cenário das organizações uma “nova síntese” (CROZIER, 2010). O fato é que em determinados setores das instituições a inovação tende a ocorrer de maneira mais fluida, particularmente onde estejam menos concentrados o peso burocrático, a inflexibilidade de normas e a autocracia institucional. A inovação também deve ser pensada em um processo de mudanças na cultura organizacional, ou seja, o resultado do embate entre o formal e legal e os códigos de conduta pessoais e não escritos, do que resulta um modo positivo de lidar com a complexidade e a incerteza, aprimorando a qualidade dos serviços oferecidos e também a própria capacidade de interpretar a realidade e de transformá-la.

A febre da “novidade”, não só na prática clínica como na gestão da saúde, também é bastante frequente, com potencial considerável de gerar mais problemas do que soluções. Sobre isso cumpre sempre indagar: a dita “inovação” implica também mudanças e melhoramentos dos resultados da atenção à saúde, em termos de desempenho, satisfação da clientela, qualidade, eficiência, transparência? Fora disso, pode-se tratar apenas de “novidade”...

Categorizar uma real inovação acarreta fazer indagações sobre o contexto no qual ela se desenvolve; se a análise e o diagnóstico do problema que se pretende resolver foram realizados; se a necessidade de mudanças foi suficientemente justificada; se teria sido analisada e comprovada a viabilidade da intervenção, bem como se foram cogitadas outras opções.

A inovação autêntica deve ser, em primeiro lugar, considerada uma função que afeta todos os atores envolvidos no âmbito da organização de saúde, aí incluídos, de alguma forma, os usuários, pois é a interação dos interesses desses diversos atores que pode fazer com que as práticas, os instrumentos e as metodologias inovadoras se tornem a cada dia mais numerosos e eficazes no campo da saúde.

Em suma, o que facilitaria ou dificultaria o aparecimento de processos inovadores em uma determinada organização? Do lado da organização dos processos de trabalho, por exemplo, a capacitação do corpo técnico em termos de tarefas e habilidades diversificadas representa, sem dúvida, fator de grande impacto. Outro fator facilitador seria o senso de vocação do trabalhador, além do que é denominado “presença moral” dos dirigentes, bem como a existência de mecanismos de coordenação baseados no ajustamento interpessoal, com fluxos mais diluídos de autoridade formal.

Essas são características da verdadeira inovação, adequadas para as organizações que atuam em ambientes complexos e muito mutáveis, como ocorre nos serviços de saúde. Nas experiências aqui analisadas, não são raros os casos nos quais há mudanças que realmente podem ser chamadas de inovadoras nos termos expostos nos parágrafos anteriores. Muitas delas podem ser vistas na perspectiva de potencial replicabilidade e adaptabilidade, sendo algumas citadas a seguir.

- A constituição de um estatuto jurídico na FESF-SUS da Bahia, mantendo distância e se destacando da tradicional ambivalência entre estatização e privatização, como parte de um amplo processo de discussão, negociação e persuasão de outros setores.
- A existência de uma mesa (“comitê”) de negociação trabalhista global para a totalidade institucional, como ocorre na Prefeitura Municipal de Guarulhos, ampliando assim o que ainda é restrito ao setor, no caso da saúde.
- A formação de equipes matriciais, de caráter temporário, interdisciplinares, envolvendo membros de setores diversos da administração da saúde e mesmo de outras instituições externas, como se viu no processo de seleção, categorização e capacitação no processo de desprecarização de vínculos de trabalho dos ACS e dos ACE na SES Bahia.
- O investimento simbólico e cultural na mudança de paradigma, em termos de valorização de desempenho, qualidade e resultados do trabalho em saúde, como prática em Curitiba, Guarulhos, na FESF-SUS Bahia, além de outros locais.

- A especial modalidade de mobilização do setor jurídico, baseada em informação e persuasão dos advogados e dos técnicos do setor (Guarulhos).
- O lançamento e a ênfase operativa em conceitos orientadores, geralmente ligados à valorização da atenção básica, vistos de maneira especial em Campinas, Curitiba e Mato Grosso, mas também presentes em outros locais.
- Os processos de informação, comunicação, educação e participação praticados em múltiplas interfaces, presenciais, remotas, diretas, virtuais, etc., aspecto em que a riqueza empírica é grande e generalizada.
- As estratégias de replicação e divulgação da experiência para além da moldura institucional, como se observa no Fórum Metropolitano de Vitória e na expansão para o norte do estado, em Mato Grosso.
- A iniciativa, até certo ponto ousada, de valorizar a carreira única para os profissionais de saúde, incluindo o grupo normalmente resistente dos médicos, no que Mato Grosso mostra especial grau de decisão.
- O projeto do “Banco de Talentos” da FESF-SUS Bahia.
- A formação de Comissões de Estudo na Mesa de Negociação de Betim.
- O desenvolvimento do conceito e a implementação do IDQ em Curitiba, que abre um novo paradigma, ou seja, de um verdadeiro sistema de remuneração orientado pelo atendimento às metas pactuadas em contrato de gestão.

Por fim, um aspecto mais do que inovador é o da ruptura com o *status quo* que se deu em algumas experiências, que incentivaram e valorizaram os processos de negociação entre trabalhadores e gestores, muitas vezes evoluindo para formalização de mesas de negociação, sem esquecer da amplitude alcançada, agora pela maioria das experiências, com a evolução de instrumentos gerenciais isolados a potentes arranjos de gestão a serviço do SUS.

III

RELATOS DAS EXPERIÊNCIAS



III. RELATOS DAS EXPERIÊNCIAS

DESPRECARIZAÇÃO E VALORIZAÇÃO DOS VÍNCULOS DOS AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE E DE COMBATE ÀS ENDEMIAS – A EXPERIÊNCIA DO ESTADO DA BAHIA

O ESTADO DA BAHIA

A Bahia é o estado mais populoso da Região Nordeste. Situa-se ao sul dessa região e faz divisa com oito estados: Alagoas, Sergipe, Pernambuco e Piauí ao norte, Minas Gerais e Espírito Santo ao sul, Goiás e Tocantins a oeste. Ao leste, faz divisa com o Oceano Atlântico. Possui uma importante indústria petroquímica e tem a mais extensa faixa litorânea do Brasil, além da maior concentração de números relativos de negros e mulatos do país. Recebeu grande influência da cultura africana: a música, a culinária, a religião e o modo de vida de sua população apresentam grande contribuição dos escravos africanos.

APRESENTAÇÃO

Aqui se apresenta a Política de Desprecarização dos Vínculos de Trabalho de Agentes Comunitários de Saúde e Agentes de Endemias, em vigor no Estado da Bahia desde a década de 1990, com aprofundamento e aceleração a partir de 2007. Os princípios em que se apoia tal política são: a) ampliação do conceito de saúde nos termos que constam da Constituição Brasileira de 1988; b) perspectiva de mudança do modelo

de atenção à saúde em direção a uma maior qualidade de vida das pessoas e do meio ambiente onde vivem; c) relação privilegiada das equipes de saúde com as comunidades onde atuam, especialmente com as famílias; d) reorganização, em curso no país, da atenção básica em saúde por meio da implementação e da qualificação da Estratégia de Saúde da Família. A política preconiza também que as medidas já em curso por meio de tal estratégia devem promover mudanças emblemáticas na organização de serviços e nas práticas de saúde, bem como nos processos de trabalho de seus agentes, entre eles os ACS.

Na Bahia, os municípios são, em sua maioria, de pequeno porte – mais de 60% deles não passam dos 20 mil habitantes. Na área da saúde são grandes as dificuldades, como, por exemplo, a baixa cobertura da atenção básica; a insuficiência de profissionais e a oferta irregular destes, além da alta rotatividade e da instabilidade das equipes de saúde. Fatores adicionais podem ser arrolados, como a elevação artificial dos salários, a flexibilização irregular de cargas horárias, a relação concorrencial predatória entre os municípios na disputa por profissionais, tudo isso resultando em grande iniquidade no sistema de prestação de serviços públicos de saúde. Levantamento realizado em 2007 mostrou vínculos trabalhistas temporários em Saúde da Família em alto percentual para todas as profissões.

ANTECEDENTES E CONTEXTO

A construção da Política de Desprecarização dos Vínculos de Trabalho de Agentes Comunitários de Saúde (ACS) no Estado da Bahia constituiu, sem dúvida, um movimento de grande magnitude que mobilizou um expressivo contingente de atores individuais e institucionais, ao longo da qual a decisão política sempre foi um fator preponderante.

Embora tenha sido ampliada e aperfeiçoada em anos mais recentes, particularmente durante a gestão de Jorge Solla como secretário de Estado da Saúde da Bahia (governo Jacques Wagner), a partir de 2007 tal política já tinha fortes raízes lançadas desde o início da década anterior, considerando que a Bahia foi um estado pioneiro na implantação da política nacional de ACS dos anos 1990 (PNACS).

Assim, uma periodização pode ser traçada, com os primeiros movimentos entre 1992 e 2006 e uma etapa subsequente depois de 2007, quando ela se tornou mais abrangente e institucionalizada, além de mais respaldada legalmente, considerando o surgimento de várias leis federais voltadas para a regulamentação da profissão de ACS. As modalidades iniciais de seleção de ACS, denominadas de “simplificadas” nos documentos locais, cederam lugar aos processos atuais, mais formalizados e revestidos de maior proteção jurídica.

Do ponto de vista jurídico e formal, pode-se dizer – e este é um aspecto distintivo da política de desprecarização na Bahia – que fatos sociais e institucionais, respaldados por decisão política firme, se anteciparam aos fatos normativos e jurídicos referentes a tal objeto.

Chama atenção também a simultaneidade e a sintonia com o processo de descentralização do SUS, vigente em todo o país, o que sem dúvida potencializou as ações de desprecarização do trabalho em saúde. As iniciativas presentes do cenário local também influenciaram positivamente o surgimento de propostas de desprecarização.

Essa conjuntura faz com que a construção de tal política de desprecarização na Bahia se tenha constituído em um processo gerador de grande aprendizado e de vínculos individuais e institucionais, com repercussão até os dias atuais, graças principalmente à liderança de alguns atores estratégicos e à competência técnica das equipes, além de sua continuidade. Ela constituiu também um marco em termos de participação e respaldo em decisões coletivas.

DIRETRIZES DA POLÍTICA

A Secretaria de Saúde do Estado da Bahia (SES-BA) buscou desenvolver uma política capaz de abranger os 417 municípios do estado e que fosse construída coletivamente com base nas reivindicações históricas dos ACS e dos ACE, almejando atingir os seguintes objetivos:

- mobilizar gestores municipais, vereadores, trabalhadores e sociedade civil para a temática da desprecarização dos vínculos de trabalho na atenção básica;

- estimular a aprovação de leis municipais criando cargos/empregos públicos de ACS e ACE no âmbito das secretarias de saúde;
- apoiar os municípios na certificação de seleções públicas anteriores e na realização de seleções públicas para contratação de novos ACS e ACE;
- iniciar processos de educação permanente (curso de formação técnica) para o contingente de ACS desprecarizados;
- contribuir indiretamente com a expansão da Estratégia Saúde da Família no Estado da Bahia.

COMPREENDENDO A EXPERIÊNCIA DA BAHIA

Eixo 1 – A construção da política

Iniciada em 1994, derivada do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), a Estratégia de Saúde da Família é entendida como essencial para a reorientação do modelo de atenção, além de constituir-se em porta de entrada do sistema de saúde. Entretanto, apesar da sua pertinência para a expansão da cobertura da atenção básica, constatada pelo grande número de equipes de Saúde da Família implantadas em todo o país, cobrindo mais de 100 milhões de habitantes, ainda não se pode afirmar que as ações e os serviços produzidos até o momento signifiquem de fato uma mudança de conteúdo nas práticas e na forma de organização do processo de trabalho prevista nos documentos oficiais.

Essa situação pode estar vinculada ao fato de no SUS uma parte substantiva da força de trabalho (que se calcula entre 30% e 50% dos empregados) não usufruir de direitos trabalhistas, caracterizando situação de emprego precário, e o que é pior, mantido pela administração pública. Particularmente na Bahia, estudo preliminar sobre o mercado de trabalho na Estratégia de Saúde da Família realizado por consultores da Secretaria de Estado da Saúde (SES-BA) demonstrou que cerca de 70% das relações de trabalho na Estratégia de Saúde da Família são precárias. Observou-se ainda uma alta rotatividade de profissionais e instabilidade das equipes,

fatos que comprometem a longitudinalidade do cuidado, o vínculo com a comunidade, o trabalho de equipe e o processo de educação permanente.

No caso particular dos agentes comunitários de saúde (ACS), em 2007, apenas 15 de um total de 417 municípios possuíam lei municipal criando cargos ou empregos públicos para ACS no âmbito das secretarias municipais de saúde. A situação dos agentes de combate às endemias (ACE) era ainda pior, visto que, sem um incentivo financeiro federal específico, a quase totalidade dos gestores municipais não admitia a possibilidade de vinculação desses trabalhadores ao quadro permanente das secretarias de saúde.

Além de constituir um grave problema social, gerador de alta rotatividade e insatisfação profissional, essa situação afeta diretamente a qualidade e a continuidade dos serviços de saúde prestados à população, possibilitando a alguns gestores, dada a fragilidade do vínculo dos agentes, sua utilização em práticas clientelistas e eleitoreiras.

A aprovação no Congresso Nacional da Emenda Constitucional nº51, de 14 de fevereiro de 2006, e da Lei Federal nº 11.350, de 5 de outubro de 2006, garantiu o respeito aos direitos trabalhistas e previdenciários dos ACS e dos ACE e a possibilidade da contratação direta pelos municípios por meio de seleções públicas. Com este cenário, a Secretaria Estadual de Saúde da Bahia encarou o desafio de formular uma política inédita que estimulasse a regularização dos vínculos de trabalho tanto dos ACS quanto dos ACE, em respeito à legislação em vigor.

As diretrizes de tal política foram definidas no primeiro trimestre de 2007 e aprovadas pelo Conselho Estadual de Saúde em março do mesmo ano. Foi instituído um grupo de trabalho interinstitucional para detalhamento de suas ações e acompanhamento de sua implementação, composto pelos seguintes atores sociais: Central Única dos Trabalhadores (CUT); Conselho Estadual de Secretarias Municipais de Saúde (Cosems); Diretoria de Atenção Básica (DAB/SES-BA); Diretoria de Vigilância Epidemiológica (SES-BA); Escola de Formação Técnica em Saúde Prof. Jorge Novis (EFTS/SES-BA); Federação Baiana dos Agentes Comunitários de Saúde (Febacs); Ministério Público Estadual (MPE); Ministério Público Federal do Trabalho (MPT); Sindicato dos Agentes Comunitários de Saúde

e Contenedores de Doenças Endêmicas e Epidemiológicas do Estado da Bahia (Sindacs); União dos Municípios da Bahia (UPB).

Este GT interinstitucional desenvolveu, de forma consensual, minutas de projeto de lei municipal criando cargos/empregos públicos de ACS e ACE, além de modelos de edital de seleção pública. De maio a agosto de 2007 foram distribuídas para todos os municípios da Bahia mais de 20 mil cartilhas contendo o detalhamento da política, a íntegra da legislação federal em vigor, minutas de projeto de lei municipal para criação de cargos/empregos públicos de ACS e ACE, modelo de edital de seleção pública de ACS e ACE. Para os agentes foram confeccionadas e distribuídas mais de 30 mil cartilhas em versão de bolso contendo o resumo da política e da legislação federal pertinente.

Foram realizadas seis grandes audiências públicas com a participação do Ministério Público do Trabalho, além de dezenas de oficinas regionais sobre a desprecarização dos vínculos de trabalho dos ACS e dos ACE. Também foi criado um sítio virtual (www.saude.ba.gov.br/dab/acs) com todas as informações da política, e o conjunto dos trabalhadores da gestão estadual passaram a cotidianamente apoiar os municípios no processo de desprecarização. A equipe da DAB/SES-BA elaborou notas técnicas e manuais para orientar municípios quanto à gestão do trabalho dos ACS e à operacionalização das seleções públicas. De forma semelhante, a Diretoria de Vigilância Epidemiológica (Divep) publicou documentos que orientavam quanto à organização dos processos de trabalho dos ACE.

O Ministério da Saúde há muitos anos instituiu um incentivo financeiro fundo a fundo de valor equivalente a um salário mínimo por ACS implantado no município. No ano de 2007 ele aumentou esse incentivo em 40%, adicional suficiente para o pagamento dos encargos trabalhistas e previdenciários de um trabalhador assalariado. Diante desse histórico estadual e federal, a Política de Desprecarização implementada pelo Estado da Bahia encontrou um campo mais fértil.

Eixo 2 – Processos seletivos

Desde o início do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (Pacs) nos anos 1990, o Estado da Bahia oferecia apoio técnico e logís-

tico aos municípios para a realização dos processos seletivos para preenchimento de vagas de ACS. Com esse apoio, buscava-se estimular a adesão dos municípios ao programa, bem como garantir a idoneidade e a qualidade do processo seletivo. Em contraposição, os agentes de combate às endemias eram contratados pelos próprios municípios, na maioria das vezes sem a realização de processo de seleção pública e sem a participação e o apoio da SES-BA.

Considerando-se que a Divisão de Atenção Básica da SES-BA havia documentado com rigor os diversos processos seletivos para ACS realizados com o apoio do estado, tornou-se possível o aproveitamento da quase totalidade dos ACS já atuantes nos municípios por meio do procedimento denominado “certificação de seleções públicas”, mediante portaria assinada pelo secretário estadual da Saúde, em atendimento às prerrogativas da Lei Federal nº 11.350/2006. Dessa maneira, deixou de ser necessária a demissão e a recontração dos agentes mediante um novo concurso ou seleção pública.

A partir de 2007 desenvolveu-se um novo processo de apoio da DAB/Sesab às seleções públicas de ACS, que consistiu no apoio ao processo de territorialização e remapeamento das áreas de abrangência das equipes de saúde e adequação dos ACS que estavam fora das respectivas microáreas. Foram então preparados novos modelos de edital de seleção e demais documentos para operacionalização da seleção, com o desenvolvimento de *software* para organizar o processo de inscrições de candidatos nos municípios e a elaboração e a impressão de provas. Ocorreu também o envio de equipes de selecionadores (servidores estaduais) para aplicação e correção das provas objetivas e a formatação de curso introdutório, configurado como segunda etapa dos processos de seleção.

O apoio institucional da DAB envolveu também as Diretorias Regionais de Saúde (Dires) da SES-BA não só durante o processo seletivo, mas também no acompanhamento da contratação e da inserção no trabalho dos novos agentes.

Da mesma forma, a seleção dos ACE também contou com o apoio da SES, a partir de 2007, com participação direta dos servidores da Divep. No ano de 2010 esse apoio passou a ser indireto, por meio da contratação de empresa especializada em concursos públicos.

Nesse sentido, por meio do Decreto nº 11.858, de 2 de dezembro de 2009, foi instituído no Estado da Bahia o Prêmio Edno Batista Rebouças, que consiste num incentivo financeiro anual equivalente a um salário mínimo por agente para municípios que tivessem efetivado – com vínculos desprecarizados – os ACS e os ACE e cujos agentes tivessem cumprido as metas pactuadas.

Eixo 3 – Capacitação

Na voz dos atores dessa política, é visível a ênfase colocada nos processos de capacitação e qualificação dos ACS e dos ACE. Isso tem suas raízes nas razões que levaram essas pessoas a procurar trabalho de tal natureza, certamente como oportunidade em um mercado de trabalho restrito para pessoas pouco qualificadas, mas certamente também por sensibilidade à questão social e por um sentimento de vida comunitária. A capacitação dos agentes foi pensada desde sempre como um processo não apenas de transmissão de conhecimentos técnicos, mas de fundamentação a respeito da realidade social e sanitária do país.

Com efeito, os treinamentos, mesmo em etapas iniciais do processo, estiveram sempre vinculados a uma pedagogia de problematização da realidade social vivenciada pelos aprovados, bem como ao despertar de seu conhecimento sobre os princípios do SUS, de forma que se afastassem certas visões preconcebidas veiculadas pelo senso comum, promovendo sua transformação em defensores do sistema de saúde, porém dotados de conhecimento de causa e capacidade de crítica.

A capacitação dos ACS e dos ACE recebeu apoio de entidades diversas, mediante a prática de associações virtuosas, tendo como atores principais a Escola de Formação Técnica em Saúde Jorge Novis, presente na execução dos processos de treinamento e também na sua formulação desde a etapa inicial, no início dos anos 1990. Também as contribuições da Universidade Federal da Bahia, por intermédio da Faculdade de Enfermagem e do Instituto de Saúde Coletiva, devem ser reconhecidas, por conformarem mais um círculo virtuoso.

Os atores entrevistados são praticamente unânimes em apontar que um projeto dessa envergadura, que tem a qualificação profissional como

objeto essencial, não pode prescindir de apoio pedagógico qualificado, aspecto que lhe foi agregado tanto por membros das referidas instituições parceiras como por profissionais das equipes internas da Sesab.

Em termos de conteúdo, não pode deixar de ser valorizada a inclusão, nos processos de treinamento, de temas vinculados ao conceito de determinantes sociais de saúde, mesmo quando não explicitados mediante tal nomenclatura, que é mais contemporânea, propondo, assim, discussões a respeito das condições de vida e saúde e da produção de doença em função de fatores sociais, culturais e econômicos das populações.

Os resultados apresentados são, sem dúvida, expressivos. Eis que aproximadamente 25 mil ACS já concluíram o primeiro módulo do curso de formação técnica ofertado pela Escola de Formação Técnica Jorge Novis da SES-BA. Foi também implementado um curso de formação técnica em vigilância da saúde, a ser oferecido para todos os ACE que já possuam vínculos desprecarizados.

Algumas perturbações no cenário das capacitações são relatadas, ainda à espera de melhor compreensão e definição de estratégias. Por exemplo, a busca, pelos próprios agentes, de novas oportunidades de qualificação em áreas às vezes diferentes ou mais avançadas em termos de hierarquia educacional, o que acaba por mostrar o interesse dos demandantes pela busca de outros campos de trabalho que não o de agentes de saúde ou de endemias. Da mesma forma, a busca intempestiva por trabalho, em ambiente de forte restrição de vagas, pode afastar os candidatos selecionados de sua real e legítima aspiração vocacional, gerando novas demandas, para as quais nem sempre há soluções que contemplem, ao mesmo tempo, o desejo do interessado e os interesses do serviço.

Eixo 4 – Ação jurídico-normativa

O arcabouço legal referente aos vínculos dos ACS e dos ACE com o poder público tem seu pressuposto inicial na Emenda Constitucional nº 51/2006, que institui a contratação direta desses profissionais pelo Estado e o processo seletivo público como forma de contratação. A Lei nº 11.350/2006 estabelece o regime jurídico e regulamenta as atividades desses profissionais, enquanto a Lei nº 12.944/2014 estabelece piso salarial

nacional para esses profissionais. Por sua vez, o Decreto nº 8.474/ 2015 regulamenta a atuação dos ACS e dos ACE e estabelece assistência financeira complementar pela União.

Em termos de regimes jurídicos são aceitas duas modalidades: a) empregos públicos: estados e municípios podem contratar diretamente esses profissionais sob o regime jurídico estabelecido pela Consolidação das Leis do Trabalho (CLT) por meio de processo seletivo público de provas condizentes com os cargos de ACS e ACE, salvo se houver lei municipal que estabeleça a contratação em regime estatutário; b) cargos públicos: estados e municípios podem contratar diretamente esses profissionais em regime estatutário se for estabelecido pela legislação local, precedido por processo seletivo público de provas condizentes com o cargo de ACS e ACE.

A lei prescreve também a natureza das atividades desses profissionais, incluindo: utilização de instrumentos para diagnóstico demográfico e sociocultural da comunidade; promoção de ações de educação para a saúde individual e coletiva; registro, para fins exclusivos de controle e planejamento das ações de saúde, de nascimentos, óbitos, doenças e outros agravos à saúde; estímulo à participação da comunidade nas políticas públicas voltadas para a área da saúde; realização de visitas domiciliares periódicas para monitoramento de situações de risco à família; além da participação em ações que fortaleçam os elos entre o setor saúde e outras políticas que promovam a qualidade de vida.

No caso específico dos ACE, o art. 4º da Lei nº 11.350 define como atribuição destes as atividades de vigilância, prevenção e controle de doenças e promoção da saúde, desenvolvidas em conformidade com as diretrizes do SUS e sob supervisão do gestor de cada ente federado. Em um caso ou outro, cabe ao Ministério da Saúde disciplinar as atividades de ambas as categorias.

A Lei nº 11.350 detalha ainda os pré-requisitos para o exercício das atividades. No caso dos ACS, de acordo com o art. 6º, estes devem preencher os seguintes requisitos: residir na área da comunidade em que atuar desde a data da publicação do edital do processo seletivo público, cabendo ao ente federativo responsável definir a área geográfica de atuação, seguindo parâmetros estabelecidos pelo Ministério da Saúde; ter concluído, com aproveitamento, o curso introdutório de formação inicial

e continuada, além do ensino fundamental. Para os ACE as exigências são semelhantes, com exceção da residência na área geográfica.

A Lei nº 12.994/2014 (art. 9-A) estabelece como piso salarial da categoria o valor de R\$ 1.014,00, abaixo do qual a União, os estados, o Distrito Federal e os municípios não poderão fixar o vencimento inicial, considerando uma jornada de trabalho de 40 horas semanais. Acima desse valor, os entes federados têm autonomia para fixar vencimentos. São estabelecidas ainda nesta lei as diretrizes para a criação de planos de carreira, que incluem a remuneração paritária dos ACS e dos ACE; a definição de metas dos serviços e das equipes; o estabelecimento de critérios de progressão e promoção; a adoção de modelos e instrumentos de avaliação que atendam à natureza das atividades, assegurados os princípios de transparência, periodicidade; participação do servidor; adequação aos conteúdos ocupacionais e às condições reais de trabalho, além do direito de recurso.

Em suma, se no início o panorama legal foi omissivo ou contraditório ao processo de desprecarização e qualificação de ACS e ACE, este, com o tempo, foi modificado e aperfeiçoado para facilitar a ação administrativa e a própria desprecarização de vínculos.

A complexidade do panorama jurídico acarretou iniciativas das equipes da SES-BA não só para entendê-lo e divulgá-lo, mas também para ampliá-lo, o que se deu, por exemplo, com o necessário apoio à formulação de leis municipais sobre o objeto em foco. Em um estado como a Bahia, com número de municípios superior a quatro centenas, grandes distâncias, dificuldades de acesso, diversidades culturais e econômicas marcantes, bem como forte influência de fatores político-partidários, é fácil avaliar a densidade e a profundidade necessárias à abordagem técnica de tal função legiferante, que de toda forma se revelou bem-sucedida, sendo o índice de adesão de municípios da ordem de 99%.

O processo de certificação representou outro desafio importante no cenário jurídico. Ele diz respeito aos processos seletivos progressivos para ACS, realizados com o apoio do estado. O aproveitamento da quase totalidade dos ACS já atuantes nos municípios somente foi possível por meio de um processo de certificação de tais seleções públicas, mediante a emissão de portarias assinadas pelo secretário estadual da Saúde, nos termos da Lei nº 11.350, evitando-se, assim, um novo processo de demissão e

recontratação por seleção pública, o que demandaria tempo, dispêndio de recursos e desgaste político.

A obediência aos princípios legais e normativos estabelecidos é uma das marcas da iniciativa de desprecarização do trabalho na Sesab. Isso traz vantagens evidentes do ponto de vista da sustentabilidade e da legitimidade dos processos, embora os agentes administrativos devam estar atentos, dadas as mutações normativas frequentes no panorama institucional da saúde no Brasil, com diferentes interpretações de conceitos. Como por exemplo no que diz respeito aos conceitos de “área” e “microárea”, que variam e divergem no cenário, tendo interpretação jurídica não necessariamente coincidente com a visão técnica da saúde.

Apointa-se também para a necessidade de correção de algumas falhas e distorções nas leis, sendo citado explicitamente o caso da Lei nº 11.350, na qual a garantia de alguns direitos sociais não seria ampla o bastante, levando prejuízos aos trabalhadores.

AVANÇOS

A política de desprecarização implementada a partir de 2007, dando seguimento a ações anteriores a esse período, é considerada bastante exitosa por seus executores. Com efeito, já no final de 2011, 414 municípios (99% do total da Bahia) já haviam aprovado suas próprias leis, regularizando o vínculo dos ACS. Com isso, mais de 25 mil desses agentes (99% do total) tiveram garantidos seus direitos trabalhistas e previdenciários. A SES-BA assegurou nesse período apoio técnico e logístico às seleções públicas em mais de trezentos municípios, resultando na criação de mais 2.300 novas vagas de ACS e mais de mil vagas de ACE.

Esses resultados foram alcançados em função de um contexto de profundo diálogo entre a gestão do SUS – considerando tanto o gestor estadual como os gestores municipais –, por intermédio do Cosems, e as entidades representativas dos ACS e dos ACE, com respaldo do Ministério Público do Trabalho.

O êxito dessa política tem relação direta com o desenvolvimento de processos colegiados participativos no campo da gestão do trabalho,

atendendo tanto aos interesses dos trabalhadores como os dos gestores do SUS e, por consequência, dos usuários. Assim, são pujantes no cenário as ações interinstitucionais e intersetoriais, estabelecendo-se parcerias duradouras e eficazes, com foco em articulação, negociação e consenso, entre múltiplos atores, entre os quais podem ser citados o Ministério Público, a UFBA, os próprios municípios, o Cosems, a Emater, a Pastoral da Saúde, entre outros.

Aspecto apontado com especial distinção e orgulho pelos atores do processo é a relativa contenção da ingerência política obtida no percurso da iniciativa, derivado, acima de tudo, do exercício de uma visão estratégica e também da presença de robusta decisão política no cenário. Isso resultou no desenvolvimento de adequada acumulação de capital social e em credibilidade para a iniciativa.

É notável também a expressiva mudança de qualidade dos ACS e dos ACE como atores sociais. De uma massa relativamente amorfa e meramente reivindicante de emprego nos anos 1990 eles passaram a se constituir como importantes “agentes do SUS”, organizando-se como verdadeiro movimento social, de natureza sindical, com vigorosa presença e participação em debates públicos, como, por exemplo, nas Conferências de Saúde (especialmente na última estadual), nas Mostras de Saúde da Família e em outros eventos.

Os sistemas de informação da atenção básica, especialmente o Siab, são considerados componentes relevantes para a eficácia dos processos de trabalho dos ACS e fator de avanço na desprecarização. Aponta-se para a facilitação e a ampliação da dimensão do processo de desprecarização e valorização profissional dos ACS a partir do final dos anos 1990, quando o Siab foi implantando no país.

DESAFIOS

São inquestionáveis os avanços possibilitados pela estratégia de desprecarização do trabalho, conforme foi visto. Alguns desafios, contudo, permanecem no cenário, de maneira geral bem visualizados pelos gesto-

res e pelas equipes técnicas, seguindo-se um breve comentário sobre os principais deles.

- Em primeiro lugar, revela-se certo descompasso entre as políticas para ACS e ACE, tendo-se obtido maior avanço em relação aos primeiros. Neste caso, talvez influam as tradições de cada área, com a arregimentação mais desordenada dos agentes, em função de estados emergenciais, no caso do controle de endemias, *versus* a estruturação mais bem planejada e mais fundamentada do ponto de vista normativo para os ACS, seja na era da Pnacs ou na vigência do Programa/Estratégia de Saúde da Família. De toda forma, está presente no cenário a intenção de reduzir tal descompasso e a distância conceitual que separa os dois campos de atuação.
- Apesar do sucesso alcançado em relação ao panorama de implementação de leis municipais, com quase 100% de alcance, o cumprimento de outras metas – por exemplo, a realização de concursos públicos, a reposição adequada de agentes e a estruturação de planos de cargos e carreiras – ainda constitui realidade abstrata em muitos municípios, não se dispondo até mesmo de estimativas quantitativas quanto a tal problema.
- Se por um lado a política de desprecarização produziu atores sociais relevantes, empoderados e atuantes, por outro lado gerou alguma politização de fundo partidário ou corporativo e até mesmo acomodação dos agentes em face do novo estatuto conquistado. Estes são aspectos que atualmente preocupam os gestores, que reconhecem as dificuldades inerentes às mudanças em tal cenário, mas evitam cair na visão simplória da criminalização de tal movimento social.
- Possível resultado do que foi apontado seria a redução de algumas metas e objetivos da atenção básica, verificada nas estatísticas do Siab, sendo o indicador de visitas domiciliares um bom exemplo, o que pode refletir enfraquecimento do compromisso dos agentes e maior acomodação destes.
- O monitoramento da qualidade do processo de trabalho e em geral dos demais quesitos que permeiam a atenção básica é

um desafio constante, esbarrando os gestores, algumas vezes, no corporativismo dos agentes. Exemplo disso é a utilização da localização territorial das ferramentas de mão dos agentes, que tem provocado reações negativas nestes, por considerarem tal fato assédio moral e tentativa de controle abusivo.

- A anteriormente referida demanda dos agentes por capacitação em outros campos de conhecimento e até mesmo para cursar faculdades – o que vem acontecendo com certa frequência – com requerimento de dispensa de trabalho representaria outro aspecto preocupante, dada a potencialidade de gerar posterior evasão do profissional do campo de trabalho para o qual foi selecionado e capacitado.
- Também presente no cenário ao longo de toda a vigência da política, não sendo recente, portanto, é o descompasso entre a magnitude das ações administrativas e técnicas e a relativa escassez de meios e equipes para dar conta dos processos inerentes. Contraditoriamente, esse aspecto foi agravado após o ano de 2007, dado o incremento da adesão de servidores a outros movimentos de mudança em curso em suas respectivas áreas. Acresce-se a necessidade de que ocorra também a qualificação constante desses operadores diretos e apoiadores.
- Embora algum sucesso tenha sido obtido no que foi chamado de contenção da ingerência política, não é demais lembrar que o esforço de fazer prevalecer uma lógica técnica sobre a lógica dos políticos representou, e continua representando, um desafio permanente.
- A descontinuidade e o declínio de compromisso da gestão municipal, seja no momento eleitoral seja como produto de uma dinâmica perversa interna, são lembrados como fatores desestabilizadores da política.
- Aspecto curioso e aparentemente paradoxal são as desigualdades salariais entre os ACS – desprecarizados e amparados por um piso garantido por lei – e outros profissionais, mesmo de nível superior ou técnico, como no caso de profissionais de enfermagem, que algumas vezes recebem salários inferiores

aos dos ACS, além de não terem garantias trabalhistas. Essa disparidade afeta de forma negativa a eficácia da política, pois cria obstáculos para sua gestão cotidiana.

LIÇÕES APRENDIDAS

O processo de desprecarização de vínculos de trabalho vivenciado na Bahia é rico em ensinamentos. Mesmo os obstáculos e as limitações naturalmente antepostos ao processo têm servido como fonte de reflexão e mudança de rumos. A seguir é exposta uma síntese de tais questões, e nela certamente muitos tópicos poderão mostrar importância pedagógica para outros gestores do SUS que se disponham a trilhar tal caminho.

- Continuidade, qualificação e adesão das equipes técnicas gestoras, sejam diretamente envolvidas ou na condição de “apoia-dores”, em organização matricial é fundamental para a eficácia do processo.
- Atores e dirigentes estratégicos são sempre lembrados de forma personificada, demonstrando o papel e a importância, muitas vezes negligenciados no SUS, das lideranças, formalmente constituídas ou não.
- Articulação e sintonia são essenciais, envolvendo, preliminarmente, a estrutura de gestão do estado (UF) e os municípios, mas incluindo, como citado antes, muitos outros atores sociais e institucionais, em uma estratégia de ação intersetorial e com parcerias diversas.
- Apoio externo também é fundamental, destacando-se, entre outros entes, o Ministério da Saúde, a universidade, o Ministério Público do Trabalho.
- Ênfase na qualificação, abrangendo não só os agentes que constituem objeto primordial da política (ACS e ACE), mas também as equipes técnicas e os apoiadores, incluindo necessariamente entre os conteúdos aqueles referentes à filosofia e à estrutura do SUS, destacando-se a expressão “caixa de ferramentas” para enfeixar o conjunto de manuais, normas e carti-

lhas produzidas com o objetivo de informar e capacitar os interessados, sempre com clareza e boa orientação comunicativa.

- Utilização de equipes de formação matricial, contando com apoiadores de outras áreas, como educação, setor jurídico, extensão rural e outras, embora haja previsíveis limitações resultantes das flutuações de tal apoio pelas respectivas instituições de empréstimo.
- São experiências que geram mudanças diretas no foco almejado (desprecarização de vínculos), mas também produzem intercâmbios e aprendizado, com expressivos ganhos simbólicos – e é preciso estar atento para este ganho marginal.
- Recomenda-se postura autocrítica de todos os atores do processo, com disposição permanente para revisar, fazer autocrítica, reorientar, traçar novos planos.
- Dado o panorama legal intrincado, o apoio das Procuradorias Jurídicas é fundamental, mas é necessário verificar também se estas estão sintonizadas e atentas às especificidades da saúde para evitar posturas meramente legalistas e burocráticas, em busca de solução real para os problemas emergentes.
- Apoio pedagógico qualificado é sempre requerido, pois a desprecarização gera vínculos e compromissos, para o que os processos de capacitação são fundamentais.
- O monitoramento dos processos com bons sistemas de registro e informação deve ser desenvolvido, sem perder de vista a complexidade do objeto e suas características e dinâmicas.
- Nunca é demais lembrar: esta iniciativa tem origem no órgão gestor estadual do SUS, sendo de responsabilidade deste, cujo papel continua sendo essencial mesmo nas etapas avançadas e de monitoramento da política.
- Finalmente, idoneidade e transparência acima de tudo!

PERSPECTIVAS

Nas palavras dos próprios proponentes e executores da política, o que se pretende, principalmente e em um horizonte de tempo curto, é dar passos na direção do desenvolvimento e da implementação de planos de carreira no âmbito dos municípios, além de maiores investimentos em educação permanente e fortalecimento das ações já realizadas, de forma que se alcance também a desprecarização dos vínculos de trabalho dos demais profissionais da atenção básica.

Uma frase que diz tudo: mais do que criar coisas novas, dar andamento e aprofundamento ao que já foi conquistado. Alguns tópicos da agenda voltada para o futuro estão relacionados a seguir.

O foco deve ser cada vez maior no processo de trabalho dos ACS, com o objetivo de aprimorá-lo e torná-lo mais mensurável e racional, para isso o monitoramento de indicadores é fator indispensável.

Aprofundamento e equacionamento das questões que ainda diferenciam ACS e ACE com o intuito de buscar sintonia e uniformidade, mesmo que não absoluta, entre os dois campos de intervenção na realidade.

Atenuação do corporativismo e da acomodação, sem que isso se transforme em “criminalização sindical”, mas sim por meio de diálogo e construção conjunta.

Desenvolvimento da ideia de “ser ACS”: superar a acomodação, o corporativismo, a burocratização, os comportamentos não cooperativos, revisando, ao mesmo tempo, as práticas duplicantes, burocráticas e irracionais que permeiam as atividades de tais agentes, sem descuidar da superação da falta de compreensão recíproca entre gestores e agentes.

Destaque para a importância estratégica das tecnologias de informação que já subsidiam e racionalizam o trabalho dos ACS e dos ACE, citando-se como exemplo relevante o Telessaúde, que comprovadamente impacta de maneira positiva o trabalho do ACS.

Pendências a serem enfrentadas ainda: direitos, moradia na área, segurança no ambiente de trabalho.

CRÉDITOS

O registro da experiência “Política de desprecarização dos vínculos de trabalho de agentes comunitários de saúde e agentes de endemias da Secretaria Estadual de Saúde da Bahia” foi realizado por pesquisadores do Laboratório de Inovação, apoiando-se em documentos produzidos pela SES-Bahia (Prêmio InovaSUS) e em depoimentos de pessoas-chave da SES.

Equipe InovaSUS

- Flávio Goulart – pesquisador do ObservaRH/Nesp/UnB
- Cristiane Gosch – representante da Organização Pan-Americana da Saúde
- Robson Guimarães Pitanga – representante do Ministério da Saúde

Trabalhadores e gestores Experiência Bahia – ACS

- **Efigênia de Fátima Cardoso** – sanitarista e ex-diretora da Diretoria de Promoção da Saúde – DPS da Sesab
- **Helena Salomão Amaral** – enfermeira – sanitarista, coordenadora do Núcleo de Tecnologia, Informação e Comunicação em Saúde da DAB/Sesab
- **José Cristiano Soster** – enfermeiro – sanitarista, diretor da Atenção Básica da Secretaria da Saúde do Estado da Bahia (Sesab)
- **Maria Aguiné Evangelista Cunha** – assistente social, apoiadora institucional da Diretoria de Atenção Básica (DAB) da Sesab
- **Maria Célia Alves Santos Bispo** – enfermeira, apoiadora institucional da Diretoria de Atenção Básica (DAB) da Sesab
- **Mônica Gomes Gonçalves de Castro Luz** – assistente social e Secretária Municipal de Saúde do município de Seabra – BA
- **Maria José Santana** – apoio administrativo da DAB

- **Maria Ester Souza Marinho** – enfermeira, coordenadora técnica-pedagógica da Escola de Formação Técnica em Saúde – EFTS/Sesab
- **Maria Aparecida Figueiredo** – enfermeira, Diretoria de Vigilância Epidemiológica do Estado da Bahia – Divep/Sesab
- **Nilma Lima dos Santos** – fonoaudióloga, apoiadora institucional da Diretoria de Atenção Básica (DAB) da Sesab
- **Raimunda Cerqueira Santos** – sanitaria da DAB/Sesab
- **Roque Onorato Santos** – agentes comunitários de saúde (ACS), ex 1º presidente da Associação de ACS de Valença e ex-presidente da Confederação Nacional de ACS

III. RELATOS DAS EXPERIÊNCIAS

INCENTIVO FINANCEIRO DO PMAQ-AB ÀS EQUIPES DE SAÚDE DA FAMÍLIA (A EXPERIÊNCIA DO MUNICÍPIO DE GUARULHOS-SP)

O MUNICÍPIO DE GUARULHOS

Guarulhos é a segunda cidade mais populosa do Estado de São Paulo, a 13ª mais populosa do Brasil, além de ser a cidade que não é capital mais populosa do Brasil, com mais de 1,3 milhão de habitantes e alta densidade populacional (4.126,22 hab./km²). Possui o segundo maior PIB de seu estado e o oitavo maior do país, abrigando o aeroporto mais movimentado do Brasil. Seu IDH é considerado alto – 0,763 (PNUD/2010). A administração municipal está a cargo do Partido dos Trabalhadores há três mandatos.

APRESENTAÇÃO

O Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB), adotado pela administração municipal, foi instituído pelo Ministério da Saúde, tendo como objetivo a ampliação do acesso e a melhoria da qualidade da atenção básica, com garantia de um padrão de qualidade comparável, nacional, regional e localmente, permitindo maior transparência e efetividade das ações governamentais direcionadas à atenção básica em saúde.

A Secretaria da Saúde de Guarulhos já efetivou a chamada “contratualização”, prevista no PMAQ, de 44 equipes de saúde da família mediante pactos de indicadores e metas, conforme critérios propostos pelo MS, garantindo um incentivo financeiro às equipes por seu empenho e dedicação aos serviços.

ANTECEDENTES/CONTEXTO

Desde o ano de 2006, já no contexto político-partidário e administrativo atual, foram instituídos os primeiros movimentos que resultaram no atual programa, mediante ênfase na atuação participativa local, com introdução dos temas da qualidade e remuneração variável em função de resultados.

Houve, assim, uma escalada progressiva de adesão a programas gerados pelo DAB/SAS/MS, tais como o Prograb e o Amaq, que vieram a ser substituídos pelo atual PMAQ/AB. Em 2008 ocorreu na municipalidade um movimento de construção de planos de cargos e carreiras na PMG, incorporando temas correlatos à avaliação de qualidade na agenda política da saúde. Desde o princípio, o foco especial da atenção básica esteve voltado para as ações administrativas.

Há de se destacar ainda a continuidade técnica e política da administração municipal tanto em termos de mando político como de manutenção de equipes técnicas e programas de governo, sendo também notável a presença contínua e o exercício equilibrado de uma liderança na saúde apoiada por equipes técnicas bem qualificadas e permanentes.

DIRETRIZES DA POLÍTICA: O QUE É PMAQ

O Programa de Melhoria da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB), emitido em julho de 2011 por meio da Portaria 1.645 do Ministério da Saúde, visa a induzir a ampliação do acesso e a melhoria da qualidade da atenção básica, com garantia de qualidade, como também fomentar a transparência e a efetividade das ações governamentais. Suas diretri-

zes são: I) definir parâmetros de qualidade, considerando-se as diferentes realidades de saúde, de maneira que se promova maior resolutividade das equipes de saúde da atenção básica; II) estimular processo contínuo e progressivo de melhoramento dos padrões e dos indicadores de acesso e de qualidade que envolva a gestão, o processo de trabalho e os resultados alcançados pelas equipes de saúde da atenção básica; III) transparência em todas as suas etapas, permitindo-se o contínuo acompanhamento de suas ações e resultados pela sociedade; IV) envolver e mobilizar os gestores federal, estaduais, do Distrito Federal e municipais, as equipes de saúde de atenção básica e os usuários em um processo de mudança de cultura de gestão e qualificação da atenção básica; V) desenvolver uma cultura de planejamento, negociação e contratualização que implique a gestão dos recursos em função dos compromissos e dos resultados pactuados e alcançados; VI) estimular o fortalecimento do modelo de atenção previsto na Política Nacional de Atenção Básica, o desenvolvimento dos trabalhadores e a orientação dos serviços em razão das necessidades e da satisfação dos usuários; e VII) caráter voluntário para a adesão tanto pelas equipes de saúde da atenção básica quanto pelos gestores municipais com base no pressuposto de que seu êxito depende da motivação e da proatividade dos atores envolvidos.

O PMAQ-AB é composto por três fases: Fase 1 – *Adesão e Contratualização*, na qual todas as equipes de saúde da atenção básica, incluindo as equipes de saúde bucal e os Núcleos de Apoio ao Saúde da Família, poderão aderir ao PMAQ-AB, de acordo com critérios definidos em manual instrutivo próprio, podendo ser incluídas todas ou apenas parte das suas equipes de saúde da AB; Fase 2 – *Certificação*, composta por avaliação externa de desempenho das equipes de saúde e gestão da atenção básica; avaliação de desempenho dos indicadores contratualizados na etapa de adesão e contratualização; momento autoavaliativo. Fase 3 – *Recontratualização*, pactuação singular com incremento de novos padrões e indicadores de qualidade, estimulando a institucionalização de um processo cíclico e sistemático com base nos resultados verificados na fase anterior.

Além disso, apresenta um eixo estratégico de desenvolvimento composto por autoavaliação, monitoramento, educação permanente e apoio institucional, que deve ser entendido como transversal a todas as

fases, assegurando que as ações de promoção da melhoria da qualidade possam ser desenvolvidas em todas as etapas do ciclo do PMAQ-AB.

A cada ciclo, os gestores que aderirem ao PMAQ-AB farão jus a um incentivo financeiro denominado *Componente de Qualidade do Piso de Atenção Básica Variável* (PAB Variável), repassado no início de cada ciclo após a homologação da adesão ao Programa e também após a Fase 2 de cada ciclo.

COMPREENDENDO A EXPERIÊNCIA DE GUARULHOS

Eixo 1 – Processo de construção da proposta

Com base nas propostas elaboradas pela equipe do Departamento de Recursos Humanos da Saúde (DRHS) da Prefeitura Municipal de Guarulhos (PMG) foram realizados levantamentos de propostas com as equipes das Regiões Intramunicipais de Saúde e com os articuladores da atenção básica, de forma bastante participativa. Isso possibilitou detalhar algumas premissas relativas às gratificações a serem estabelecidas, com a definição de alguns critérios, a saber: a) o mesmo valor conferido a todos os trabalhadores das equipes contratualizadas; b) um valor menor para os trabalhadores das equipes não contratualizadas, mas que pertencessem às unidades com pelo menos uma equipe contratualizada no primeiro ciclo; c) realização de cálculos variáveis, por trabalhador, levando em conta o tempo de permanência na equipe e na unidade e as respectivas ocorrências funcionais. Para o segundo ciclo do programa, além disso, também se estabeleceu o critério de se gratificar todos os profissionais das unidades básicas com modelo tradicional de assistência, após avaliação pela Coordenação da Atenção Básica, em um processo de parametrização de indicadores.

Esta proposta foi apresentada ao gestor de saúde e então acrescida de contribuições pertinentes aos cenários político e sanitário municipais na política de saúde e, sobretudo, à disponibilidade financeira. Buscou-se, em seguida, apoio da Secretaria Municipal de Assuntos Jurídicos, assim como da representação sindical na Comissão Permanente de Negociação, instância valorizada no ambiente municipal, sendo coordenada pela

Secretaria de Administração, bem como na Comissão de Recursos Humanos do Conselho Municipal de Saúde.

Um amplo processo de comunicação entre os interessados foi desenvolvido, iniciando-se antes mesmo da elaboração mais detalhada da proposta, com o objetivo de sinalizar as intenções da iniciativa por parte do gestor de saúde municipal. Boletins informativos, reuniões e outras formas de comunicação direta foram amplamente utilizados, principalmente após a aprovação da lei na Câmara Municipal.

O passo seguinte, de caráter operacional, foi a chamada “reconstrução” das equipes de saúde da atenção básica. Foram então definidas, por escolha própria e direta, as equipes a serem contratualizadas, e foram levantadas as eventuais necessidades de movimentação de pessoal com base nos bancos de dados do Sistema de Informação da Atenção Básica e do Sistema de Administração de Recursos Humanos. Desse modo, buscou-se aplicar o incentivo financeiro de forma adequada e responsável. Tal reconstrução das equipes foi realizada mês a mês, entre novembro de 2011 e dezembro de 2012, procurando também identificar os beneficiários, por equipe contratualizada ou não, bem como suas movimentações para realizar os pagamentos proporcionais.

Neste momento, o DRHS optou por realizar encontros por equipes em todas as 19 unidades contempladas, com representações de trabalhadores e de gerentes, objetivando esclarecer dúvidas e integrar tais pessoas ao processo de ajuste e validação do quadro de profissionais com vistas ao primeiro ciclo. Dessa maneira, foi possível realizar um processo permanente de devolução de informações e coleta das contribuições dos trabalhadores.

Nesses encontros foram esclarecidos os dispositivos legais e o processo de reconstrução das equipes, revisadas as informações para validar a composição das equipes do primeiro ciclo ou identificar incongruências para alterações, desde que devidamente fundamentadas e justificadas. Cada equipe teve oportunidade de conhecer e discutir as principais facilidades e dificuldades do processo.

A grande riqueza de tal processo participativo, na visão de seus agentes, foi a aproximação da gestão de recursos humanos das equipes

das UBS, compartilhando entendimentos e práticas e gerando a responsabilização sobre tal processo.

Eixo 2 – Composição do incentivo

Do total de recursos provenientes do PMAQ-AB no primeiro ciclo, 20% foram destinados ao pagamento de incentivo aos trabalhadores das UBS com equipes contratualizadas. Desse montante, estabeleceu-se uma forma de distribuição com uma cota para os contratualizados e meia cota para os demais.

Com base no valor da cota individual, uma série de variáveis foi considerada para realizar pagamento integral, proporcional ou suspendê-lo, são elas: a) percentual de permanência na unidade: tempo em que cada profissional integrou o quadro de funcionários das equipes contratualizadas e/ou das unidades com equipes contratualizadas durante o primeiro ciclo do PMAQ; b) histórico funcional: análise das ocorrências na vida funcional do trabalhador (suspensões, advertências, afastamentos, licenças médicas, faltas injustificadas) no período correspondente ao ciclo, podendo implicar a perda do incentivo financeiro; c) avaliação externa, conforme a iniciativa desenvolvida e divulgada pelo Ministério da Saúde.

Como parte do processo, a Comissão Avaliadora de Recursos e os representantes das equipes apresentaram propostas de adequação à lei vigente com o intuito de serem aplicadas no segundo ciclo do PMAQ-AB.

Para compor o valor do incentivo, foi realizado levantamento do histórico funcional para apurar as ocorrências de cada trabalhador, além das equipes; dos conceitos obtidos na avaliação externa do MS, bem como do montante dos recursos financeiros provenientes da contratualização com o PMAQ-AB, sendo o resultado do processo devidamente publicado no *Diário Oficial* do município.

Um prazo para apresentação de recursos foi aberto e, paralelamente, formou-se uma Comissão Avaliadora de Recursos, de caráter deliberativo, com representação das quatro regiões de saúde, além dos departamentos de RH, Administração e Finanças e de Articulação das Redes de Atenção à Saúde, bem como do Conselho Municipal de Saúde.

Em termos quantitativos, merecem destaque as seguintes informações: a) 44 equipes foram contratualizadas, sendo distribuídas em 19 UBS da SMS, em um total de 942 trabalhadores; b) o pagamento do incentivo financeiro foi realizado utilizando-se a avaliação externa do MS, na qual 21 (48%) equipes contratualizadas obtiveram conceito muito acima da média, 20 (45%) obtiveram conceito acima da média e apenas três (7%) foram consideradas medianas; c) do total de participantes, 66% receberam o incentivo financeiro do primeiro ciclo do PMAQ-AB, destes, 454 (48%) foram integrais e 172 (18%), proporcionais; d) mediante a aplicação dos critérios de vida funcional, 316 (34%) trabalhadores não fizeram jus ao referido incentivo; e) foram interpostos 99 recursos, dos quais 23% foram deferidos, 76% indeferidos e um deferido parcialmente.

Eixo 3 – A lei municipal do PMAQ

Com vistas ao estímulo e à valorização do trabalhador da saúde, as propostas aqui mencionadas foram consolidadas mediante a proposição de uma lei municipal, que foi aprovada pela Câmara de Vereadores de Guarulhos em abril de 2014, recebendo o número 7.252. Assim, ficou assegurado e garantido por lei o repasse de incentivo financeiro aos trabalhadores em sistema de cotas, conforme amplamente discutido nas instâncias de pactuação municipal.

Especial destaque é dado pelos propositores da experiência à ação direta, informativa, estratégica, baseada em convencimento e argumentação, sobre os componentes da Procuradoria Jurídica municipal, até então resistentes à ideia de diferenciação para o pessoal da saúde, diante de uma postura de defesa da isonomia que deveria prevalecer entre os diversos servidores da municipalidade. Um vigoroso argumento utilizado foi o relativo à origem dos recursos, ou seja, repasse federal específico para finalidade determinada, ao qual houve adesão formal do município. Neste processo foi considerado fator estratégico o sólido envolvimento da Comissão (“Mesa”) de Negociação da PMG, que agrega os diversos setores da municipalidade, constituindo-se, sem dúvida, em inovação digna de nota. Enfatiza-se igualmente o apoio sindical à iniciativa.

A lei em foco autoriza formalmente o repasse de incentivo financeiro do PMAQ-AB (Componente de Qualidade do Piso de Atenção Básica Variável) não só aos servidores públicos da administração direta, como também aos “municipalizados” que prestam serviços nas unidades básicas de saúde. Ela estabelece ainda que o valor do repasse do referido incentivo será baseado no montante anual transferido pelo MS ao município, de acordo com os critérios citados, ou seja, 20% para servidores públicos e municipalizados e 80% para os encargos trabalhistas decorrentes e para a melhoria da assistência à saúde do município. Na segunda etapa do programa, a proporção muda para 40% e 60%, respectivamente. A norma também define que o pagamento de incentivo dar-se-á por etapa e em parcela única, sempre de acordo com a previsão orçamentária anual, em conformidade com os critérios de avaliação estabelecidos pelo MS.

A lei confirma o sistema de cotas mencionado, ou seja, uma cota para servidor público ou municipalizado que componham equipes contratualizadas e meia cota para aqueles que não componham tais equipes. Esse preceito legal firma o conceito de que o repasse do incentivo financeiro estará vinculado à classificação do desempenho obtido pela equipe contratualizada, podendo ser graduado conforme avaliação externa do MS. Estabelece que o servidor público ou municipalizado transferido para outra equipe ou outra unidade de saúde, por qualquer motivo, receberá o valor do incentivo financeiro proporcional ao período trabalhado na unidade básica de saúde e que o valor do incentivo financeiro não poderá servir de base de cálculo para quaisquer outras vantagens, não sendo incorporado aos vencimentos a qualquer título ou pretexto, nem servirá de base para cálculo de qualquer indenização ou vantagem pecuniária.

A norma clarifica também as condições de cessação do benefício: rescisão de contrato; suspensão; advertência em prontuário; afastamento com ou sem remuneração; licenças médicas inferiores a 15 dias a partir do terceiro período; superiores a 15 dias; faltas injustificadas a partir da segunda ocorrência; meia falta injustificada a partir da quarta ocorrência. Ela identifica os fatores para pagamento proporcional do incentivo: licenças maternidade e adoção; transferência de local de trabalho superior a trinta dias; e o fato de ser recém-admitido.

A lei em tela determina que o Departamento de Articulação de Redes de Atenção à Saúde da Secretaria da Saúde será responsável pela divulgação das equipes contratualizadas e pelo encaminhamento do relatório anual de desempenho do PMAQ-AB das unidades básicas de saúde. O Departamento de Recursos Humanos da Secretaria da Saúde deverá fazer o controle e o acompanhamento do incentivo financeiro concedido ao servidor público e ao municipalizado, enquanto o Departamento Administrativo e Financeiro da Secretaria da Saúde fará a divulgação, anualmente, em *Diário Oficial*, do valor apurado como incentivo financeiro do PMAQ-AB.

AVANÇOS

Há um vasto cabedal de potencialidades nesta iniciativa, reconhecidas pela equipe proponente e pelos mandatários, e acima de tudo confirmadas pelos pesquisadores que elaboraram o relatório analítico. Nesse sentido, entre outros fatores de avanço e sucesso podem ser enumerados:

- fortalecimento e engajamento das equipes de trabalho das UBS em busca dos resultados pactuados, ampliando o acesso da população com qualidade;
- construção participativa com os atores envolvidos;
- entrevista com o usuário na avaliação externa;
- possibilidade de expandir para a gestão e para outros níveis de atenção a mesma metodologia de contratualização e gratificação para os trabalhadores por alcance de metas;
- fortalecimento dos territórios;
- identificação das premissas para a definição da forma de gratificar;
- valor igual para todos os trabalhadores pertencentes às equipes contratualizadas =1 cota e não contratualizadas = $\frac{1}{2}$ cota;
- reconhecimento dos demais trabalhadores pertencentes às unidades de saúde com equipe contratualizada;
- possibilidade de contratualizar todas as equipes que compõem a atenção básica com a parametrização de indicadores e processos avaliativos, atribuindo incentivo financeiro à iniciativa;

- valorização dos trabalhadores empenhados no cumprimento das metas por todo o período que o ciclo compreende;
- representações propositivas das equipes e da Comissão Avaliadora de Recursos.

O caráter multiplicador desta iniciativa está diretamente confirmado pela disposição política de promover a abertura de novos ciclos de contratualizações das equipes de Saúde da Família pelo MS.

Outra bagagem positiva a ser destacada é o incentivo sistemático promovido pelo órgão gestor de saúde à ampliação do olhar dos seus trabalhadores para o alcance de metas, de forma responsável, com expansão do acesso da população e prestação de serviços com qualidade. Nesse contexto, verifica-se que o incentivo financeiro do PMAQ-AB promove uma verdadeira quebra de paradigma, ao tornar possível e bem aceita a fórmula de remuneração por alcance de metas.

Nas entrevistas, fica evidente que além do incentivo material o PMAQ-AB tem sido capaz de fomentar aspectos simbólicos e valores na força de trabalho. O montante extra de dinheiro talvez signifique muito pouco para os que ganham mais, como os profissionais de nível superior, mas mesmo assim vem sendo capaz de promover entre estes maior adesão e valorização de seu compromisso profissional.

Merecem destaque ainda: a disposição do gestor e das equipes técnicas de nível central para discutir e, se for o caso, planejar novamente e retomar o curso da iniciativa; o componente educativo fundamental em todo o percurso das ações, configurando um cenário de *participação informada*; o incrementalismo e o efeito cumulativo e educativo das reflexões em grupo, tendo como consequência estratégica a ampliação das adesões (confirmadas na prática), o exercício de uma “visão de processo”.

DESAFIOS

O sucesso da iniciativa de Guarulhos é inquestionável, mas seus próprios propositores admitem que alguns aspectos ainda podem, e devem, melhorar, conforme mostra a lista a seguir.

- A existência de equipes incompletas, que representa um critério impeditivo à participação no PMAQ, é um problema real, tendo em vista que o interesse legítimo de muitos servidores de participar do Programa é frustrado por um fator contingencial, que escapa completamente à governabilidade dos interessados.
- O fato de existirem servidores e equipes contratualizados e não contratualizados, nem sempre por opção própria, às vezes trabalhando lado a lado, é outro obstáculo a um desempenho mais satisfatório do programa.
- A sustentabilidade do PMAQ-AB atualmente pode ser questionada, considerando-se a dependência do repasse federal diante das dificuldades políticas e econômicas vividas pelo país e a recente troca de ministro no MS.
- O fato de o incentivo financeiro do PMAQ-AB ser fixo – e isso certamente é justo – levanta a questão do interesse das categorias que ganham mais, como os médicos, pelo programa; tal aspecto tem sido contornado, como se viu, pelo investimento na promoção de valores e aspectos simbólicos junto às equipes, mas isso não dissipa as dúvidas quanto ao futuro em eventuais cenários de ampliação do programa.
- O PMAQ tem um enorme potencial para suscitar expectativas em relação à remuneração e às condições de trabalho, fator que, sem dúvida, levanta problemas e demandas nem sempre passíveis de resolução e atendimento.

LIÇÕES APRENDIDAS

O pagamento do incentivo financeiro do PMAQ-AB representa uma estratégia de motivação dos servidores que visa à melhoria nos processos de trabalho, com progresso da qualidade da assistência, com foco nos territórios, por meio da avaliação do desempenho das equipes de saúde da família.

É necessário valorizar o trabalhador de forma justa, de acordo com sua participação eficiente na produção e na promoção de saúde e no atendimento humanizado aos usuários do SUS. O protagonismo das diretorias regionais no processo é outro fator considerado responsável pelo sucesso do PMAQ-AB em Guarulhos.

A avaliação externa realizada pelo MS é altamente valorizada, introduzindo no cenário um fator inédito e de alta credibilidade. O processo do PMAQ-AB impulsiona o planejamento das ações de saúde. Este é mais um aspecto a ser apreciado e incrementado.

Enfatize-se que a distribuição de benefícios e incentivos deve ser pautada pela equanimidade em vez do clientelismo e do corporativismo tradicionais – nesse quesito o PMAQ-AB mostra um acervo bastante positivo de mudanças comportamentais.

Finalmente, é fundamental investir na participação ampla, no aprofundamento progressivo e incremental das estratégias de mudança e no trabalho sistemático com aspectos simbólicos e culturais, além dos materiais.

PERSPECTIVAS

Segundo os interlocutores de Guarulhos, o que se pretende para o segundo ciclo do PMAQ-AB é a ampliação do incentivo financeiro, mediante adequada previsão legal, para todos os trabalhadores inseridos na atenção básica, para o que se busca identificar indicadores compatíveis e equânimes em termos de avaliação do desempenho. Já se pensa também na expansão da ideia de remuneração por desempenho e qualidade para outros setores da saúde, tais como os hospitais sob gestão municipal.

CRÉDITOS

O registro da experiência “Incentivo financeiro do PMAQ-AB às equipes de saúde da família – a experiência do município de Guarulhos (SP)” foi realizado por pesquisadores do Laboratório de Inovação,

apoiando-se em documentos produzidos pela SMS de Campinas (Prêmio InovaSUS) e em depoimentos de pessoas-chave da SMS/Guarulhos.

Equipe InovaSUS

- Flávio Goulart – pesquisador do Laboratório de Inovação
- Lívia Cristina Bandeira Ramos – representante do Ministério da Saúde
- Cristiane Gosch – representante da Organização Pan-Americana da Saúde

Trabalhadores e gestores da SMS de Guarulhos

- Denilson Takehiko Toguchi – Gerência Técnica – Divisão Técnica da Atenção Básica do Departamento de Articulação de Redes
- Luis Carlos Conceição – Conselho Municipal de Saúde
- Marilene Carbone de Carvalho – Núcleo de Gestão de RH – Região de Saúde Cantareira
- Simone dos Santos de Lima – Gerência Técnica – Divisão Técnica da Divisão Técnica da Região de Saúde – São João/Bonsucesso
- Sílvia Pacheco Tonim – Gerência Técnica da Divisão Técnica de Apoio à Gestão de RH do Departamento de Recursos Humanos da Saúde
- Viviane Haddad Silva Higuchi – Gerência Técnica da Divisão Técnica da Região de Saúde Pimentas/Cumbica
- Carlos Chnaiderman – Secretário de Saúde do Município de Guarulhos
- Eneida Bernardo – Diretora do Departamento de Articulação de Redes
- Denilson Takehiko Toguchi – Divisão Técnica da Atenção Básica do Departamento de Articulação de Redes
- Solange Cristina Aparecida Vialle – Diretora do Departamento de Recursos Humanos da Saúde

- Luciana Maria Zanotto Oliveira – Gerência Técnica da Divisão Técnica de Gestão do Trabalho do Departamento de Recursos Humanos da Saúde
- Maykon Diego Melo – gerente
- Michele Souza Teixeira – enfermeira de saúde da família
- Merlin Vieira de Oliveira Alencar – enfermeira de Saúde da Família

III. RELATOS DAS EXPERIÊNCIAS

IMPLANTAÇÃO DO PLANO DE CARGOS, CARREIRAS E VENCIMENTOS: A EXPERIÊNCIA DA SECRETARIA MUNICIPAL DE VITÓRIA (ES)

O MUNICÍPIO DE VITÓRIA (ES)

A fundação do Espírito Santo e de Vitória começa 34 anos depois de o Brasil ter sido descoberto, em 1500. Explorando a região, os portugueses buscaram um local mais seguro para se resguardar dos ataques dos índios e dos estrangeiros, penetrando, então, pela baía de Vitória.

Nos trezentos anos iniciais de sua história, a cidade foi um porto para o açúcar e o pau-brasil. Vitória é uma das três capitais mais antigas do Brasil, atrás apenas do Recife e de Salvador. A partir de meados do século XX, a cidade transformou-se em razão das mudanças econômicas ocorridas no estado.

A Secretaria Municipal de Saúde (SMS ou Semus) de Vitória tem como missão planejar e executar as ações de saúde, com foco na garantia dos princípios do SUS. Em 2008 foi assinado um Termo de Compromisso de Gestão (TCG), com responsabilização sobre a média e a alta complexidade ambulatorial.

APRESENTAÇÃO

Os profissionais de saúde da SMS Vitória dispõem de um Plano de Cargos, Carreiras e Vencimentos (PCCV) no qual se procura estimular o

desempenho profissional, valorizar o conhecimento e a competência dos funcionários, bem como seu empenho e desempenho.

O PCCV dos profissionais de saúde do município de Vitória, que vem sendo implantado na Prefeitura Municipal de Vitória desde 2009, tem como objetivo principal estimular o desempenho profissional, valorizar o funcionário pelo conhecimento adquirido, pela competência, pelo empenho e pelo desempenho, incentivar a qualificação funcional contínua, estabelecer as regras para a evolução funcional, além de racionalizar a estrutura de cargos e carreiras.

ANTECEDENTES/CONTEXTOS

O processo de construção do PCCV da Prefeitura Municipal de Vitória integrou, ao longo dos últimos anos, não só as discussões de seu corpo administrativo interno, mas também representações sindicais, o que contribuiu para os resultados verificados hoje na política municipal de gestão do trabalho.

Pode-se dizer que a construção da política de gestão do trabalho na PM de Vitória teve como base não só a decisão dos mandatários, mas também as propostas e os planos formais existentes em algumas áreas, contando com a participação de um corpo técnico qualificado e do movimento sindical, de forma relativamente harmônica, ou pelo menos movida por objetivos comuns.

Houve variadas tentativas de regulamentar e regularizar as questões relativas a cargos e carreiras no passado, com primazia da área de educação, além de algumas tentativas na saúde. Entretanto, são os anos que se seguiram a 2005, com a entrada em cena de nova administração municipal (João Coser, PT), que correspondem ao período de transformações na política de gestão do trabalho na Prefeitura Municipal de Vitória, além de outros campos da administração pública municipal. No caso da gestão do trabalho, o relato é de que as administrações anteriores foram bastante omissas em relação a tal objeto.

Assim, no início do referido governo foi instalada uma consultoria de gestão, contratada com a Finattec/Universidade de Brasília, que desen-

cadeou um processo de reforma administrativa, do qual derivam as propostas hoje em curso. O Plano de Cargos, Carreiras e Vencimentos (PCCV) hoje em vigor foi construído entre 2005 e 2006, convertendo-se em lei neste último ano. O componente da avaliação de desempenho foi desenvolvido nos anos seguintes, sendo implementado efetivamente a partir de 2010.

Algumas áreas, como a educação, possuem particularidades em termos de propostas de gestão do trabalho, com planos de carreiras e regulamentos funcionais implementados ao longo das últimas duas ou três décadas, contudo sem generalização para a administração como um todo. Em 1988 foi tentado um plano geral de carreiras para o funcionalismo municipal, que foi questionado por não ser adaptado às normas constitucionais recém-implementadas, não produzindo maiores resultados.

Na saúde ocorreu processo semelhante nos anos 1990, com a constituição de um grupo de trabalho específico para a área e obediência a uma pauta definida pelo Ministério da Saúde, não se obtendo maior progresso em termos de implementação.

O processo mais recente, desenvolvido pela consultoria externa já referida, teve o mérito de integrar às discussões não só o corpo administrativo interno da Prefeitura Municipal de Vitória, mas também as representações sindicais, sendo tal fato considerado aspecto que contribuiu para os resultados verificados hoje na política municipal de gestão do trabalho.

No cenário também é referida uma “demanda represada”, resultado de anos de omissão da administração municipal em relação às questões da gestão da força de trabalho, o que se por um lado trouxe alguma dificuldade, em razão das tensões e da premência colocadas pelas representações de trabalhadores, por outro foi positivo, ao impulsionar a decisão política e a *performance* técnica para a solução dos problemas, a formulação e a implementação da política.

O período que corresponde à discussão e à implementação das propostas aqui referidas na área de gestão do trabalho correspondeu a um marcante crescimento da força de trabalho na Prefeitura Municipal de Vitória, com a realização de seguidos concursos públicos e a necessidade de atender a um público numeroso e diferenciado em suas demandas

relativas a direitos trabalhistas, com concomitante pressão do movimento sindical.

Quanto à avaliação de desempenho (AD), admite-se certa latência de tempo deliberada conscientemente para o desenvolvimento desta com o intuito de permitir o aprofundamento e o aperfeiçoamento das propostas. Contudo, esse processo teve de ser acelerado em razão das demandas presentes no cenário, seja das representações sindicais, seja do próprio mandatário político, no governo iniciado em 2005. Procurou-se também desenvolver não apenas um conjunto de normas específicas, visando isoladamente à progressão funcional, mas um verdadeiro “sistema de avaliação” efetivo e sustentável, bem como fomentar uma cultura institucional referente a tal tema.

COMPREENDENDO A EXPERIÊNCIA DO PCCV DE VITÓRIA

Eixo 1 – características gerais do PCCV

O Plano de Cargos, Carreira e Vencimentos dos profissionais de saúde do município de Vitória apresenta características bastante marcantes, a saber:

Perfil do público atendido

Todos os profissionais de saúde que ingressaram na Prefeitura de Vitória por concurso público, bem como as chefias imediatas, que são avaliadoras de suas equipes.

Ações desenvolvidas

Após a aprovação e a sanção da Lei do Plano de Cargos, Carreiras e Vencimentos dos profissionais de saúde em novembro de 2006, o enquadramento dos servidores nos novos cargos e nas tabelas de vencimentos estabelecidas no Plano ocorreu em janeiro de 2007. Em fevereiro desse ano foi feito o enquadramento por tempo de serviço. Os servidores com mais de vinte anos no município de Vitória avançaram duas referências, e os servidores com mais de dez anos até 19 anos avançaram uma única referência.

Em março de 2009 iniciou-se a Avaliação Especial de Desempenho para Servidores em Estágio Probatório, estabelecida por lei complementar específica. Em janeiro de 2010, o decreto que regulamenta o Plano de Cargos, Carreiras e Vencimentos foi publicado, detalhando todos os procedimentos da avaliação periódica de desempenho. Logo após a publicação do decreto regulamentador foram programadas palestras informativas a todos os servidores para explicar os procedimentos da avaliação. Neste mesmo mês foi publicada a portaria com o passo a passo para realizar a avaliação periódica de desempenho, bem como o cronograma de todas as fases da avaliação.

Assim, em janeiro de 2010 foi iniciado o processo de avaliação periódica de desempenho, composta da avaliação de competências e da assiduidade. A avaliação de competências é realizada pela chefia imediata e feita pelo próprio servidor. São avaliadas seis competências, sendo atribuídas notas e justificativas. A avaliação da assiduidade é feita pelo Sistema de Gestão de Pessoas por meio da frequência, que é aferida mensalmente. A assiduidade considera apenas as faltas não abonadas. As faltas ocorridas no período avaliativo serão pontuadas negativamente, ou seja, a falta faz com o que o servidor perca pontos na avaliação de competências.

Resultados

O Plano organizou os cargos por escolaridade, estruturando-os por grupos, sendo cargos de nível fundamental, médio e superior. Com essa nova organização dos cargos, o enquadramento na nova estrutura permitiu aos servidores um reajuste que variou de cargo para cargo. A partir da avaliação periódica de desempenho iniciada em janeiro de 2010, mais de 360 servidores tiveram direito à progressão, sendo 42 servidores com progressão vertical e 320 servidores com progressão horizontal. De acordo com as regras estabelecidas no Plano, a avaliação periódica de desempenho é um dos critérios para obtenção da progressão, sendo necessário ainda que a nota do servidor seja maior que a média do grupo ao qual o cargo pertença.

Como fator limitador das progressões, foi estabelecido que o valor orçado para as progressões é de 15% da massa salarial para a progressão horizontal e de 10% da massa salarial para a progressão vertical. Esses

valores limitadores foram estabelecidos considerando-se o aumento da folha de pagamento em razão da concessão das progressões e a preocupação com o limite prudencial estabelecido pela Lei de Responsabilidade Fiscal, permitindo que o Plano, além de iniciado e colocado em prática, possa permanecer em andamento ao longo dos anos de acordo com os limites estabelecidos.

A progressão horizontal representa 3% de aumento no vencimento dos servidores, e a progressão vertical representa aproximadamente 16%. Para a progressão horizontal, além da nota da avaliação periódica de desempenho são considerados cursos de aperfeiçoamento da qualificação, que são pontuados no limite de 40 pontos, de acordo com o evento e a carga horária.

Para a progressão vertical, além da nota da referida avaliação periódica é necessário ter escolaridade acima do requisito de ingresso do cargo. Isso deve gerar nos servidores uma constante busca pelo aprimoramento de seus conhecimentos, acarretando, conseqüentemente, melhoria na qualidade do serviço prestado ao cidadão.

Outro destaque quanto aos resultados alcançados são os totais de recursos interpostos. Das 719 avaliações realizadas foram interpostos 23 recursos, ou seja, 3,2% dos servidores avaliados, um percentual pequeno em relação ao total de avaliados.

Eixo 2 – A mesa de negociação permanente

A participação da equipe de pesquisadores em uma reunião ordinária da Mesa de Negociação Permanente local ocasionou algumas observações pertinentes, relatadas a seguir.

Depreendeu-se, primeiramente, que a Mesa é uma instância valorizada tanto pela gestão municipal, ali representada por técnicos dos escalões superiores das secretarias da saúde da administração, como pelas representações de trabalhadores. Sua atividade é relativamente contínua, durando já alguns anos. Uma secretaria executiva está atuante, e itens habituais como pauta, convocação, atas e outros de igual natureza são realizados e apresentam informações disponíveis. O ambiente é de res-

peito entre as partes envolvidas, embora pontilhado por algumas tensões, narradas a seguir.

Na interação preliminar com os entrevistadores foram evidenciados pontos de conflito por parte do segmento de trabalhadores, traduzidos por expressões como: “muito pouca coisa acontece, de fato, na Mesa”; “a relação com o gestor não é fácil”; “muitas coisas nos são impingidas”; “quem dá o ritmo da Mesa acaba sendo o gestor”; “o que vem do gestor já vem pronto”; “a Mesa não traz nada de novo para questões de qualidade de vida no trabalho”; “para conseguir benefícios tem que ser simpático aos dirigentes”, entre outras.

Aspecto especialmente enfatizado pelos trabalhadores é a carência de uma estrutura de apoio e de instrumentos de “conforto” nos ambientes de trabalho. Ainda segundo eles, existe uma demanda para revisão urgente do PCCV em vigor, mas os gestores vêm postergando ações nesse sentido.

Os gestores queixam-se frequentemente dos limites que lhes são impostos na prática da gestão, mas também reclamam que os trabalhadores não conseguem compreender suas intenções e que estes se omitem diante de questões mais complexas, denotando, a maioria das vezes, uma visão imediatista e com foco meramente financeiro. Eles alegam ainda que boa parte das paralisações ou da demora nos trabalhos da Mesa de Negociação teve origem na omissão dos trabalhadores, frequentemente asservidos pelas demandas de representação que lhes são impostas pelas entidades.

Não obstante, admite-se que o trabalho tem sido sistemático, organizado, contínuo e produtivo, citando-se como referências formais principais as atas de reuniões, disponíveis, e a emissão de protocolos, reconhecendo-se também que a busca de consenso tem dominado o cenário, apesar das dificuldades relatadas. Da mesma forma, é reconhecido que o trabalho da Mesa de Vitória é exemplar e inédito quando comparado com a realidade dos outros municípios do Estado do Espírito Santo.

O segmento dos trabalhadores tende a admitir que um longo caminho de integração entre eles próprios ainda precisa ser trilhado e que a omissão ou a ausência do grupo dos médicos compromete negativamente

as possibilidades de legitimação da Mesa. Os trabalhadores admitem ainda que há necessidade de maior “empoderamento” técnico do segmento.

As questões polêmicas ou ainda pendentes a reclamar consenso entre gestor e trabalhadores dizem respeito, principalmente, a aspectos quantitativos e financeiros, por exemplo, inconformismo com o limite financeiro com o qual o PCCV opera. Embora tal limite seja determinado pelos ditames da responsabilidade fiscal, é amplamente contestado pelos trabalhadores. O tratamento desigual e favorável a determinadas categorias, como médicos e odontólogos, é também referido como situação mal resolvida.

Nesse aspecto, também houve críticas ao processo de avaliação de desempenho conduzido por chefias não pertencentes à carreira da Prefeitura Municipal de Vitória – os chamados comissionados –, que tendem, segundo os trabalhadores, a ignorar questões inerentes ao trabalho no serviço público (por não pertencerem a ele), a proteger apadrinhados ou simplesmente se omitir, disso resultando injustiça e desvalorização dos trabalhadores de carreira. Trata-se de questão até certo ponto confirmada pelos membros da gestão.

Por sugestão do segmento dos trabalhadores, houve uma discussão a respeito da violência no ambiente de trabalho, com a apresentação de uma psicóloga (indicada pelos gestores) especialista no assunto. A profissional abordou o tema “Cultura da paz”. À apresentação seguiram-se debates com a plateia, derivando daí a formação de um grupo de trabalho bilateral, constituído no momento da reunião.

Foram registradas reiteradas reclamações a respeito da atenção dispensada pelos gestores às eventuais reivindicações dos usuários, que passariam a ser o foco central das ações de governo em detrimento dos trabalhadores. Tal situação é agravada em período eleitoral, além disso, os trabalhadores são vítimas frequentes de “assédio moral” das chefias.

Uma das representantes sindicais considera que os atuais impasses verificados na Mesa de Negociação talvez resultem de uma “falta de objeto” desta, considerando-se que as questões centrais da política de gestão do trabalho, como é o caso do PCCV e da avaliação de desempenho, já foram exaustivamente discutidas na Mesa.

A visão de alguns dos representantes de trabalhadores é que a mudança de gestão municipal, ocorrida em 2013, teria sido prejudicial ao andamento dos trabalhos da Mesa, que teria retrocedido “à estaca zero” desde então. Tal opinião difere daquela emitida pela maioria dos gestores entrevistados, que consideram a continuidade dos trabalhos da gestão de RH acima de tudo um ganho processual.

Em suma, a Mesa de Negociação de Vitória demonstra ter organicidade e representatividade, bem como continuidade e produção efetiva. Existem visivelmente dificuldades políticas, provavelmente derivadas da mudança partidária na prefeitura, ocorrida em 2013. Os processos de comunicação carecem de aprimoramento para superar o que um lado chama de “rolo compressor” e o outro de “omissão e desinteresse”. Vale a pena considerar, também, a reflexão de um membro sobre a perda do objeto da mesa, apontando, pelo menos, para a necessidade de revisão de seus objetivos.

AVANÇOS

Em Vitória ocorreram importantes avanços na política de gestão do trabalho em saúde, de forma sistemática, abrangendo conceitos como carreiras, avaliação de qualidade, progressão funcional, proteção ao trabalho, mesa de negociação.

Observou-se, ao longo dos últimos anos, um salto qualitativo na política de gestão do trabalho em Vitória, que passou de mero “recrutamento e seleção”, de pontualidade das ações e atendimento a emergências laborais a uma política sistemática como a que se tem hoje, abrangendo os conceitos de carreira, avaliação de qualidade, progressão funcional, proteção ao trabalho, constituição de uma mesa de negociação, bem como de um setor e respectiva equipe qualificada para realizar a gestão de tal política.

Chama atenção uma estrutura de pessoal que detém a marca da continuidade, com várias das pessoas entrevistadas em posição de gerência e atuando no processo desde os primeiros momentos da discussão e

da implementação da atual política, inclusive gerenciando o processo de avaliação de desempenho mais recente.

O corpo técnico envolvido no processo é pequeno, talvez no máximo vinte pessoas, sendo seu grande diferencial a continuidade nos cargos, atravessando, a maior parte deles, toda a gestão Coser (2005-2012), com boa parte sendo mantida na gestão atual. Isso significa que as pessoas que construíram a política, em sua maior parte, são as mesmas que a estão implementando, o que sem dúvida representa a robustez do processo de gestão de pessoas na Prefeitura Municipal de Vitória.

De modo geral, o movimento sindical esteve presente em todas as etapas do processo, seja em relação ao PCCV como um todo, seja especificamente na avaliação de desempenho (AD). A busca de consenso, embora nem sempre obtida, foi a regra em tal processo, em função de algumas questões polêmicas, geralmente com foco no valor da remuneração a ser auferida. Por exemplo: discussões sobre os limites orçamentários (forçados pela Lei de Responsabilidade Fiscal), sobre o peso da autoavaliação em relação à avaliação das chefias ou sobre os percentuais definidos para as progressões.

Aspecto especialmente lembrado nas entrevistas foi a comparação entre o PCCV municipal e os de duas outras entidades no estado: a SES e a Empresa de Serviços Hospitalares Universitários (Ebserh), bem como com o de outras municipalidades. O ineditismo de Vitória é patente, acreditando-se que o processo municipal acabou por influenciar não só a SES, mas também outras prefeituras. O caso da Ebserh, entretanto, é um tanto diferente, por se tratar de uma empresa pública federal.

Todavia, ao se fazer uma análise comparativa de tais planos corre-se o risco de imediatismo e superficialidade, aspectos que têm contaminado a percepção dos trabalhadores e influenciado sua mobilidade entre as instituições em busca de vencimentos supostamente maiores. Chama-se atenção para algumas gratificações pontuais que podem até aumentar o valor do vencimento, mas nem sempre são incorporadas aos planos institucionais, como parece ocorrer na comparação entre o plano da Prefeitura Municipal de Vitória e os de outras instituições. Isso significa que no curto prazo haveria vantagem em se buscar um vencimento maior, mas no longo prazo a proposta de Vitória ofereceria garantias mais efetivas que os

demais casos a ela comparados. Em foco, neste caso especialmente, além da incorporação financeira, a garantia de maiores direitos e a avaliação de desempenho, por exemplo.

A difusão da experiência, com indução de formação de políticas semelhantes, parece ser fato notório não só com relação a outras cidades do estado, mas também com relação à Secretaria de Estado da Saúde (SES). Um interessante mecanismo formal de cooperação horizontal vem sendo desenvolvido sob a liderança da Prefeitura Municipal de Vitória, qual seja, o chamado Fórum da Região Metropolitana, no qual são discutidos temas de interesse comum intermunicipal e não só da política de pessoal.

O incentivo à capacitação é outro fator possibilitado pela política em foco, dada a valorização que se dá aos processos de capacitação na avaliação de desempenho. Neste aspecto, a saúde é, de longe, a área que apresenta maior número de postulantes com titulações – cerca de 30% do total de todas as outras áreas.

DESAFIOS

Apesar dos avanços obtidos com a atual política de gestão de pessoas em Vitória, ainda existem alguns dilemas e pendências a serem superados, presentes de maneira geral na argumentação dos atores envolvidos na experiência.

Aspectos que ainda preocupam e desafiam a administração municipal na gestão do trabalho na PM de Vitória são, entre outros: abstenção ou recusa ao processo de autoavaliação, que afeta em torno de 25% dos servidores; descrédito histórico das políticas para a força de trabalho no âmbito da prefeitura; fatores culturais das chefias, traduzidos como “cultura da cordialidade”; recusa a assumir responsabilidades; mais funcionários comissionados que membros da carreira municipal.

Uma situação ainda preocupante na avaliação de desempenho é a abstenção ou a recusa ao processo de autoavaliação, que afeta em torno de 25% dos servidores, sem tendência de queda aparente. Acredita-se que tal fato seja resultado do descrédito histórico das políticas para a força de trabalho no âmbito da prefeitura, ao que se somam fatores culturais das

chefias – traduzidos como “cultura da cordialidade” –, não assunção de responsabilidades e o fato de muitos funcionários serem “comissionados”, circunstância que eles consideram isentá-los de compromissos com uma gestão mais profissionalizada.

Iniciativas de resgate de credibilidade estão sendo ativadas, principalmente mediante processos de comunicação de diversas naturezas, entre os quais se destaca a Rede Bem-Estar, página da intranet acessada compulsoriamente em todo o sistema informatizado da Prefeitura Municipal de Vitória na qual estão informações atualizadas e pormenorizadas de interesse da força de trabalho de toda a prefeitura.

De toda forma, o processo de avaliação de desempenho da Prefeitura Municipal de Vitória existe há pouco tempo – menos de quatro anos. Desse modo, acredita-se que um maior amadurecimento do processo e da cultura de avaliação possa trazer mudanças positivas e superar as dificuldades ainda presentes.

Sobre os processos de comunicação vigentes, revela-se certo espanto, ou mesmo desalento, com o fato de que – apesar de todo esforço despendido pelos gestores – ainda há obstáculos diversos à penetração da informação e sua adequada interpretação no ambiente de trabalho. Admitte-se que há limitações a serem superadas tanto na emissão da informação quanto na propagação de “ruídos” no cenário. Isso se articula ao quadro bastante visível no ambiente da Mesa de Negociação (MN), no qual os trabalhadores, mesmo admitindo fatores positivos, conferem à atuação da administração o caráter de “rolo compressor”, visão que o corpo técnico rejeita e procura inverter em termos de responsabilidade. Vale ressaltar que uma das demandas dos sindicalistas na MN é justamente o aperfeiçoamento das mídias disponíveis, tendo esse segmento proposto o acréscimo de cartilhas e vídeos a estas.

Entretanto, ainda existem no cenário outras pendências não totalmente equacionadas, por exemplo, dificuldade de liberação dos servidores para cursos pelas chefias imediatas, que alegam prejuízo ao funcionamento dos serviços sob sua responsabilidade, mesmo diante da norma de que os cursos pleiteados devem estar em sintonia com o trabalho efetivamente realizado pelo servidor.

Como pano de fundo, podem ser apontados fatores culturais e simbólicos pouco favoráveis ao processo em curso, tais como rejeição e descrença no processo de avaliação e carência de registro e valorização de informações. Como exemplo citam-se as chefias que pedem a transferência de servidores por suposta desobediência às normas funcionais, mas não são capazes de comprovar tal comportamento; em muitas dessas ocasiões fica demonstrado que os mesmos servidores dos quais se pede o afastamento receberam notas altas em sua avaliação de desempenho.

A adesão pouco entusiástica dos avaliadores também é apontada como fator limitante do processo em razão dos aspectos já comentados, ou seja, vigência de uma “cultura da cordialidade”, tendência ao não registro e resistência ao comprometimento formal com a avaliação. Uma dificuldade adicional neste campo é que muitos dos servidores avaliados possuem vínculos com outras instituições, principalmente a SES, estando apenas cedidos à Sesmu, além da questão dos comissionados, já comentada. A avaliação do servidor cedido esbarra, assim, na incorporação morosa ou mesmo inexistente das informações geradas pelo procedimento de avaliação pela instituição cedente, produzindo resultados práticos muitas vezes decepcionantes tanto em termos de progressão como de punição.

Um aspecto que limita a atual política de gestão do trabalho é a rotatividade e a evasão de servidores em busca de supostos benefícios oferecidos por outras instituições do setor saúde, como a SES e prefeituras. Curiosamente, pode-se dizer que, em muitos casos, a Prefeitura Municipal de Vitória está sendo “vítima de seu próprio sucesso”, considerando que muitas dessas instituições elaboraram seus planos de carreira à imagem e semelhança do de Vitória, embora oferecendo, pelo menos no curto prazo, maiores vantagens aos ingressantes.

A informatização e o uso de tecnologias de informação são considerados ainda incipientes, embora essenciais aos processos de gestão do PCCV. Muitos documentos são tramitados física e manualmente. Da mesma forma, embora os formulários de avaliação de desempenho possam ser baixados da internet, seu preenchimento e seu processamento são inteiramente manuais.

O diferencial de vencimentos, com benefício para algumas categorias, como médicos e dentistas, está sempre presente no cenário e é

objeto de críticas dos trabalhadores, causando nos gestores sentimentos de impotência no que diz respeito a sua resolução. Aspecto associado é que a representação médica não valoriza a Mesa de Negociação e pouco dela participa. Aliás, pode ser assumido um conflito latente na construção da política, que se poderia chamar de “questão médica” (na verdade, em termos locais, médica e odontológica), resultado da diferenciação histórica para mais do vencimento desses trabalhadores em relação ao conjunto, gerando reações de desagrado e busca de mais igualdade.

Outra tensão manifesta é a que ocorre em razão da prevalência de pessoas em cargos comissionados, que mudam a cada passagem de governo, muitas ocupando cargos de chefia. Além da desconfiança neles depositada pelas representações de trabalhadores, do ponto de vista técnico são apontadas, em tal grupo, dificuldades de apreensão e realização de procedimentos relativos à avaliação de desempenho quando na condição de avaliadores.

A consumada imposição de limites financeiros não só aos pisos dos vencimentos como às escalas de progressão no PCCV é fator de contencioso permanente entre a gestão e os trabalhadores. Os gestores esclarecem que esses limites obedecem aos dispositivos da Lei de Responsabilidade Fiscal, enquanto os trabalhadores questionam essa explicação.

Rigidez jurídica e administrativa na solução de pendências observadas no enquadramento, por exemplo em questões de carga horária, além de outras, também é fenômeno destacado por alguns dos entrevistados, deslocando algumas demandas, desnecessariamente, à esfera judicial, quando estas poderiam ser resolvidas no âmbito administrativo interno.

LIÇÕES APRENDIDAS

A experiência de gestão de pessoas na SMS de Vitória traz, sem dúvida, lições importantes a compartilhar, dada a decisão política que a permeou e continua permeando, bem como a duração e a continuidade dos esforços da administração municipal.

Entre outros fatores favoráveis e lições aprendidas na construção da Política de Gestão do Trabalho da Prefeitura Municipal de Vitória podem

ser lembrados: a sustentabilidade obtida no processo de formulação e de implantação da política; a vontade política; a permanência dos quadros técnicos; o papel exercido pela equipe de coordenação; a continuidade do grupo técnico, sua qualificação, capacidade de articulação externa, bem como sua disposição para negociação e adesão à proposta.

Também contribui para o sucesso da política o papel, muitas vezes crítico, da Mesa de Negociação Permanente constituída no município nos últimos anos, em funcionamento contínuo.

Fator favorável lembrado em muitas circunstâncias é a sustentabilidade obtida no processo de formulação e implantação da política, que resistiu incólume à mudança recente de governo, seja pela manutenção de vontade política específica, seja pela permanência dos quadros técnicos.

O papel exercido pela equipe de coordenação, tanto no âmbito geral da Prefeitura Municipal de Vitória quanto na saúde, é outro aspecto favorável, aí se destacando não só a continuidade do grupo técnico, como também sua qualificação, capacidade de articulação externa, disposição para negociação e adesão à proposta.

Presentemente ocorre um trabalho com os chamados “apoiadores”, inspirado nas ideias de Gastão Wagner (Projeto Paideia), no qual pessoas selecionadas nas diversas áreas da administração se encarregam de acompanhar e prestar apoio técnico às unidades e serviços existentes no organograma de Semus. O processo mostra alguns indicadores de sucesso, particularmente nas questões ligadas à gestão do trabalho.

A disposição para negociação e certa “aposta na mudança” são outros fatores arrolados como positivos para o alcance das iniciativas em foco, da mesma forma que a criação de uma escola de saúde no âmbito do órgão gestor, que tem respondido satisfatoriamente às demandas dos servidores por capacitação, potencializadas, sem dúvida, com o advento da nova política de gestão do trabalho na Prefeitura Municipal de Vitória.

Apresenta-se a seguir uma lista sintética das lições aprendidas com a experiência em tela.

- Vontade e capacidade de decisão política são fundamentais.
- Há de se apostar na discussão ampliada com os diversos atores e segmentos envolvidos, particularmente com os trabalhadores.

- Não se faz política de gestão do trabalho apenas com voluntarismo e improviso; há de se ter foco processual e incremental; capacidade de negociação; busca de consensos, valorização e aceitação de permanente aprendizado.
- Os aspectos simbólicos e culturais estão presentes e possuem alta relevância, acarretando a necessidade de trabalhá-los de forma competente e adequada, seja com os trabalhadores, seja com as chefias, as equipes e os agentes políticos.
- Nas mudanças de governo é necessária a articulação dos grupos técnicos e dos trabalhadores com os novos dirigentes, desenvolvendo “boas práticas de transição”.
- Sustentabilidade é fundamental, e seu reconhecimento deve ser buscado e incentivado em termos de negociação, busca de consenso, articulação e exercício de transição.
- Capacitação é um ganho apreciável oferecido pelo processo de avaliação de desempenho, e é preciso incentivá-la cada vez mais, embora a definição de critérios mais precisos de conteúdo ou mérito para liberação de servidores possa ser aprimorada.
- É preciso transformar os instrumentos meramente formais relativos à avaliação de desempenho em reais instrumentos de planejamento de carreiras tanto individual como institucionalmente, de programação de metas, de qualificação de serviços prestados aos usuários e de responsabilização individual e de equipes.
- Os limites financeiros atuais, impostos pela LRF e pelas restrições orçamentárias, devem ser considerados aquém das necessidades, fazendo-se necessária sua ampliação.
- O projeto de apoiadores é bastante promissor e deve ser incentivado e ampliado.

PERSPECTIVAS

A experiência do PCCV de Vitória conduz seus atores mais próximos a perceberem claramente seu potencial de produzir transformações

positivas. Igualmente ela conduz não só seus atores mais próximos como os representantes dos beneficiados e os analistas envolvidos com o estudo a perceberem que o processo desenvolvido ao longo dos últimos anos representou um marcante salto qualitativo na política de gestão do trabalho na municipalidade, passando de mero recrutamento e seleção, de pontualidade das ações e de atendimento a emergências laborais a uma política sistemática como a que se tem hoje. A atual política de gestão abrange os conceitos de carreira, avaliação de qualidade, progressão funcional, proteção ao trabalho, constituição de uma mesa de negociação, além de contar com um setor e uma equipe qualificada para realizá-la. Este é o cenário que certamente há de moldar o futuro da experiência desenvolvida em Vitória.

CRÉDITOS

O registro da experiência “Plano de Cargos, Carreiras e Vencimentos – Secretaria Municipal de Saúde de Vitória” foi realizado por pesquisadores do Laboratório de Inovação (ObservaRH-Nesp/UnB), apoiando-se em documentos produzidos pela SMS de Vitória referentes ao Prêmio InovaSUS, além de depoimentos de pessoas-chave da SMS.

Equipe InovaSUS

- Flávio Goulart – pesquisador do Laboratório de Inovação
- Gessimara Sousa – responsável técnico – InovaSUS – Bahia
- Gerson Flávio da Silva – representante do Ministério da Saúde
- Cristiane Gosch – representante da Organização Pan-Americana da Saúde

Trabalhadores e gestores da SMS de Vitória

Também se creditam os resultados aos trabalhadores e aos gestores da SMS/Vitória, em especial aos entrevistados:

- Ana Beatriz Traba – Mesa de Negociação/Bancada Gestor
- Ana Paula Rabelo Brasil – Secretária Municipal de Saúde – equipe da Avaliação de Desempenho

- Adjane da Silva Vasconcelos – Mesa de Negociação/Bancada Gestor
- Andrea Borjaille – Mesa de Negociação/Bancada Gestor
- Andressa Barcellos de Oliveira – Bancada Sindical
- Cátia Cristina V. Lisboa – Mesa de Negociação/Bancada Gestor
- Eliza Arlete dos Santos – Secretária Municipal de Saúde – equipe da Avaliação de Desempenho
- Fernanda Mayer dos S. Souza – Secretaria de Administração da Prefeitura do Município de Vitória
- Francesca Salazar Frizzera Borges – Mesa de Negociação/Bancada Gestor
- Franciely Fagundes Bof – Secretária Municipal de Saúde – equipe da Avaliação de Desempenho
- Gessimara Sousa – Secretária Municipal de Saúde
- Genoveva Malacarne – Bancada Sindical
- Gina Duarte Vieira – Bancada Sindical
- Guida Miguel Barbosa – Mesa de Negociação/Bancada Gestor
- Jociane Penha da Silva – Mesa de Negociação/Bancada Gestor
- Lara Pedroni Lira – Bancada Sindical
- Olga Maria Pereira Paiva – Bancada Sindical
- Regina Célia Diniz Werner – Mesa de Negociação/Bancada Gestor
- Sílvia Aparecida Beltrane – Mesa de Negociação/Bancada Gestor

III. RELATOS DAS EXPERIÊNCIAS

IMPLANTAÇÃO DO PLANO DE EMPREGOS, CARREIRAS E SALÁRIOS (A EXPERIÊNCIA DA FUNDAÇÃO ESTATAL SAÚDE DA FAMÍLIA – FESF-SUS BAHIA)

O ESTADO DA BAHIA

Na Bahia, os municípios são, em sua maioria, de pequeno porte, mais de 60% deles não passam dos 20 mil habitantes. As dificuldades na área da saúde são grandes e se traduzem por baixa cobertura da atenção básica, insuficiência de profissionais e oferta irregular destes, além de alta rotatividade e instabilidade das equipes de saúde. Fatores adicionais podem ser arrolados, como a elevação artificial dos salários, a flexibilização irregular de cargas horárias, a relação concorrencial predatória entre os municípios na disputa por profissionais, tudo isso resultando em grande iniquidade no sistema de prestação de serviços públicos de saúde. Levantamento realizado em 2007 mostrou vínculos trabalhistas temporários em Saúde da Família de 97% dos médicos e 85% de dentistas e enfermeiros, com 70% das relações de trabalho, em média, sem garantia dos direitos ou vínculos terceirizados.

APRESENTAÇÃO

A experiência da Fundação Estatal Saúde da Família da Bahia objetivou envidar esforços em direção à desprecarização dos vínculos de trabalho dos profissionais da Estratégia de Saúde da Família, à expansão, à

interiorização e à ampliação da cobertura da ESF, além da melhoria da qualidade das ações, dos serviços e da gestão da atenção básica.

ANTECEDENTES E CONTEXTOS

Visando a atenuar e a corrigir algumas dessas distorções, a Secretaria Estadual da Saúde da Bahia vem propondo e implementando um conjunto de iniciativas, entre as quais se destaca a criação da Fundação Estatal Saúde da Família (FESF-SUS), constituída a partir de maio de 2009.

A FESF-SUS da Bahia representa uma iniciativa endossada, à época, por 69 municípios, como órgão público, intermunicipal, integrante da administração indireta do estado, sem fins lucrativos, de interesse coletivo e dotado de personalidade jurídica de direito privado. Os objetivos estratégicos da FESF-SUS foram enunciados como: desprecarização dos vínculos de trabalho dos profissionais da Estratégia de Saúde da Família; expansão, interiorização e ampliação da cobertura da ESF; além da melhoria da qualidade das ações, dos serviços e da gestão da atenção básica. Entre os dispositivos criados para atender tais objetivos destacam-se especialmente:

- criação de um Plano de Empregos, Carreiras e Salários (PECS) da FESF-SUS como sistema de evolução funcional, cuja estrutura de empregos abarca seis diferentes grupos salariais, permitindo a contratação e a mobilidade dos servidores pelas diversas unidades; abrange progressão por antiguidade e mérito na carreira, gratificação por titulação de acordo com critérios preestabelecidos e estabilidade interna e externa, com foco em uma carreira celetista;
- estabelecimento de critérios de remuneração com o intuito de garantir a qualidade e a regularidade da atenção à saúde em todos os municípios e a todas as regiões e grupos populacionais circunscritos; manutenção ao máximo do trabalhador na mesma equipe, possibilitando a construção de vínculo com a comunidade; fomento do empenho dos trabalhadores para o

- alcance das metas e dos resultados almejados; transformação das práticas que impactam a saúde da população;
- composição da remuneração dos profissionais com fundamento em: salário base, gratificação por metas e resultados (produção e qualidade mensal) de até 50% do salário base dos médicos e até 20% do salário base dos demais profissionais, mediante metas pactuadas periodicamente entre a gestão e os trabalhadores;
 - adicional de localização: faixas relacionadas a fator de atração e fixação, correspondendo a até 100% da remuneração base dos profissionais, porém dependendo dos indicadores socioeconômico-sanitários do município e de suas condições e resultados para a atração e a fixação, conforme o mercado de trabalho de cada profissão, território e lugar específico, compondo 11 faixas inversamente proporcionais, de forma que se garanta a presença de profissionais mesmo nos municípios com os indicadores mais baixos;
 - evolução funcional e pecuniária do PECS mediante progressão por mérito, antiguidade e titulação.

Assim, uma política de vantagens remuneratórias foi estabelecida, na qual estiveram presentes adicionais, gratificações e prêmios como parte variável da remuneração, com pagamento condicionado à observância de determinados critérios: condições especiais de trabalho; exercício de funções estratégicas de gestão; atividade relacionada à formação e à qualificação profissional; gratificação relacionada a resultados vinculados a metas qualitativas e quantitativas e ao cumprimento das obrigações contratuais, administrativas e técnicas; prêmio vinculado a projetos e metas institucionais qualitativas e quantitativas contratualizadas com o empregado, as equipes e/ou os serviços.

A implementação deste PECS deu-se com o engajamento de representantes do Ministério da Saúde, da Sesab e dos municípios instituidores, compondo uma Comissão de Instituição da Fundação Estatal Saúde da Família, que também contou com o apoio de consultorias técnicas individuais contratadas pela Sesab, com foco na elaboração da proposta da

carreira, na análise do mercado de trabalho e na análise do impacto dos custos com projeção de cinco anos.

Um Conselho Curador (COC) da FESF-SUS foi criado com o *status* de órgão deliberativo de direção superior, controle e fiscalização, composto por representantes dos municípios, do governo do estado, dos trabalhadores, do Conselho Estadual de Saúde, do Conselho de Secretários Municipais de Saúde e das universidades. Entre as atividades desse colegiado figuraram a aprovação do PECS e respectivas revisões para adequações pontuais e atualização dos quadros descritivos dos empregos.

O PECS, desde então, passou a ser objeto prioritário de discussão no processo de negociação coletiva com os sindicatos representantes dos trabalhadores da FESF-SUS.

COMPREENDENDO A EXPERIÊNCIA DO PECS DA FESF-SUS

Eixo 1 – Potencial da iniciativa

O potencial da iniciativa é considerado de grande amplitude, tendo como componentes principais o estabelecimento de uma carreira de abrangência estadual, celetista, com vantagens remuneratórias, oferta de segurança jurídica e mobilidade para os trabalhadores.

O controle ou a atenuação do mercado predatório, bem como da instabilidade das equipes e das relações precárias de trabalho; a constituição de uma regulação pública, transparente e democrática da seleção, da distribuição, da mobilização, da formação, da educação, da progressão, da avaliação e da remuneração dos trabalhadores de saúde eram aspectos que faziam parte dos objetivos da criação da FESF-SUS. Possibilitou-se, assim, maior investimento na força de trabalho em saúde, reconhecendo e garantindo os direitos trabalhistas, com mais segurança institucional; a democratização da participação nas decisões relacionadas à gestão do trabalho e da educação na saúde; a valorização da carreira de saúde da família, com prioridade para a formação e a educação permanente, além da satisfação dos trabalhadores; a fixação profissional com maior longitudinalidade e qualidade do cuidado, vínculo com os usuários e comunidade, consolidação do trabalho em equipe; a qualificação da gestão do processo

de trabalho e da educação no trabalho em saúde no âmbito municipal, possibilitando avanços na transformação efetiva do modelo tecnoassistencial. Expectativa adicional é que ocorra caráter multiplicador na ampliação da oferta e da mobilidade dos trabalhadores entre os postos de trabalho, favorecendo, assim, as políticas de promoção da equidade em saúde.

Entre as expectativas primordiais foi considerada também a possibilidade de participação efetiva do governo federal no convênio de cooperação técnica firmado entre municípios e o governo do Estado da Bahia, incrementando a participação no financiamento da FESF, demandando serviços e participando dos mecanismos de gestão compartilhada da Fundação.

Eixo 2 – O momento atual

As atividades mais recentes da FESF-BA (setembro de 2014) são diferentes das atividades da proposta original, com a atuação central na estratégia de SF substituída por ações diversificadas ligadas às necessidades e aos programas diversos da SES, tais como: domiciliar, telessaúde, arquitetura hospitalar, hospitais de pequeno porte (HPP), regulação de leitos hospitalares, apoio à qualidade e ao acesso na atenção básica, além de viabilização de outros programas, tais como Unasus, E-Sus, Melhor em Casa, Rede Humanização, Baixo Sul e Residência Multiprofissional em SF.

Mantém-se o apoio à melhoria do acesso e da qualidade na atenção básica, além de estratégias de desenvolvimento regional, sem ocorrer, entretanto, na contratação extensiva de equipes de Saúde da Família em municípios, como cogitado inicialmente. Nesse sentido, há distância entre as propostas originais de desenvolvimento de carreira em SF, despreciação e apoio a municípios em troca de atividades de apoio à própria SES BA, na verdade substitutivas de ações típicas desta.

Diante de um panorama de instabilidade na relação com os municípios, com diversas dificuldades na adesão e na adimplência destes, optou-se pela diversificação de ações da FESF como estratégia de sobrevivência da instituição.

O chamado Projeto Baixo Sul, um dos focos atuais de atuação da FESF-SUS, tem priorizado atividades de apoio e supervisão de contrata-

dos, com foco no desenvolvimento regional e na tentativa de ser um laboratório para eventual replicação de atividades da FESF, mediante promoção de governança e convergência regional de variadas instituições dentro de uma proposta de ação intersetorial.

Na visão dos interlocutores, os gestores municipais não estavam acostumados à responsabilização e à priorização de ações, tendo seu raciocínio político distante das evidências e de algum impacto epidemiológico, com um controle social muito débil. Daí a manutenção do *status quo* – e não a mudança qualitativa – ter sido a regra geral.

AVANÇOS

Os percalços, os objetivos não atendidos até o momento e as mudanças de rumo nos propósitos da FESF-SUS Bahia não chegaram a impedir ganhos diversos com a experiência, e certamente muitas lições foram possíveis. Chama atenção, preliminarmente, a ênfase e o investimento colocados em processos de governança integrada, múltipla e solidária, que vem se mantendo, em que pese a baixa adesão atual dos municípios. Isso tem sido possibilitado, e mesmo garantido, por um Conselho Curador bastante efetivo e de atuação constante, cuja composição, diga-se de passagem, não se apoia em nenhuma proposta de “paridade” entre seus membros, tão ao gosto das instâncias do SUS.

Aspecto positivo destacado pelos interlocutores foi a ampliação dos processos de negociação coletiva com os sindicatos, considerados muito férteis, inclusive nas contribuições a revisões futuras do PECS, oportunidades incrementadas especialmente a partir da instalação de uma mesa local de negociação permanente do FESF-SUS, nos moldes da mesa nacional e como base local da mesa estadual.

Marca quantitativa importante é a realização, nos dois anos iniciais da implantação da FESF-SUS, de dois concursos públicos (um para todos os empregos e outro apenas para médicos e contadores), com grande procura dos candidatos (mais de 13 mil trabalhadores inscritos).

Um possível ganho da Sesab em sua parceria com a FESF-SUS tem sido as mudanças na capacidade de gasto desta última, que está menos

burocrática e mais ágil e eficiente do que o correspondente na administração direta.

Outro facilitador foi a criação de uma entidade nacional de fundações assemelhadas à FESF-SUS – a Associação Nacional de Fundações Estatais de Saúde (Anfes), presidida em agosto de 2014 por Carlos Trindade, também presidente da FESF-SUS. Ela é uma associação de direito privado, sem fins lucrativos, apartidária, instituída em 2013, de caráter organizacional e assistencial que congrega fundações estatais de direito privado do Brasil com atuação na prestação de serviços de saúde pública, com finalidade geral de promover seus interesses políticos, econômicos, jurídicos, normativos e institucionais.

A fala de um dos entrevistados mostra um panorama do estado da arte relativo aos avanços obtidos, conforme se vê a seguir:

Tem uma coisa que faz com que a Fundação vá mudando de acordo com a conjuntura. Esse deslocamento é contínuo, porque nosso papel não é ser o estado, o município ou o trabalhador. No mínimo ela vai ser um centro de inovação. Nossa missão é ser um passo à frente. Os fundamentos da Fundação persistem, por mais que a realidade não seja favorável. É necessário fazer a fala que o sentido da Fundação volte o tempo todo. A gente não se furta de fazer a luta. Ela é uma realidade conjuntural que mantém a mira na estrutura.

DESAFIOS

A FESF-SUS pode ser considerada, conforme um de seus gestores avaliou em entrevista, uma “solução conjuntural para problemas estruturais”, levantando, ainda, uma questão que não quer calar: se sua atuação interessaria, de fato, aos gestores municipais.

Com efeito, a iniciativa talvez pague o preço de uma autêntica e profunda ruptura política, extremamente difícil de se completar. Desse modo, o sentimento corrente é que desprecarizar relações de trabalho e instituir uma cultura de “carreira” na saúde constituem processos complexos e onerosos para os municípios, motivo de muitas dissidências, o que conduz os mentores e os gestores da iniciativa à necessidade de “pensar

macro”, dados os limites estruturais, que devem ser mais bem conhecidos e contornados.

Há de se admitir que existe, de fato, um cenário no qual imperam forças contrárias ou desestabilizadoras, com os ingredientes de descontinuidade, instabilidade, gestão precária, desresponsabilização, além da fragilidade do financiamento e da consolidação ainda bastante precária da FESF-SUS.

A história da iniciativa em tela pode ser representada como um movimento de “sístoles e diástoles”. Um dos entrevistados afirmou que a FESF-SUS talvez seja um projeto a ser consolidado ao longo de vários anos, pois seria muito avançado para o momento presente, com referência especialmente ao financiamento e à cultura de gestão compartilhada.

Percebe-se que houve uma mudança de foco nas atividades desenvolvidas pela FESF-SUS BA, sendo suas ações centrais substituídas por ações diversificadas, ligadas às necessidades e aos diversos programas da SES (internação domiciliar, telessaúde, arquitetura hospitalar, hospitais de pequeno porte, regulação de leitos hospitalares, entre outros). Diante de tais mudanças observa-se uma predominância de funcionários contratados em regime temporário, onde apenas um terço dos contratados atuais (setembro de 2014) fazem parte, efetivamente, de uma carreira típica e formal.

Os aspectos anteriormente citados colocam no cenário o tema da relação entre FESF-SUS e Sesab, traduzido em termos gerais pela dicotomia entre “somar-se ou antepor-se”. As mudanças recentes, que sem dúvida colocam a FESF-SUS em posição subsidiária em relação ao gestor estadual, podem conter o risco de se criar uma distorção, com a Fundação presente e permanente, mas desviada de suas funções originais, o que se lastima, por ser esta uma construção recente, inacabada e já correndo perigos tão graves.

Em contraposição a tais riscos, também deve ser levado em conta o fato de a FESF-SUS já existir há cinco anos e trilhar um caminho bem demarcado e estabelecido, o que dá uma relativa segurança em relação à sua continuidade. Por sua vez, a Sesab tem dificuldades em desenvolver, por exemplo, processos educativos para sua força de trabalho, situação que vem sendo tratada com mais eficiência pela Fundação, que já faz ofer-

tas integradas para os municípios de diversos serviços. Segundo seu presidente, a parceria com a Sesab vem para fortalecer e diversificar a atuação da FESF-SUS, não para enfraquecê-la.

Mesmo com as mudanças em curso, há de se admitir que é mantido o apoio à melhoria do acesso e da qualidade na atenção básica, além de estratégias de desenvolvimento regional, sem ocorrer, entretanto, a contratação extensiva de equipes de Saúde da Família em municípios, como cogitado inicialmente. Assim, há distância entre as propostas originais de desenvolvimento de carreira em SF, despreciação e apoio a municípios em troca de atividades de apoio à própria Sesab, na verdade substitutivas de ações típicas desta.

O argumento para tais mudanças, apresentado pelos gestores da FESF-SUS, é que, diante de um panorama de instabilidade na relação com os municípios, com diversas dificuldades na adesão e na adimplência destes, optou-se pela diversificação de ações da FESF-SUS como estratégia de sobrevivência da instituição.

Fatores diversos corroboraram para a constituição desse quadro, como, por exemplo, a expectativa frustrada de que o governo federal, por intermédio do Ministério da Saúde, participasse do financiamento,, além da Sesab e dos municípios, o que de fato não aconteceu.

A questão interfederativa é outro complicador apontado, resultando em que a FESF-SUS estaria atuando dentro de um “vazio” institucional, com administração “duas vezes indireta”, enfrentando a permissividade tradicional da atuação das municipalidades, principalmente nas relações de trabalho, em cenários de forte “privatização” da política com marcantes dificuldades em fazer valer a lei, associado a autoritarismo e centralização, além de baixo conhecimento sobre o SUS em geral.

Foco de ação presente é o Projeto Baixo Sul, no qual se tem priorizado atividades de apoio e supervisão de contratados pela Fundação, com ênfase no desenvolvimento regional. Tem-se buscado que esse Projeto seja um laboratório para eventual replicação de atividades da FESF-SUS, mediante promoção de governança e convergência regional de variadas instituições, dentro de uma proposta de ação intersetorial.

Em síntese, os desafios atuais da atuação da FESF-SUS são atribuídos a uma série de fatores, dentro de um panorama social e político

no qual a Fundação não viu reconhecida sua importância e identidade. Entre tais desafios pode ser destacado o fato de os gestores municipais não estarem acostumados à responsabilização e à priorização de ações, pois seu raciocínio político está distante das evidências e de algum impacto epidemiológico, gerando um controle social muito débil. Daí que a manutenção do *status quo* – e não a mudança qualitativa – ter sido a regra geral no ambiente da gestão municipal.

Deve-se levar em conta também que a implementação de um PECS de tal proporção e com tamanha carga inovadora não é isenta de conflitos, como, por exemplo, aqueles relativos a critérios de qualidade e produtividade para se auferir vencimentos, o que acaba sendo uma discussão central e foco de acirrada polêmica. Nesse contexto, o objeto central primitivo (atenção básica) não é considerado prioritário no cenário dos municípios e dos tomadores de decisão em geral, sendo um tema marginal, como, aliás, a própria imagem do SUS.

São complexas e por vezes contraditórias as relações da FESF-SUS com os sindicatos, nas quais, embora se reconheçam ganhos, há frequentes demandas por mais concessões, aspecto sem dúvida potencializado pelo ambiente receptivo às demandas e às negociações no âmbito da Fundação. Entretanto, acima de tudo se admite que, tendo os acordos coletivos como regra, embora em ambiente de conflito, isso tem possibilitado o crescimento e a qualificação do próprio movimento sindical.

A FESF-SUS poderia estar sendo “vítima de seu próprio sucesso”, por ter colocado “todas as suas fichas na mesa de uma só vez”, em ambiente social em que “fazer as coisas direito é muito difícil”, além da presença de gestores municipais mal qualificados.

É forte a insegurança quanto à sucessão política na Bahia (agosto de 2014), trazendo ao horizonte próximo a seguinte questão: “O que será da FESF-SUS?”, em um ambiente marcado por certo sentimento de fragilidade quanto à sustentabilidade da proposta, mesmo na versão atual “reparadora”, distante da formulação original. Admite-se que, mesmo com o Conselho Curador atuante, como no momento, tais riscos existiriam.

Sem dúvida, no cenário existem muitas debilidades e pendências, entre as quais podem ser destacadas: alta dependência financeira da Sesab, o que é diferente da proposta original; forte defecção de profis-

sionais, com causas ainda a esclarecer, possivelmente pela busca de flexibilização de jornadas, cargas horárias, responsabilidades, vencimentos, entre outras; concorrência das novas políticas para a atenção básica no país, como o Provac e o programa Mais Médicos; no âmbito interno, o reconhecimento de que a proposta em vigor de gratificação por qualidade no trabalho (GPQ) tem ainda limitações, por estar sendo conferida difusamente, tendo assim papel mais de reposição salarial do que de recompensa pela qualidade do que é produzido.

Outro ponto de conflito é que a carreira da FESF-SUS mostra em relação às carreiras (ou *status quo*) dos funcionários municipais diferenciais de salários e vantagens importantes, de forma favorável aos trabalhadores da Fundação. Nesse sentido, propostas de carreiras estariam sendo fatores geradores de dicotomias e conflitos, ao invés de aplacá-los. Tal conflito repercute também nos conselhos municipais, mas de modo contrário: as vantagens dos servidores municipais sobrepõem-se às dos demais.

O federalismo real brasileiro é um fator a mais nas dificuldades, com as características relações autoritárias entre entes, além de autonomia e cultura diferenciada. Desse modo, a FESF-SUS atua como instituição “entre” níveis de governo, com características especiais no cenário e necessidades de adaptação diferenciadas, nem sempre possibilitadas pelo panorama legal e normativo vigente.

A gestão compartilhada, seja entre entes federativos seja entre os diversos atores sociais no cenário da saúde, ainda pode ser considerada um tema que merece aperfeiçoamento e ampliação do debate, embora sejam reconhecidas a qualidade e a profundidade do que já foi feito.

LIÇÕES APRENDIDAS

Em síntese não exaustiva, podem ser destacados alguns ensinamentos decorrentes da experiência da FES-SUS, a saber:

- especificamente na capacitação da força de trabalho, colocação no cenário de propostas de estabelecimento de parcerias para garantia de qualificação, inclusive pós-graduação, como outro fator diferencial;

- o impacto da ação da FESF-SUS sobre serviços e indicadores é considerado real, mediante mudanças culturais positivas nos municípios, ao se contrapor à informalidade das relações de trabalho, não responsabilização dos gestores, não valorização da qualificação de servidores, com envolvimento e responsabilização da força de trabalho em tais processos;
- criação de uma “nova institucionalidade” na área da saúde, com práticas de gestão compartilhada, responsabilização, apoio institucional (supervisão), etc.;
- certeza de que não compete à FESF-SUS assumir o papel de gestor do SUS, pois além de carecer de tal obrigação legal ela não está preparada para tanto, embora se reconheça que no cenário atual nem o gestor estadual nem os gestores municipais, no geral, estão preparados para essa tarefa;
- diante do dilema constituído por uma partida de um “ponto zero”, com transição rápida ao muito complexo e diferenciado na gestão da saúde, reconhece-se que, da utopia à realidade, a experiência já mostra caminhos, o que pode ser traduzido pela expressão de um dos participantes: “A atuação da Fundação é uma espécie de *do-in* na realidade, com provocação de mudanças reais”;
- fica claro, ainda, que a superação das dificuldades atuais passa pela ampliação do diálogo, no que a atuação do Conselho Consultivo é fundamental, sendo necessário também incluir novos atores nas discussões;
- em relação ao objeto central da análise em tela, ou seja, a construção de um PECS, há de se admitir que este já carece de atualização, e esta deve ser permanente;
- devem ser valorizadas também algumas experiências geradas no âmbito da FESF-SUS, citando-se, em especial, o Prêmio de Inovação e Qualidade (PIQ), que acontece no mínimo uma vez ao ano e capta experiências identificadas pelos próprios trabalhadores como inovadoras.

Ocorrem ainda programas interessantes e de possível potencial de replicação, entre eles, a Praça Virtual, uma estratégia de comunicação

interna; o PIQ, voltado para inovação e qualidade; o Banco de Talentos, com forte foco na inovação dos processos de trabalho internos. Projeto também importante é a Formação Inicial do Trabalhador (FIT), com ações de acolhimento, com formação associada de tutores.

PERSPECTIVAS

A principal marca da FESF-SUS BA talvez seja a instituição de uma cultura de gestão da força de trabalho em saúde, com diversos componentes, tais como: progressão funcional, respeito aos direitos dos trabalhadores, mobilidade e estabilidade.

Como marca das mudanças capazes de trazer repercussões favoráveis no futuro, podem ainda ser citadas: a política consistente de vencimentos; a diferenciação qualitativa dos processos de trabalho mediante gestão por resultados, contratualização e metas de trabalho; a educação e a capacitação permanentes; o processo de apoio institucional; os processos seletivos qualificados.

Outro possível ganho marginal dos contratos com os municípios, mesmo quando encerrados, é o fato de parte do capital humano permanecer na área, embora com outras formas de contratação, acarretando o sentimento de que a desprecarização das relações de trabalho passa a ser valor para os trabalhadores em seu conjunto.

CRÉDITOS

O registro da experiência “Plano de Empregos, Carreiras e Salários – FESF da Bahia” foi realizado por pesquisadores do Laboratório de Inovação, apoiando-se em documentos produzidos pela FESF da Bahia, relativos ao Prêmio InovaSUS, além de depoimentos de pessoas-chave da FESF da Bahia.

Equipe InovaSUS

- Flávio Goulart – pesquisador do Laboratório de Inovação
- Estevão Toffoli Rodrigues – responsável técnico – FESF – Bahia
- Gerson Flávio da Silva – representante do Ministério da Saúde
- Cristiane Gosch – representante da Organização Pan-Americana da Saúde

Trabalhadores e gestores da FESF/Bahia

- Adeilda Ananias de Lima – técnica suporte Telessaúde
- Aline Pinheiro de Carvalho – gestora de serviço – Regulação
- Carlos Alberto Trindade – Diretor da FESF-SUS BA
- Estevão Toffoli Rodrigues – Diretor de Gestão de Serviços – Fundação Estatal Saúde da Família – FESF – Bahia
- Fábio Oliveira – apoiador institucional
- Fernanda Freaza – gestora do escritório de projetos
- Graça Ávila – apoiadora institucional
- Gustavo Sperandio Barros – apoio institucional
- Grace Fátima Souza Rosa – gestora de núcleo
- José Santana – Secretário-Executivo
- Luana Cassia F. Miranda – técnica suporte Telessaúde
- Marcelo Rios Lopes – apoio institucional
- Maria Inez Morais Alves de Farias – gestora de serviços – PNH
- Paula Caroline Gonçalves Evangelista Herrera – gestora pedagógica – Unasus
- Renata Preza – jornalista FESF-SUS
- Romeu Viana Reis – apoio institucional
- Sheilla Carla Neves – gestora de serviço – Camaçari
- Telma Dantas T. de Oliveira – gestora de serviços – Unasus
- Terezinha Ferreira da Silva – apoiadora da MNNP-SUS/Ministério da Saúde
- Vania Priamo – gestora Núcleo de Implantação de Serviços (NIS)

III. RELATOS DAS EXPERIÊNCIAS

PLANO DE CARGOS, CARREIRAS E SALÁRIOS – A EXPERIÊNCIA DA SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE DE MATO GROSSO NO SUS

MATO GROSSO

O Estado de Mato Grosso está localizado na Região Centro-Oeste. Tem a porção norte de seu território ocupada pela Amazônia Legal. Está organizado em 22 microrregiões e cinco mesorregiões, dividindo-se em 141 municípios. Cuiabá é, além de capital, o município mais populoso do estado.

APRESENTAÇÃO

A experiência da Secretaria Estadual de Saúde de Mato Grosso tem como foco a instituição da carreira como instrumento de gestão com o seguinte objetivo: organização dos cargos e adoção de instrumentos gerenciais de política de pessoal integrados ao planejamento e ao desenvolvimento organizacional.

A Lei Complementar nº 441, emitida em 24 de outubro de 2011, instituiu a carreira dos profissionais do SUS da SES no Estado de Mato Grosso. Esta lei estabelece as atribuições dos cargos, os princípios e as regras de habilitação para provimento, formação e qualificação profissional, saúde do trabalhador, gestão do conhecimento, avaliação de desempenho, progressão e remuneração pertencentes à carreira dos profissionais do SUS-MT.

ANTECEDENTES

O primeiro Plano de Carreira, Cargos e Salários para os profissionais do SUS-MT teve sua comissão instituída em 1990. A partir daí modelos diferenciados de PCCS foram construídos para o Estado de Mato Grosso. Uma linha do tempo pode ser traçada, como se vê a seguir.

- 1990: Em cumprimento às Leis Federais nºs 8.080/1990 e 8.142/1990, o governo do Estado de Mato Grosso instituiu a Comissão para Sistematização do 1º Plano de Carreira, Cargos e Salários para os profissionais do SUS-MT, por meio da Lei nº 6.170/1993, tendo como parâmetro a Lei nº 5.983/1992, que normatiza a estruturação das carreiras do estado em toda a administração.
- 1994: Neste ano é extinta a Fundação de Saúde do Estado de Mato Grosso (Fusmat), pela Lei nº 1.235, de 17/02/1992; o quadro de trabalhadores da carreira e toda a estrutura organizacional são transferidos para a SES, e o quadro de comissionados foi remanejado segundo a necessidade da Administração Pública do Estado.
- 1999: Constituição Estadual de Mato Grosso de 1999 – Desenvolvimento de Recursos Humanos em Saúde – inciso II – artigo 221.
- 2000: Avaliação da Política de Saúde de Mato Grosso 1995-1998 – Diretriz 6 – Política de Recursos Humanos: I – texto de apoio, II – avaliação do grupo de discussão; Criação do PCCS dos Trabalhadores do SUS do nível estadual com a Lei nº 7.360 de 14/12/2000. Dispõe sobre a Carreira dos Profissionais do SUS e dá outras providências, bem como desfralda a política remuneratória na forma de subsídio; Nomeações do Concurso Público de 1999.
- 2004: A Lei nº 7.360/2000 foi revogada pela Lei nº 8.269/2004, que instituiu a Carreira dos Profissionais do SUS do Poder Executivo do Estado de Mato Grosso e dava outras providências; além disso, definiu que a SES-MT tem entre suas principais funções a definição de políticas, o assessoramento aos

municípios, a programação, o acompanhamento e a avaliação das ações e atividades de saúde.

- 2011: A Lei nº 8.269/2004 foi revogada pela Lei nº 441/2011.

O PROCESSO DE CONSTRUÇÃO DO PCCS

O Ministério da Saúde (MS) institucionalizou diretrizes para a elaboração e/ou reformulação de planos de carreira, cargos e salários no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), pelo Protocolo nº 06/2006, culminando com o advento da Portaria nº 1.318/GM/MS 2007, com investimentos pelo MS para especializar e potencializar saberes de trabalhadores e gestores.

Com a realização do Curso Internacional de Política de RH para o SUS (Ensp/Fiocruz, 2007), aconteceu uma reunião do Departamento de Gestão e Regulação do Trabalho em Saúde (Degerts) com a Superintendência de Gestão de Pessoas (SGP) e a Escola de Saúde Pública de Mato Grosso (ESPMT,2008) para analisar o PCCS-SES-MT então vigente. Dessa forma, inicia-se o processo de negociação interna de revisão da Lei nº 8.269/2004.

Com a publicação da Portaria nº 02/2009/GBSES constituiu-se um grupo de trabalho (GT) composto de forma paritária, sendo 50% de representantes da gestão e 50% de trabalhadores, indicados pelo Sindicato da Saúde e do Meio Ambiente de MT (Sisma), para estudar, revisar e alterar a referida lei de carreira, conforme preconizam as diretrizes do MS para a criação de PCCS no Protocolo nº 06/2006, no âmbito do SUS.

Assim, em atendimento às diretrizes nacionais e em consonância com os princípios básicos do SUS (equidade, universalidade, integralidade dos serviços e acessibilidade), o Estado de Mato Grosso, pela SES-MT, na SGP, vem implementando ações de melhorias nos processos de trabalho e de valorização dos trabalhadores do SUS, o que reflete na melhoria dos serviços de saúde.

ESTUDO DE IMPACTO FINANCEIRO E VIABILIDADE ECONÔMICA

Com base no estudo de impacto financeiro e viabilidade econômica foram estimados gastos na ordem de R\$ 58.350.093,46, R\$ 61.315.087,28 e R\$ 64.074.266,21 para os anos de 2011, 2012 e 2013, respectivamente.

Para tanto, considerou-se um aumento médio para os quatro cargos da carreira na seguinte ordem: 5% para o cargo de profissional técnico de nível superior do SUS; 12% para o cargo de técnico do SUS; 30% para o cargo de assistente do SUS; e 42% para o cargo de apoio de serviços do SUS.

A composição da tabela considerou um incremento no subsídio de 40% entre as classes "A" e "B", 15% entre as classes "B" e "C", 22% entre as classes "C" e "D" para nível superior; 20% entre as classes "A" e "B", 25% entre as classes "B" e "C", 35% entre as classes "C" e "D" para os demais cargos. Entre cada um dos 12 níveis da tabela ocorreu um incremento médio de 4%.

Os valores projetados para revisão do PCCS foram previstos na Lei Orçamentária Anual (LOA), na Lei de Diretrizes Orçamentárias (LDO), no Plano Plurianual (PPA) e no Plano de Trabalho Anual (PTA).

COMPREENDENDO A EXPERIÊNCIA DO PCCS DE MATO GROSSO

Eixo 1. Carreira única (Lei nº441)

A carreira dos profissionais do Sistema Único de Saúde do Estado de Mato Grosso é única, abrangente, multiprofissional e desenvolve-se de acordo com os padrões que integram as áreas de abrangência e/ou de atuação do Sistema Único de Saúde (Art. 5º.).

Quadro de pessoal

O quadro de pessoal constitui-se de servidores efetivos e estáveis do serviço público estadual (áreas de auditoria, gestão, atenção à saúde, ensino, pesquisa e extensão, informação e comunicação, fiscalização, regulação, vigilância em saúde, produção, perícia, apoio e infraestrutura), integrando também os cargos de provimento em comissão, função de confiança e contratos temporários (Art. 6º.). A investitura nos cargos de

provimento efetivo da carreira é realizada por meio de aprovação prévia em concurso público de provas/títulos (Arts. 7º e 14).

Constituição da carreira

A carreira dos profissionais do Sistema Único de Saúde é constituída de quatro cargos: I – profissional técnico de nível superior em serviços de saúde do SUS; II – profissional técnico de nível médio em serviços de saúde do SUS; III – profissional assistente de nível médio em serviços de saúde do SUS; IV – profissional de apoio em serviços de saúde do SUS (Art. 8º).

A série de classes de cargos que compõem a carreira se estrutura em linha horizontal de acesso, em conformidade com a titulação, a habilitação e o perfil profissional ou ocupacional – classes A, B, C e D (Art. 10).

Movimentação de carreira

A progressão horizontal dar-se-á de uma classe para outra imediatamente superior à que o servidor ocupa, na mesma série de classes do cargo, mediante comprovação da formação em níveis escolares ou qualificação na área de atuação ou de abrangência do SUS, observando-se o cumprimento do interstício mínimo de três anos da classe A para a classe B, mais três anos da classe B para a C, e cinco anos da classe C para a D (Art. 12).

Progressão vertical

A progressão vertical dar-se-á de um nível para outro imediatamente superior ao que o servidor ocupa da mesma classe, desde que: I – aprovado em processo anual específico de avaliação de desempenho; II – cumprido o interstício de três anos (Art. 13).

Eixo 2. Sistema de remuneração

Sistema de remuneração de carreira

O sistema de remuneração de carreira estrutura-se por meio de tabelas remuneratórias contendo os subsídios fixados em razão da natu-

reza, do grau de responsabilidade e complexidade e dos requisitos exigidos para o provimento nos cargos da carreira (Art. 39). O sistema de remuneração de carreira é estabelecido por meio de subsídio, fixado em parcela única (Art. 40).

Para que se possa compreender melhor o que significa remuneração por subsídio, o conceito utilizado é o seguinte: “Nova modalidade de retribuição pecuniária paga a certos agentes públicos, em parcela única, sendo vedado o acréscimo de qualquer gratificação, adicional, abono, prêmio, verba de representação ou outra espécie remuneratória” (CUNHA JR., 2002).

A Constituição Federal, no § 3º do Art. 39, permite o acréscimo ao subsídio de certas gratificações, indenizações e determinados adicionais, como a gratificação de natal, os adicionais de férias, de serviços extraordinários, as diárias, as ajudas de custo e o salário-família.

Além do subsídio, os profissionais do SUS em Mato Grosso poderão receber alguns adicionais de remuneração aos quais o trabalhador faz jus (referentes a plantão, insalubridade, trabalho noturno, sem prejuízo das demais verbas previstas em lei (Art. 43): a) jornada de trabalho em regime de plantão, adicional devido na razão de 5% por plantão, observando-se as seguintes especificidades da lei: carga horária de 20 horas – até sete plantões; 30 horas – até dez plantões; e 40 horas – até 14 plantões de 12 horas (Art. 46); b) insalubridade, adicional concedido a servidores em exercício, assegurado de acordo com o grau a que estejam expostos, variando de 10% a 40% (mínimo – 10%, médio – 20% e máximo – 40%) do dobro do menor subsídio da carreira dos profissionais do SUS (Art. 50); c) trabalho noturno, adicional concedido ao servidor que realizar suas atividades em horário compreendido entre 22 horas de um dia e 5 horas do dia seguinte, com valor hora acrescido de mais 25%, computando-se cada hora como 52 minutos e 30 segundos a título de adicional por trabalho noturno (Art. 54); d) Regime Extraordinário de Trabalho (RET), ou seja, jornada especial que, pelas características e peculiaridades das atividades a serem executadas, decorrentes de imperiosa, temporária e comprovada necessidade do serviço, exija disponibilidade do servidor para cumprimento de jornada de trabalho semanal de 40 horas (Art. 55), sendo válido apenas para os servidores que cumprem jornada de 30

horas semanais (Art. 56) e não ultrapassando o limite de 5% do valor bruto mensal da folha de pagamento dos servidores da ativa SES-MT (Arts. 57 e 58). Os adicionais previstos não poderão ser incorporados ao subsídio (Art. 44).

Eixo 3. Segurança e saúde do trabalhador

Na Secretaria Estadual de Saúde SES-MT, as primeiras preocupações efetivas com a saúde do trabalhador tiveram início a partir de reflexões sobre a necessidade de criação de mecanismos que contribuíssem para ambientes de trabalho mais seguros, evitando-se acidentes de trabalho e o agravamento de doenças ocupacionais que culminam com o afastamento do trabalhador de suas atividades laborais.

Nesse contexto, novas propostas de gestão do trabalho na SES-MT para favorecer o desenvolvimento, a valorização e a segurança do trabalhador do SUS tornaram-se necessárias, sendo efetivadas com a criação da Comissão Local de Saúde do Trabalhador da SES-MT (CLST-SES-MT) em 2008, oficializada pela Portaria nº 098/2008/GBSES.

As comissões locais de saúde do trabalhador são constituídas pelos próprios trabalhadores do SUS, conforme estabelece o Art. 32 da Lei Complementar nº 441/2011, inciso IX, que assegura ao trabalhador do SUS/SES-MT a participação na elaboração de pautas de reivindicações quando da incorporação de questões relativas à proteção e à prevenção de riscos no trabalho, matéria da Mesa de Negociação Permanente (MNP) e/ou Espaços de Negociações. O mesmo artigo, em seu inciso X, assegura ainda a promoção de cursos orientados para a melhoria da qualidade de vida do ambiente de trabalho e de vida dos trabalhadores da SES-MT, bem como para a redução de riscos aos quais estes se encontram expostos.

Na prática, desde o ano de 2008, com a publicação da Portaria nº 098/2008/GBSES e do Regimento Interno das comissões, a SES realiza ações de sensibilização e adesão de gestores e trabalhadores para implantação das CLSTs, processo que vem acontecendo de forma gradativa. A institucionalização do PCCS, por meio da Lei nº 441 de 2011, em especial nos Arts. de 29 a 35, fortalece um processo já iniciado na SES-MT, formalizando uma política de segurança e saúde para seus trabalhadores.

Atualmente, a SES conta com 12 comissões implantadas, sendo quatro em hospitais regionais, sete em unidades desconcentradas e uma em unidade em nível central da SES. Contudo, ainda é preciso avançar, implantando CLSTs nas outras 16 unidades regionalizadas e em uma desconcentrada (dados de SES-MT/2014).

Os membros eleitos para as CLSTs participam de capacitação, estendida também a seus parceiros, com carga horária de 24 horas, sendo todos certificados pela Escola de Saúde Pública do Estado. As temáticas trabalhadas durante a capacitação são direcionadas pelas necessidades locais. Assim, cada comissão elabora seu plano anual de trabalho, que será acompanhado e monitorado pela equipe técnica da Saúde do Trabalhador, da Coordenadoria de Aplicação, Desenvolvimento e Qualidade de Vida (CADQV) durante a gestão da comissão.

Posteriormente, as comissões locais realizam, conforme seu planejamento, inspeções de segurança, mapas dos riscos ambientais, registram e investigam acidentes de trabalho, promovem a Semana Interna de Saúde do Trabalhador, além de eventos de promoção da saúde abordando temas como prevenção da hipertensão e do diabetes, alimentação saudável e sedentarismo.

Eixo 4. Avaliação de desempenho

A avaliação de desempenho na SES-MT tem por finalidade avaliar o conhecimento, as habilidades e as atitudes do servidor com vistas a conferir-lhe estabilidade e oferecer-lhe parâmetros para o dimensionamento da força de trabalho. Essa avaliação busca ainda oferecer elementos para a progressão vertical de nível, que deve ocorrer a cada três anos (avaliação anual de desempenho), e para a avaliação de servidores em estágio probatório (avaliação especial de desempenho).

A partir de 2004, o governo do Estado de Mato Grosso passou a avaliar seus servidores, e com isso a progressão vertical ficou atrelada às três últimas avaliações de desempenho. Para viabilizar o processo de avaliação foram criadas, no âmbito da SES-MT, a Comissão Central de Avaliação de Desempenho (CCAD) e as Comissões Setoriais de Avaliação de Desempenho, que estão inseridas em cada unidade/setor da Secretaria. A

CCAD é composta por cinco servidores efetivos nomeados por portaria assinada pelo secretário de estado.

Quanto às Comissões Setoriais, estas são formadas por três membros de cada unidade/setor. A partir do mês de julho de cada ano, a Comissão Setorial nomeia o Comitê de Avaliação de Desempenho do setor/unidade, composta por três membros (chefia imediata e dois servidores) que avaliarão o servidor.

O formulário de avaliação anual de desempenho é composto por 16 perguntas que devem receber notas que variam de 0 a 10. Em caso de discordância da nota pelo servidor ele terá o prazo de dez dias para recorrer. Os critérios de avaliação observam os seguintes quesitos: integração à equipe (responsabilidade e cooperação); desempenho da função pública (idoneidade moral); práticas de execução de trabalho (uso adequado dos equipamentos de serviço e material de expediente); qualidade do trabalho (qualidade e produtividade no trabalho e eficiência); conhecimento do trabalho; capacidade física (saúde); orientação para o cliente (presteza e criatividade); comportamento no trabalho (assiduidade, pontualidade e administração do tempo); e atualização profissional (iniciativa).

No que se refere à periodicidade, a avaliação especial de desempenho deve ser anual. Ao término do estágio probatório, a avaliação deverá ser realizada em três etapas; e para servidores estabilizados, a avaliação deve ocorrer a cada ano.

Na Lei nº 441 de 2011, a questão da avaliação de desempenho é reconhecida, institucionalizada e ainda aponta para a evolução e a ampliação de muitos de seus aspectos: a) Art. 26 – O Programa de Avaliação de Desempenho, parte integrante do Sistema de Desenvolvimento dos Servidores do SUS, é o instrumento de unificação da Política de Gestão de Pessoas da SES e deve, na sua concepção, abranger critérios capazes de avaliar, na sua totalidade, a qualidade dos processos de trabalho em saúde e servir para fomentar o Programa de Formação e Qualificação para o SUS; b) Art. 27 – A elaboração das normas disciplinadoras do Programa de Avaliação de Desempenho consubstanciada em legislação específica, dentre outros, observará: I – o caráter processual, contínuo e anual do Programa de Avaliação de Desempenho; II – a avaliação da chefia imediata, servidores membros da equipe de trabalho e sua autoavaliação,

fixando os indicadores de desempenho do servidor nos processos e serviços de saúde e nas condições de trabalho da sua unidade de lotação; III – o caráter participativo onde todos os envolvidos, chefia imediata, servidores membros da equipe de trabalho, serão avaliadores e avaliados.

Eixo 5. Formação e qualificação profissional

O desenvolvimento do Programa de Formação e Qualificação Profissional dos Servidores da SES-MT, de acordo com a Lei nº 441, Art. 21, será efetivado por meio de ações da gestão do conhecimento, de modo que o conhecimento produzido seja compartilhado e incorporado aos processos de trabalho.

As ações de gestão do conhecimento têm como finalidade: o desenvolvimento permanente dos servidores; o desenvolvimento de capacidades resolutivas nos serviços de saúde; a transformação das práticas profissionais e da organização do trabalho; a melhoria das ações do servidor nos processos de trabalho; a busca da eficiência, da eficácia e da efetividade nos serviços de saúde; a socialização imediata, conforme programação, do conhecimento e dos saberes práticos adquiridos nos cursos de educação permanente e continuada; e a salvaguarda dos conhecimentos necessários para a continuidade dos processos de trabalho (Lei nº 441, Art. 22).

O Programa de Formação e Qualificação Profissional para o SUS será elaborado pela Escola de Saúde Pública do Estado de Mato Grosso ESP/MT, unidade de Gestão de Pessoas, em conjunto com todas as áreas da SES-MT, em observância ao perfil epidemiológico e às necessidades do serviço (Art. 23), com vistas à instauração de um processo de educação permanente do servidor.

Como instrumento apoiador do Programa de Formação e Qualificação Profissional está a Comissão Permanente para Análise de Licença e Dispensa para Formação/Qualificação Profissional (COPALFQP), cujas funções são: a) efetuar a análise do mérito processual objetivando a licença e a dispensa para formação/qualificação profissional em especialização, mestrado, doutorado, pós-doutorado e outras residências; b) cumprir as normatizações vigentes e garantir efetividade ao cumprimento dos objetivos da Comissão; c) estabelecer diretrizes e critérios técnicos para a con-

cessão de licença/dispensa para formação e qualificação profissional; d) emitir parecer conclusivo quanto ao deferimento ou ao indeferimento de licença/dispensa, de acordo com a necessidade do SUS/MT e na forma da legislação pertinente; e) acompanhar e monitorar todos os processos pela gestão do conhecimento da SES-MT.

Entre os resultados já obtidos de tal atuação são citados, com base em uma avaliação quantitativa de 2011, 110 processos instruídos em nível de especialização, 208 de mestrado, 33 de doutorado e dois de pós-doutorado, perfazendo um total de 351 processos de trabalhadores qualificados em nível *lato sensu* e *stricto sensu*. Desse total, 90% socializaram o conhecimento e 33% apresentaram o projeto de intervenção (para posterior execução). O monitoramento e a avaliação, principalmente no que concerne ao impacto nos serviços, poderão ser utilizados pelos gestores do SUS na elaboração de propostas para implementar o processo de educação permanente no âmbito de desenvolvimento dos trabalhadores para o SUS/SES/MT.

AVANÇOS

São considerados os seguintes avanços na PCCS de Mato Grosso:¹

Carreira única

A carreira dos profissionais do Sistema Único de Saúde do Estado de Mato Grosso é única, multiprofissional e desenvolve-se de acordo com os padrões que integram as áreas de abrangência e/ou de atuação do Sistema Único de Saúde. Nela foram incorporados todos os rendimentos em subsídio único. Os avanços anteriormente conquistados eram, muitas vezes, regidos por portarias. Com a Lei nº 441 tais avanços passaram a ser reconhecidos e garantidos por lei (legislação específica).

1 Os avanços considerados neste documento baseiam-se na pesquisa Avaliação de políticas e programas nacionais da gestão do trabalho e da educação em saúde no SUS, de autoria de Celia Pierantoni (coordenadora da pesquisa), Ministério da Saúde e Instituto de Medicina Social/UERJ, 2014.

Carreira abrangente para todos os profissionais

A carreira inclui todos os profissionais, inclusive os administrativos e os de apoio. É importante destacar que os agentes de saúde (ACS e ACE) não estão na jurisdição do estado, e sim na do município.

Série de classes de cargos de A à D

A série de classes de cargos que compõe a carreira estrutura-se em linha horizontal de acesso, em conformidade com a titulação, a habilitação e o perfil profissional ou ocupacional:

Ingresso na carreira por concurso público

O Art. 15 da Lei nº 441 garante que o provimento na carreira dos servidores do SUS dar-se-á por concurso público.

Sistema de remuneração

O sistema de remuneração de carreira é estabelecido por meio de subsídio, fixado em parcela única. É facultado aos profissionais do SUS em Mato Grosso o recebimento de adicionais: plantão (5%), insalubridade (10% a 40%) e trabalho noturno (25%).

Banco de horas

A Lei nº 441 reconhece a criação do banco de horas destinado ao servidor que ultrapassar sua carga horária de trabalho por necessidade do serviço. A compensação por meio de folga das horas que ultrapassarem a carga horária do servidor não poderá ser convertida em pecúnia.

Autonomia do setor de recursos humanos

Existe autonomia do setor de recursos humanos no que se refere à gestão financeira e à gestão dos processos que envolvem o trabalho (prevista no Plano Plurianual do Estado de Mato Grosso). O financiamento é estadual.

Diretrizes nacionais da MNNP

O PCCS é norteado pelos princípios, pelos objetivos, pelas normativas e pelas diretrizes do Ministério da Saúde, pactuados na Mesa Nacional

de Negociação, que orientam a construção dos planos de cargos, carreiras e salários em nível nacional. O processo de construção do Plano recebeu assessoria do Ministério da Saúde.

Mecanismos negociais na construção do PCCS

A negociação perpassou todos os momentos da construção do PCCS, mesmo não tendo ainda sido implantada a Mesa de Negociação. Os diálogos foram estabelecidos entre gestores e trabalhadores com comissões paritárias: 50% da gestão e 50% de representantes dos trabalhadores, indicados pelo Sindicato de Trabalhadores da Saúde (Sisma).

De acordo com os atores envolvidos,

[...] o processo não foi fácil, e os resultados foram alcançados graças ao exemplo de luta [...]

[...] equipe comprometida e desejosa de mudança [...]

[...] muitas conversas com os conselhos, sindicato [...]

[...] superando as mudanças de gestor no processo (que desconhecia o trabalho e não estava comprometido com ele.) [...]

[...] muito tempo dedicado ao estudo de legislação [...]

[...] convites a especialistas para esclarecimentos de dúvidas presentes no grupo.

Estudo de impacto financeiro e viabilidade econômica

Os valores projetados para revisão do PCCS foram previstos na Lei Orçamentária Anual (LOA), na Lei de Diretrizes Orçamentárias (LDO), no Plano Plurianual (PPA) e no Plano de Trabalho Anual (PTA).

Política de segurança e saúde do trabalhador

O Programa de Segurança e Saúde do Trabalhador, nos termos da lei, instituiu a Comissão Local de Saúde do Trabalhador, o Programa de Controle Médico de Saúde Ocupacional e o Programa de Prevenção de Riscos Ambientais, destinados a promover e a proteger as condições de segurança e saúde dos profissionais e do ambiente de trabalho na SES-MT.

Política de formação e qualificação profissional

O desenvolvimento do Programa de Formação e Qualificação Profissional dos servidores da SES-MT é efetivado por meio de ações da gestão do conhecimento, com vistas à instauração de um processo de educação permanente do servidor, de modo que o conhecimento seja compartilhado e incorporado aos processos de trabalho. O Programa conta com um sistema informatizado denominado Atena, que acompanha e monitora o servidor desde a escolha da linha de pesquisa até a conclusão da formação/qualificação. A aplicação dos projetos de socialização do conhecimento e intervenção nos serviços também é acompanhada pelo sistema.

Política de avaliação de desempenho

A avaliação de desempenho na SES-MT tem por finalidade avaliar o conhecimento, as habilidades e as atitudes do servidor com vistas a conferir-lhe estabilidade; busca ainda oferecer elementos para a progressão vertical de nível, que deve ocorrer a cada três anos. Tal avaliação é realizada anualmente por uma comissão formada por chefe imediato e dois profissionais da equipe.

Política de valorização dos trabalhadores

A valorização dos trabalhadores, garantida na Lei nº 441, é manifestada na prática por meio do estímulo à formação e à qualificação, bem como à institucionalização da política de segurança e saúde do trabalhador.

DESAFIOS

São considerados desafios a serem enfrentados na experiência do Mato Grosso:²

2 Os desafios considerados neste documento baseiam-se na pesquisa Avaliação de políticas e programas nacionais da gestão do trabalho e da educação em saúde no SUS, de autoria de Celia Pierantoni (coordenadora da pesquisa), Ministério da Saúde e Instituto de Medicina Social/UERJ, 2014.

Revisão da avaliação de desempenho e dos critérios para progressão na carreira com impacto no serviço

A existência de política de avaliação de desempenho já é por si só um avanço, mesmo que esta ainda esteja circunscrita à estabilidade e à progressão na carreira dos trabalhadores, como é o caso da avaliação de desempenho que ocorre na SES Mato Grosso. O desafio colocado para a SES é regulamentar a autoavaliação do trabalhador (prevista em lei); promover a interlocução da avaliação de desempenho com a política de formação e qualificação dos servidores; estabelecer uma interface com metas e impactos das ações; desenvolver uma proposta de avaliação por competências; e informatizar o sistema de avaliação de desempenho.

Incorporação dos adicionais à aposentadoria – sistema de remuneração de carreira

O avanço alcançado graças ao sistema de remuneração de carreira, previsto na Lei nº 441, que reconhece o recebimento de adicionais (plantão, insalubridade, trabalho noturno) considerando os percentuais indicados pelas diretrizes básicas propostas pela MNNP, ainda traz um entrave: a impossibilidade de incorporação de tais adicionais à aposentadoria (inclusive insalubridade).

Reconhecimento da classe E como último nível de progressão de carreira

A Lei nº 441 reconhece como série de classes de cargos A, B, C e D, em conformidade com a titulação, a habilitação e o perfil profissional ou ocupacional. A classe E, solicitada pela comissão do PCCS MT, foi vetada, diminuindo assim as possibilidades de ascensão na carreira.

Implementação da Mesa Nacional de Negociação Permanente (MNNP SUS)

Apesar de terem sido utilizados importantes mecanismos negociais para subsidiar o debate que envolveu a construção do PCCS de Mato Grosso, com a participação paritária de gestores e trabalhadores (indicados pelo Sindicato de Trabalhadores da Saúde), considera-se fundamental insistir na recomendação do uso de MNNP SUS, considerando-se esta

como um fórum privilegiado de debate democrático e alcance de objetivos. Nesse contexto, considera-se um importante desafio a implementação da MNNP SUS, recentemente implantada (24/09/2014 – Portaria nº 46/2014 — *Diário Oficial* – GBS – Gabinete).

Retenção e fixação de profissionais – interiorização

Estabelecer estratégias para a retenção e a fixação de profissionais por intermédio de política de incentivo à interiorização, não contemplada na Lei nº441.

Implantação dos projetos de intervenção na SES-MT

O Programa de Formação e Qualificação Profissional dos Servidores da SES-MT baseia-se no reconhecimento da importância da qualificação de seus trabalhadores, bem como da socialização do conhecimento e da implantação dos projetos de intervenção visando à melhoria de processos de trabalho e qualidade dos serviços. No Programa de Qualificação dos Servidores identifica-se um avanço no que tange à sua socialização. Mas o componente “intervenção” ainda representa um desafio a ser enfrentado, dado que muitas vezes tal projeto necessita de financiamento e implica decisão política e técnica dos gestores.

Distanciamento de trabalhadores, gestores, conselhos e sindicatos dos princípios e das diretrizes do SUS

O relato de muitos entrevistados aponta para a necessidade de que os trabalhadores, os gestores, os conselhos e os sindicatos compreendam melhor as diretrizes do SUS para que “[...] toda a movimentação que envolve o PCCS não se converta numa luta salarial, desconectada de princípios essenciais do Sistema Único de Saúde”.

LIÇÕES APRENDIDAS

Na experiência da SES Mato Grosso são identificadas as seguintes lições:

Lei nº 441 e a presença de conceitos

A comissão que acompanhou a construção da Lei nº 441 de 2011 conseguiu que no corpo desta fossem explicitados os conceitos referentes aos termos utilizados em sua redação, considerados pela comissão de grande importância para a compreensão da dimensão e da complexidade do Sistema Único de Saúde. Assim, no artigo 4º, são encontrados os seguintes conceitos: Sistema Único de Saúde (SUS); servidores do SUS; cargo de provimento efetivo no Sistema Único de Saúde; área de abrangência no SUS; área de atuação do SUS; competências; mobilidade; formação; e qualificação profissional.

Estudo de impacto financeiro – o processo de construção do PCCS não se iniciou com estudo de impacto financeiro

Apesar de no processo de construção do PCCS ter sido elaborado um minucioso estudo de impacto financeiro e viabilidade econômica, os atores envolvidos relataram que a demora em realizá-lo ocasionou aumento do tempo na negociação entre gestores e trabalhadores, acarretando um período total de dois anos entre o início do processo e sua implantação.

Essa é uma importante lição a ser aprendida com a SES de Mato Grosso: o estudo da viabilidade econômica para a implantação do PCCS é essencial, mas a demora em realizá-lo atrasa o processo como um todo.

Carreira única e sua institucionalização por meio da LC nº 441 de 2011

O Estado unifica a carreira dos profissionais do SUS agregando várias áreas estruturantes na mesma categoria profissional, promovendo a integração de todos os trabalhadores e garantindo-lhes os mesmos direitos e possibilidades de valorização e desenvolvimento profissional.

Potencial de replicabilidade da experiência: exemplo para outras secretarias de estado de Mato Grosso

A carreira dos trabalhadores da SES-MT vem sendo modelo para outros órgãos do governo. Dentre estas estão as Secretarias de Estado do Meio Ambiente, Administração e Educação, secretarias estas que busca-

ram na Lei nº 441 os pontos positivos para a implantação de seus respectivos planos de carreira.

Instrumento de gestão e valorização do servidor

No relato de vários trabalhadores e gestores da SES-MT foi identificada uma fala que se repetiu: “uma lição que aprendemos durante o processo de construção do PCCS” era que [...] “o Plano não é mera remuneração” [...] “ele vai além da questão remuneração” [...] sendo considerado [...] “um potente instrumento de gestão” e assinalado como “importante espaço para a garantia de luta pela valorização do servidor”.

A fala de Valdevina Capistrano da Silva transparece sua empolgação por ter vivenciado o processo de construção do PCCS – MT: “Nós lutamos muito! Valeu a pena [...] porque é possível! Quando a gente se junta, se propõe a trabalhar [...] e busca a união de todos que compõem o SUS [...] é possível avançar [...] e melhorar. A luta continua, não termina aí”.

PERSPECTIVAS

O seguinte cenário é vislumbrado pela SES de Mato Grosso:

Assessoria da Secretaria Estadual de Saúde de Mato Grosso a municípios na construção de Plano de Cargos, Carreiras e Salários

Assessoramento à região de Pontes e Lacerda para o desenvolvimento de seus Planos de Cargos Carreiras e Salários, envolvendo um total de dez municípios. Tal assessoria entende que o PCCS é um importante instrumento de gestão e que sua construção, envolvendo trabalhadores e gestores (seguindo as diretrizes da Mesa Nacional de Negociação Permanente), tem potencial para empoderar os atores envolvidos na medida em que os faz desenvolver novas habilidades e competências associadas à gestão do trabalho, à valorização dos trabalhadores e a uma melhor compreensão do Sistema Único de Saúde.

Assessoria da Secretaria Estadual de Saúde de Mato Grosso a outras Secretarias de Saúde do Brasil

A construção do PCCS pela SES–MT possibilitou que gestores e trabalhadores desenvolvessem habilidades e competências tanto para subsidiar as Secretarias Municipais de Saúde do Estado de Mato Grosso quanto para apoiar outras Secretarias Estaduais de Saúde do Brasil.

Dimensionamento da força de trabalho e a avaliação de desempenho por competências.

Coloca-se ainda como perspectiva dentro do processo de implantação do PCCS – SES-MT o dimensionamento da força de trabalho e a avaliação de desempenho por competências.

CRÉDITOS

O registro da experiência “Plano de Cargos, Carreiras e Salários – Secretaria Estadual de Saúde de Mato Grosso” foi realizado por pesquisadores do Laboratório de Inovação, apoiando-se em documentos gerais da SES (especialmente os produzidos por Sílvia Aparecida Tomaz e aqueles produzidos para o prêmio InovaSUS), em estudos correlatos³ e em depoimentos de pessoas-chave associadas à SES.

Equipe InovaSUS

- Adriana Maria Parreiras Marques – pesquisadora do ObservaRH-Nesp/UnB
- Sílvia Aparecida Tomaz – responsável técnico – InovaSUS – Mato Grosso
- Cristiane Gosch – representante da Organização Pan-Americana da Saúde
- Gerson Flávio da Silva – representante do Ministério da Saúde

3 Avaliação de políticas e programas nacionais da gestão do trabalho e da educação em saúde no SUS, de autoria de Celia Pierantoni (coordenadora da pesquisa), Ministério da Saúde e Instituto de Medicina Social/UERJ, 2014.

Trabalhadores e gestores da SES/Mato Grosso

- Alzita Leão Ormond – educadora – profissional de nível superior do SUS. Ex-presidente do Sindicato dos Servidores da Saúde e Meio Ambiente-MT (Sisma/MT)
- Antonieta Fernandez de Campos – assistente social – profissional de nível superior do SUS
- Aparecido Samuel de Castro Cavalcante – assistente social – profissional de nível superior do SUS
- Elza Gomes Machado de Mello – advogada – profissional de nível superior do SUS: técnica em assuntos culturais e educacionais
- Liris Madalena Moerschbaeher Werle de Lemos – enfermeira – profissional de nível superior do SUS
- Márcia Mitie Oshikawa – advogada – analista administrativo da área meio
- Maria Dolores Fonseca Bergamasco – advogada – analista administrativo da área meio – superintendente
- Regina Salies Ferreira – administração – profissional técnico de nível médio do SUS –assistente de administração e gerente de provimento
- Sílvia Aparecida Tomaz – assistente social – profissional de nível superior do SUS
- Soraia Pinto Tamberi Rodrigues Maciel – assistente social – assistente social do SUS
- Valdevina Rosa Capistrano da Silva – assistente social – profissional de nível superior do SUS

III. RELATOS DAS EXPERIÊNCIAS

MESA MUNICIPAL DE NEGOCIAÇÃO PERMANENTE DO SUS – A EXPERIÊNCIA DA SECRETARIA MUNICIPAL DE BETIM (MG)

O MUNICÍPIO DE BETIM

De origem que remonta aos primórdios do século XVIII, Betim localiza-se a apenas 30 km da capital mineira, sendo integrante da macrorregião metropolitana de Belo Horizonte. O município é considerado o quinto maior de Minas Gerais, e sua população é de 425.873 habitantes (IBGE/2012).

A cidade assumiu a gestão plena do SUS e é sede da Microrregião II, composta por 14 municípios e pelo Consórcio Intermunicipal do Médio Paraopeba (Cismep). Para o funcionamento de sua complexa rede de unidades e serviços, o SUS Betim conta com aproximadamente 6 mil servidores, sendo mais de 90% admitidos por concurso público.

APRESENTAÇÃO

A Mesa Municipal de Negociação Permanente do Sistema Único de Saúde (SUS) Betim (MMNP-SUS), de caráter paritário e permanente, foi instituída pela Portaria Municipal nº 002/2008) com o objetivo de estabelecer um fórum de negociação entre representantes da gestão e dos trabalhadores, por intermédio de seus sindicatos, tendo como objeto a política de gestão do trabalho.

CONTEXTO

A Mesa Nacional de Negociação Permanente do SUS (MNNP-SUS) foi criada e aprovada por meio da Resolução nº 52 do Conselho Nacional de Saúde (CNS) em maio de 1993, sendo um fórum paritário e permanente de negociação entre gestores públicos, prestadores de serviços privados do setor de saúde e entidades sindicais nacionais representativas dos trabalhadores da saúde, com amparo legal nos artigos 198 e 199 da Constituição Federal e na Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990.

Com foco e atuação na democratização das relações de trabalho na saúde, a Mesa Nacional foi reinstalada pela terceira vez no ano de 2003, e desde então vem realizando suas atividades ininterruptamente, colecionando em seu portfólio oito protocolos, que formalizam decisões pactuadas na Mesa e apontam e traduzem diretrizes nacionais para os estados, os municípios e o Distrito Federal acerca da implantação e da implementação de Políticas Públicas de Gestão do Trabalho no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), contribuindo sobretudo para a reafirmação dos princípios deste.

ANTECEDENTES

A participação sindical, iniciada com os trabalhadores da Fiat Automóveis, seguida dos metalúrgicos, com registros ainda nos anos 1970, suscitou um ambiente favorável de participação popular nos movimentos reivindicatórios no município de Betim.

Por sua vez, a participação popular foi fortalecida por volta dos anos 1990 e 2000, o que contribuiu para que o município obtivesse reconhecimento nacional por ter uma população reivindicativa.

Com esses antecedentes somados à organização de um Núcleo Sindical em Betim, que anteriormente contava com um único sindicato que abrigava todos os servidores da administração municipal, surgiram as primeiras experiências de organização e de pensar os recursos humanos na perspectiva de um formato específico para a área da saúde.

Pelo que foi observado, a afirmação em destaque guarda total consonância com os relatos de implementação dessa experiência. Na voz de um de seus atores: “O município de Betim foi importante no contexto nacional especialmente no que se refere ao campo de recursos humanos em saúde e ao controle social”.

Ao lado dos eventos citados foi instituída a gratificação de desempenho por melhoria da qualidade do serviço, considerado o primeiro grande acordo e o primeiro grande avanço no processo de pactuação e negociação no setor de saúde em Betim.

Alguns fatores contribuíram decisivamente com o processo de discussão e implantação da Mesa de Betim. Dentre esses fatores destacam-se a representação de diversos atores locais na Mesa Nacional de Negociação Permanente do SUS, bem como o fato de o gestor do SUS, à época, trazer para as discussões assuntos relacionados ao campo de recursos humanos em saúde.

Os anos de 2007 e 2008 foram marcados por discussões que já sinalizavam a necessidade de criação de uma Mesa que pudesse ter uma natureza mais “orgânica”, desde sua conformação, com nominação de suas representações, até o estabelecimento e a normatização de suas regras de funcionamento em documentos oficiais, dentre outros.

Também foram relatados fatores que contribuíram para inseguranças durante o processo de implantação da Mesa de Betim: a experiência não muito bem-sucedida da Mesa Estadual de Negociação de Minas Gerais, que não avançava, ora pelo formato proposto ora por sua metodologia de trabalho, conforme assevera um membro. Segundo um ator: “Tínhamos um pé atrás, que era a forma como a Mesa se manifestava, através de protocolos tirados em consenso. Entretanto, se a gente for traduzir numa frase simples, um gestor inteligente quer mais é que as Mesas aconteçam e que elas possam dirimir as dificuldades e as dúvidas que existem na relação de trabalho do seu município”.

COMPREENDENDO A EXPERIÊNCIA DA MMNP-SUS-BETIM:

Eixo 1 – A história da MMNP-SUS-Betim

Instituída pela Portaria nº 002, de 9 de abril de 2008, a Mesa Municipal de Negociação Permanente do SUS de Betim (MMNP-SUS/Betim) iniciou suas atividades em junho de 2009. Nessa conjuntura, uma atividade considerada de grande importância foi a realização em abril do I Seminário sobre Negociação do Trabalho no Setor Público. Esse seminário, disparador do processo, contou com a participação de representantes de gestores e trabalhadores local, além de representantes da Mesa Nacional e do Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão.

A MMNP-SUS-Betim tem composição paritária com respeito à autonomia das partes, é regida por Regimento Interno próprio, possui Secretaria-Executiva, um expressivo repertório de ações desenvolvidas, dentre elas: seminários, elaboração de cartilhas e participação em eventos. Também coleciona um significativo número de conquistas no âmbito das relações do trabalho. O objetivo central da MMNP-SUS-Betim é que seus representantes

possam contribuir para o efetivo funcionamento do SUS, através da participação nos processos negociais de caráter permanente para tratar de conflitos e demandas decorrentes das relações funcionais e de trabalho no âmbito do SUS; colaborar e participar da negociação anualmente na data base; contribuir para a implantação das diretrizes estabelecidas pelas conferências de saúde; propor a melhoria das condições de trabalho e do relacionamento hierárquico com vistas à eficiência profissional; contribuir para a instituição de um Sistema Municipal de Educação Permanente para pactuação de incentivos à melhoria do desempenho, da eficiência e das condições de trabalho; tratar dos conflitos e das demandas administrativas decorrentes das relações de trabalho (Regimento Interno de Funcionamento da Mesa Municipal de Negociação Permanente do SUS, Betim, 2009).

Como mencionado anteriormente, embora tenha sido instituída no ano de 2008, foi somente em junho de 2009 que a MMNP-SUS-Betim ini-

ciou efetivamente suas atividades. A construção e a aprovação de seu Regimento Interno tomando como referência o Regimento da Mesa Nacional foi uma das primeiras atividades da recém-criada Mesa de Negociação. Na sequência, a construção do seu Regimento Interno se deu após várias reuniões entre a gestão e os sindicatos, buscando adequação da normativa, sempre de forma consensual, à realidade do município. Assim, nas palavras de um de seus membros, “a Mesa passou a ter regras e as negociações passaram a ser respeitadas, e embora possa parecer burocrática, isso ajuda a Mesa a se consolidar como um espaço de negociação”.

Sobre esse processo de criação formal da Mesa, o atual secretário municipal de Saúde, Mauro Silva Reis, e gestor responsável pelo ato comenta:

Minha experiência inicial com relação à implementação da Mesa de Negociação de Betim começou em 2008, quando por oito meses fui secretário de Saúde. Eu já tinha tido uma experiência muito importante e com grande resolutividade, quando no passado fui secretário de Educação por quatro anos, onde fizemos o mesmo processo com relação ao sindicato dos trabalhadores da educação.

Elizabeth Silva, secretária-executiva/Betim, revela: “A criação da Mesa de Betim nasce de um acordo de greve na época, sendo, portanto, ponto de negociação para término desta”.

Eixo 2 – Constituição e funcionamento da MMNP–SUS-Betim

A MMNP–SUS-Betim é constituída por duas bancadas: uma formada por gestores e outra pela representatividade dos trabalhadores. Fazem parte da bancada dos gestores: a Diretoria da Gestão do Trabalho e Educação na Saúde; a Superintendência de Planejamento; a Superintendência da Administração; a Diretoria da Atenção à Saúde; e a Procuradoria Adjunta da Saúde. Constituem a bancada sindical: o Sindicato dos Farmacêuticos de Minas Gerais (Sinfarmig); o Sindicato dos Médicos do Estado de Minas Gerais (Sinmed); o Sindicato Único dos Trabalhadores da Saúde (Sind-Saúde); e o Sindicato dos Guardas Patrimoniais (Sindguarda).

A coordenação da Mesa é feita pelo representante da Diretoria da Gestão Estratégica e Participativa em Saúde, e suas reuniões acontecem

uma vez por mês, em calendário definido previamente em sua primeira reunião anual, podendo ser convocada, extraordinariamente, por convocação formal da Secretaria-Executiva da MMNP-SUS/Betim.

Essa periodicidade de reuniões mensais, segundo representantes da bancada dos trabalhadores, “fortalece o caráter de permanência da proposta da Mesa, garantindo desta forma a participação de gestores e trabalhadores nas reuniões”. Com isso, acredita-se também que essa regularidade de reuniões possa promover um *feedback* às demandas encaminhadas na Mesa.

No que concerne à construção das pautas, são eleitas duas por reunião, sendo uma definida pelo governo e outra pela bancada dos trabalhadores. O retorno a essas demandas obedece a critérios definidos, levando-se em consideração questões de curto, médio e longo prazos.

AVANÇOS

A instituição da Mesa como importante espaço de diálogo, e sua manutenção, desde 2009, foi apontada tanto pelos gestores como pelos trabalhadores como um grande avanço e considerável contribuição para o estabelecimento de uma gestão democrática e participativa no SUS Betim, conforme ilustra o depoimento a seguir. “Eu acho que o maior ganho da Mesa é a existência dela em si”, segundo as palavras de um dos membros da Mesa.

Também foram considerados avanços o reconhecimento pelo Sindicato dos Médicos das demais categorias envolvidas no processo; a união da bancada sindical no que diz respeito ao consenso no conjunto de reivindicações; a efetividade das atividades da Mesa (podendo ser mais bem acompanhada no item “Resultados”); a capacitação realizada pelo Dieese; a pluralidade de classes sindicais representadas na Mesa; e os ganhos efetivamente alcançados no que se refere à legislação trabalhista.

Ainda na ordem dos avanços, uma fala merece destaque especial: “Eu acho que nós avançamos muito no diálogo. No entendimento que a administração tem para com as reivindicações, e o respeito aos sindicatos, e por outro lado os sindicatos também para com a administração”.

No cômputo das potencialidades, uma prática utilizada e bem avaliada pelos integrantes da MMNP–SUS-Betim diz respeito à criação de Comissões Paritárias de Estudo. Segundo os entrevistados, essas Comissões tornaram-se uma prática que permite o maior envolvimento e a participação da bancada dos trabalhadores na busca de soluções compartilhadas para os “problemas de ordem” encaminhados na Mesa, conferindo a esses trabalhadores um *status* de protagonismo da ação e não de mero expectadores do processo.

Numa análise geral dos avanços e dos resultados concretos alcançados por esta iniciativa evidencia-se que o município de Betim, por intermédio de seus gestores e trabalhadores, assimilou muito bem a proposta de institucionalização de uma Mesa de Negociação Permanente do SUS como espaço valoroso e indubitável instrumento de negociação coletiva, assim como sua contribuição para o estabelecimento de uma gestão democrática e participativa.

Os resultados acumulados com a instituição da MMNP–SUS-Betim revelam a notória contribuição que esta tem prestado à democratização das relações de trabalho, servindo de lição àqueles que almejam contribuir para a construção conjunta de um SUS para todos. São elas:

- licença maternidade para seis meses – Lei Municipal nº 4.796/2009;
- licença paternidade de 15 dias – Lei Municipal nº 4.796/2009;
- pagamento de *ticket* alimentação para trabalhadores que realizam serviço externo ao local de trabalho;
- ampliação dos valores do cartão Cesta Servidor; instituição de gratificação para profissionais médicos que atuam em unidades de difícil lotação – Lei Municipal nº 4.796/2009;
- instituição de gratificação para os profissionais médicos que optem pelo regime de dedicação integral – Lei Municipal nº 4.796/2009;
- ampliação de gratificação para todos os profissionais que atuem em unidades de urgência e emergência – Lei Municipal nº 4.796/2009;
- realização de concurso público geral para a Saúde Municipal de Betim, com nomeação de uma comissão paritária

- para acompanhamento das várias fases do concurso até sua homologação;
- incorporação à administração direta dos agentes comunitários de saúde e dos agentes de combate a endemias como função pública no SUS Betim, com realização de processo seletivo simplificado para contratação destes – Lei Municipal nº 4.602/2007;
 - criação de comissão paritária para apuração e correção de eventuais distorções no Plano de Cargos, Carreiras e Vencimentos (PCCV);
 - elaboração do Protocolo 001/2009 – Regimento Interno, que define o funcionamento da MMNP-SUS-Betim;
 - elaboração da Resolução 002/2011 da MMNP-SUS-Betim, que define o Sistema Biométrico de Registro de Frequência;
 - Seminário sobre Assédio Moral; Seminário sobre Negociação do Trabalho no Setor Público;
 - participação em duas Mostras das Profissões de Saúde;
 - participação em oito Conferências Regionais de Saúde;
 - participação em duas Conferências Municipais de Saúde de Betim.

DESAFIOS

Um importante desafio a ser superado é a pequena visibilidade que tem a MMNP para os trabalhadores em Betim tanto com relação a sua existência quanto no que diz respeito aos ganhos alcançados pela atuação desta, conforme sugere a fala de um dos representantes dos trabalhadores: “Não é claro para os trabalhadores ainda que existe essa Mesa de Negociação Permanente em funcionamento. Quando a gente coloca os avanços, os trabalhadores não têm essa noção que partiu da Mesa essas negociações”.

A quebra de acordos pactuados na Mesa também foi apontada como ponto nevrálgico no processo de negociação coletiva, podendo

desencadear a interrupção das atividades ordinárias da Mesa, desgaste e desconfiança entre os pares, além de tencionar os movimentos paredistas.

Outro ponto, classificado como “a ditadura do impacto financeiro”, e unanimemente entendido como limitador do processo de negociação, refere-se a temas que envolvem recursos, sobretudo aqueles que carecem de impactos financeiros.

No que diz respeito a esta matéria, o gestor municipal de saúde esclarece: “A questão salarial é discutida e tratada na Mesa, mas não é decidida nela”. Segundo o gestor, a Prefeitura dispõe de um órgão de assessoramento e aconselhamento do prefeito intitulado Junta Especial Orçamentária e Financeira (Jeof), e é neste nível maior que a questão é decidida.

A fala de um dos representantes dos trabalhadores transcrita a seguir e a fala do secretário de Saúde de Betim, citada no parágrafo anterior, revelam unicidade de compreensão, além do bom nível de democratização das relações entre gestores e trabalhadores da Secretaria Municipal de Saúde de Betim: “A gente sabe das limitações da Mesa, por isso não tem ilusão. Tem questões que a gente sabe que não vai resolver na Mesa, mas ela é um espaço importante, uma instância importante, onde o que é possível a gente resolver, a gente vai tentar resolver em consenso”.

Também foi observado, segundo outro entrevistado, que há um grande desafio no que se refere aos processos de judicialização, e os pares entendem que com isso se perde muito em termos de um diálogo mais consensual.

LIÇÕES APRENDIDAS

Considera-se uma importante lição a necessidade de desenvolvimento de um plano de comunicação para que se promova uma maior visibilidade da existência da Mesa, bem como de suas discussões e conquistas. Tal socialização deverá ocorrer tanto para o conjunto de gestores quanto para os trabalhadores do SUS de Betim.

Outra importante lição é associada à criação de Comissões Paritárias de Estudo. Segundo os entrevistados, estas Comissões tornaram-se

uma prática que permite maior envolvimento e participação da bancada dos trabalhadores na busca de soluções compartilhadas para os problemas encaminhados à Mesa.

PERSPECTIVAS

O acúmulo de experiência no campo da negociação coletiva, especialmente por meio da institucionalização de um espaço formal no qual essa negociação acontece democraticamente, confere à MMNP-SUS-Betim autoridade para contribuir com o processo de criação de outras Mesas Municipais de Negociação Permanente do SUS, inclusive a arvorar-se na perspectiva de conduzir o processo de criação de uma Mesa Regional de Negociação Permanente do SUS.

CRÉDITOS

O registro da experiência “Mesa Municipal de Negociação Permanente da Secretaria Municipal de Saúde de Betim” foi realizado por pesquisadores do Laboratório de Inovação, apoiando-se em documentos produzidos pela SMS de Betim (Prêmio InovaSUS) e em depoimentos de pessoas-chave envolvidas com a experiência deste município.

Equipe InovaSUS

- Jorge Luiz Castro – pesquisador do ObservaRH-Nesp/UnB
- Elizabete da Silva: responsável técnico – InovaSUS – Secretaria-Executiva/Betim
- Cristiane Gosch – representante da Organização Pan-Americana da Saúde
- Gerson Flávio da Silva – representante do Ministério da Saúde
- Bancada da Secretaria Municipal de Saúde
- Carlos Roberto de Antônio – Superintendência de Administração

- Conceição Aparecida Pereira Rezende – Secretária Municipal de Saúde de Betim
- Heder Lafeté Martins – Procuradoria Adjunta da Saúde
- Junia Beatriz Araújo Mattos – Diretoria Gestão do Trabalho e Educação na Saúde
- Maria Bernadete Pinho de Freitas – Superintendência Atenção à Saúde
- Valéria Dutra Batista Catalan – Superintendência de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde

Bancada dos Trabalhadores

Sindicato dos Médicos do Estado de Minas Gerais – Sinmed-MG

- Carlos Magno da Silva
- César Miranda dos Santos

Sindicato Único dos Trabalhadores de Guardas Patrimoniais e Municipais de Betim – Sindguarda

- Reginaldo Tomaz de Jesus
- Rubens Marques da Silva

Sindicato Único dos Trabalhadores da Saúde de MG – Sind-Saúde/MG – Núcleo Regional de Betim

- Maria da Conceição Pimenta
- Lionédia Julia Melo

Sindicato dos Farmacêuticos do Estado de Minas Gerais – Sinfarmig

- Waltovânio Cordeiro Vasconcelos
- Rilke Novato Públio

III. RELATOS DAS EXPERIÊNCIAS

AVALIAÇÃO DE DESEMPENHO E REMUNERAÇÃO VARIÁVEL NO CONTEXTO DE GESTÃO POR METAS PACTUADAS – A EXPERIÊNCIA DA SECRETARIA MUNICIPAL DE CURITIBA-PR

O MUNICÍPIO DE CURITIBA

Curitiba é a capital do Estado do Paraná, está localizada a 934 metros de altitude no primeiro planalto paranaense. Junto da região metropolitana, Curitiba conta com 26 municípios, 15.622,11 km², estimativa de 3.357.681 hab. (IBGE/2009) e crescimento de 3,02%/ano. A partir do século XIX, Curitiba passou a receber uma grande quantidade de imigrantes europeus e asiáticos, incorporando à cidade aspectos peculiares desses imigrantes, que fazem da cidade um notável centro multicultural.

APRESENTAÇÃO

A Secretaria Municipal de Saúde (SMS) de Curitiba é a gestora do sistema de saúde desde 1998, assumindo a função de prestar diretamente os serviços à população, gerenciando a rede própria, serviços de apoio e rede contratada. Assim, com o objetivo de responder às demandas oriundas das especificidades das relações de trabalho e dos processos de produção em saúde surgiram iniciativas internas à Secretaria de Saúde. Tais iniciativas são detectadas desde o início da década de 1990, passando por

processos de aprimoramento em 2002 e evoluindo para compor a política estratégica de gestão de pessoas da Prefeitura Municipal de Curitiba.

Apesar de ser uma política vigente (em processo de revisão e adequação), este estudo tem como foco o período de 2002 a 2007, que representa com mais fidelidade os resultados da experiência contemplada em 2011 com o Prêmio InovaSUS. Com o intuito de ampliar o panorama analítico, este estudo oferecerá também informações adicionais relativas aos desdobramentos da experiência – 2007 a 2011, bem como às perspectivas apresentadas pela gestão de 2014.

Nesse contexto, a experiência de Curitiba coloca-se como uma iniciativa que busca encontrar na construção coletiva indicadores de processos e de saúde, negociação de metas, contrato de gestão, avaliação de desempenho com premiação ao mérito e remuneração variável, instrumentos que deem suporte ao Programa de Incentivo ao Desenvolvimento da Qualidade dos Serviços na Secretaria Municipal de Saúde, identificado pela cultura institucional da SMS, genericamente, como “IDQ”.

CONTEXTO

O conceito fundamental que tem pautado o modelo de atenção em Curitiba é o Sistema Integrado de Serviços de Saúde. Os serviços de atenção à saúde da Secretaria Municipal de Saúde estão estruturados em rede, tendo sempre como ponto de partida e de acompanhamento a unidade básica de saúde (UBS), proporcionando um atendimento integral de saúde ao indivíduo.

As UBS são a principal porta de entrada do sistema e estão organizadas para o trabalho com base populacional em territórios determinados (áreas de abrangência) num modelo que vai além da atenção à demanda. Com base no diagnóstico da situação de saúde são desenvolvidas ações de promoção, prevenção e enfrentamento continuado de problemas de saúde prioritários, pautados em fatores e condições de risco.

Na época, a rede pública de saúde de Curitiba era distribuída em nove distritos sanitários, dispunha de 136 equipamentos municipais de saúde: cinquenta unidades básicas de saúde convencional; 55 unidades

básicas de saúde com Estratégia de Saúde da Família (178 equipes médico-enfermagem e 154 equipes de saúde bucal); quatro unidades de saúde complexas; dois centros de especialidades médicas; dois centros de especialidades odontológicas; três unidades especializadas; dez Centros de Apoio Psicossocial (Caps); sete Centros Municipais de Urgências Médicas (CMUM); um US 24 horas; um Laboratório Municipal de Análises Clínicas; e um Hospital Municipal.

Todo o território do município está coberto por serviços de Atenção Primária à Saúde, onde a cobertura populacional atendida pela Estratégia de Saúde da Família (SF) é de 34,71% e o restante é atendido pelo modelo convencional de atenção.

Para as ações desenvolvidas, as UBS contam com equipes multidisciplinares compostas por médicos, enfermeiros, auxiliares de enfermagem, cirurgiões dentistas, técnicos de higiene dental, auxiliares de consultórios dentários e agentes comunitários de saúde, sendo o trabalho coordenado pela autoridade sanitária local. As equipes contam ainda com os Núcleos de Apoio à Atenção Primária em Saúde (Naaps). Cada Naaps, integrado à UBS, é composto por um farmacêutico, um fisioterapeuta, um nutricionista, um profissional de educação física e um psicólogo, que desenvolvem ações individuais e coletivas de assistência, ações educativas de estímulo a hábitos saudáveis para a população em geral e com grupos específicos e educação continuada com os profissionais. São 29 Naaps no município, sendo cada um responsável por um grupo de duas a cinco UBS. A SMS tem 7.043 colaboradores (Núcleo de RH/SMS – 11/2011).

ANTECEDENTES

A história da prática de remuneração variável na Secretaria Municipal de Saúde de Curitiba começa a ser “escrita” no início da década de 1990, momento em que ocorre de forma mais acentuada a expansão da rede pública municipal de saúde.

O Conselho Municipal de Saúde, por meio da Resolução nº 1 de 12/01/1994, recomendou ao prefeito a criação de um programa de incentivo gerencial (financeiro) para os funcionários lotados em unidades

municipais de saúde com dificuldades de lotação e permanência e/ou que desenvolvessem serviços de maior complexidade. Para tanto, propunha-se que fossem utilizados para custeio os recursos do Fundo Municipal de Saúde.

A proposta foi aprovada, ficando estabelecido que teriam direito à remuneração os funcionários efetivamente lotados em unidades previamente estabelecidas. Os valores do benefício seriam percentuais, variando de 15% a 35% sobre o salário base do servidor. Para tal, considerar-se-ia o grau de dificuldade de lotação, o acesso, a permanência e/ou complexidade do serviço e/ou unidade de lotação. Dessa forma nasce o benefício popularmente conhecido como gratificação de difícil provimento – uma remuneração da unidade de saúde, variável, dependendo da unidade e que o servidor percebe enquanto nela estiver lotado.

Em julho de 1996 a Portaria nº 35/1996/SMS regulamentou o Programa de Incentivo ao Desenvolvimento Gerencial (IDG), mantendo os percentuais de incentivo para as unidades de saúde, porém passando a incluir os seguintes critérios de exclusão do incentivo: falta, licença para tratamento de saúde (LTS), afastamento de mais de 50% dos dias do mês, recebimento pelo funcionário de reclamação nominal registrada pela Central de Atendimento ao usuário (CAU) ou recebimento de alguma penalidade no período. De 1997 a 2001 foram emitidas novas portarias incluindo novas unidades de saúde no Programa, e em 1999 a Portaria nº 33/1999 – SMS incluiu também como critério de exclusão do incentivo os atrasos registrados em folha de frequência que fossem iguais ou superiores a 20% da carga horária semanal.

Paralelamente, a Portaria nº 33/1995 regulamentou o Plano de Incentivo à Qualidade (PIQ), que objetivava valorizar a qualidade dos serviços prestados pela PMC por meio de recompensa às equipes que após avaliação obtivessem os melhores resultados. Em 1996 ficou estabelecido pela Portaria nº 50/1996 – SMS que o pagamento seria trimestral, sendo contempladas por ordem de classificação: 75% para as dez unidades de saúde (US) com maior pontuação, 50% para as dez US imediatamente pontuadas e 25% para as 15 US posteriores na ordem de pontuação. Também foram estabelecidos critérios de exclusão para este incentivo: equipes que participavam do Programa de Saúde da Família, pois já recebiam

outra gratificação, faltas, atrasos, afastamentos (LTS, licenças, etc.) e lotação inferior a sessenta dias na unidade. Portanto, mais um programa de remuneração variável.

Em abril de 2002 foi implantado, por meio do Decreto nº 150/2002, o Programa de Incentivo ao Desenvolvimento da Qualidade (IDQ), que veio substituir os programas de remuneração variável anteriores (IDG e IDQ) e envolvia no mesmo incentivo as questões de avaliação da qualidade dos serviços prestados e as dificuldades de lotação e permanência dos servidores em locais de trabalho, com maiores problemas de acesso ou grau de complexidade dos serviços prestados na unidade.

O Decreto nº 1.540/2005 definiu o Programa de Incentivo ao Desenvolvimento da Qualidade como um programa de remuneração variável que visava ao incentivo à qualidade e à produtividade e o qualificou como um dos componentes da política de remuneração estratégica da Prefeitura Municipal de Curitiba – um programa vinculado à busca de resultados por meio do desempenho do indivíduo, da equipe e da organização, sendo sua aplicação sustentada por um sistema de avaliação.

COMPREENDENDO A EXPERIÊNCIA DE CURITIBA

Eixo 1 – Avaliação de desempenho

A avaliação de desempenho dos servidores da Secretaria Municipal de Saúde de Curitiba está diretamente vinculada ao Programa de Incentivo ao Desenvolvimento da Qualidade (IDQ), que por sua vez é apoiado por um sistema de avaliação e monitoramento. Este sistema tem por objetivo proporcionar metodologia e base instrumental para um processo de negociação e estabelecimento de metas, monitoramento e aferição de resultados que se inter-relaciona com um sistema de remuneração variável. Sua metodologia está baseada em quatro tipos de avaliação, a saber:

- **Avaliação individual do servidor:** realizada pela chefia imediata da unidade por meio de planilhas específicas. É realizada em dois momentos: em meados do processo e ao final do período de avaliação.

- **Autoavaliação:** cada servidor faz sua autoavaliação, num processo de autocrítica em relação ao seu desempenho no trabalho, seu comportamento no dia a dia e sua produtividade em relação aos resultados esperados.
- **Avaliação da unidade de saúde:** realizada por meio da análise de metas estabelecidas para cada uma das unidades administrativas (18 metas extraídas do Plano Operativo Anual – consideradas estratégicas dentro do conjunto de metas de cada unidade administrativa – mais três metas administrativas).
- **Avaliação da comunidade:** realizada por intermédio de pesquisas feitas pela própria Secretaria de Saúde, na qual setores interdependentes são avaliados uns pelos outros. Para serviços prestados à população são contratados serviços de pesquisa de institutos especializados.

Dessas avaliações deriva um quadro com o resultado final. Nota-se que se o resultado final da avaliação do servidor for igual ou maior que 80 pontos, sem nenhuma incidência em qualquer um dos fatores excludentes, este terá direito ao adicional da remuneração variável dentro do IDQ (que por sua vez premia o mérito e remunera o “difícil provimento”).

	Tipos de avaliação	Pontuação	Peso	Total
1	Avaliação individual	0 – 100	45%	Pontuação x peso
2	Autoavaliação	0 – 100	05%	Pontuação x peso
3	Avaliação da unidade	0 – 100	35%	Pontuação x peso
4	Avaliação da comunidade	0 – 100	15%	Pontuação x peso
	Total das avaliações (Resultado final)	0 – 100	100%	= ou < 100

Eixo 2 – Remuneração variável

Em abril de 2002 a Secretaria de Saúde de Curitiba implantou o Programa de Incentivo ao Desenvolvimento da Qualidade (IDQ) por meio do Decreto nº 150/2002, que veio substituir os programas de remuneração variável anteriores.

O Decreto nº 1.540/2005 definiu o IDQ como um programa de remuneração variável que visava ao incentivo à qualidade e à produtividade e o qualificou como um dos componentes da política de remuneração estratégica da Prefeitura Municipal de Curitiba. Este programa distingue-se por estar vinculado à busca de resultados por meio do desempenho do indivíduo, da equipe e da organização e por ser sustentado por um sistema de avaliação.

O IDQ passou então a se distinguir por associar dois aspectos: i) incentivo destinado a preencher as lacunas oriundas da dificuldade de lotação e permanência dos servidores em locais de trabalho com maiores problemas de acesso ou grau de complexidade dos serviços prestados na unidade de saúde; e ii) incentivo destinado à melhoria da qualidade dos serviços e portanto vinculado à busca de resultados pactuados entre gestores e trabalhadores. O adicional instituído, em geral, corresponde a uma variável percentual sobre o vencimento básico da carreira de cada servidor, podendo variar mês a mês de 20%, 30%, 40% ou 50%.

Nesse sistema, o servidor faz jus ao incentivo ao cumprir as metas de produtividade e qualidade estabelecidas (ver maiores detalhes no item “Avaliação de desempenho”). Uma vez contemplado, o servidor recebe o percentual definido para sua unidade de lotação, que considera os seguintes fatores, regulamentados pela Portaria nº 003/1999 – SMS: a) difícil lotação; b) intensa rotatividade de profissionais que compõem os quadros da Secretaria Municipal de Saúde, ocasionando dificuldades na manutenção do quantitativo de recursos humanos; c) difícil acesso, especialmente por meio de transporte coletivo; d) serviços diferenciados e programas especiais que se caracterizam por uma maior complexidade nos serviços de atendimento diuturno à demanda.

O pagamento do adicional ocorria inicialmente a cada trimestre, após avaliação consolidada, sempre no mês subsequente ao fechamento do processo de avaliação, mediante relação nominal encaminhada pela SMS à Secretaria Municipal de Recursos Humanos, mas foi alterado para pagamento mensal a partir de 2005, com regulamentação dada pelo Decreto nº 1.540, de 29 de novembro de 2005.

Os incentivos financeiros previstos neste programa e pagos em forma de adicional de remuneração variável não são incorporados aos

vencimentos e aos proventos de aposentadoria, não incidindo para cálculo de qualquer vantagem.

Eixo 3 – Construção de indicadores

Visando a melhor qualificar a atenção à saúde em Curitiba e padronizar o processo de trabalho, a Secretaria Municipal de Saúde estabeleceu como estratégia de gestão a construção de indicadores que traduzissem processos de trabalho e que, por sua vez, assegurassem resultados concretos e de qualidade para a população usuária do sistema público de saúde do município, sob a forma de indicadores de saúde.

Para tal, fez-se necessário desenvolver um sistema de monitoramento e avaliação consistente com a intenção de favorecer a apropriação dos processos de planejamento pelos trabalhadores de saúde e, assim, incentivá-los a atuar como protagonistas nas definições de ações e metas dos processos de trabalho bem como a se comprometer com os resultados alcançados perante a população usuária dos serviços de saúde.

A construção de indicadores deu-se em várias etapas, privilegiando momentos de construção coletiva por meio de oficinas de trabalho envolvendo atores com formação e atuação prática diversificada, conforme se vê a seguir.

- **Etapla 1** – O Centro de Informação em Saúde e os coordenadores de informações dos distritos sanitários elaboraram a planilha de programação que serviu de material de suporte para os trabalhos nas oficinas. A planilha de programação local e distrital é construída principalmente com base nos indicadores e nos parâmetros padronizados nos protocolos adotados pela SMS.
- **Etapla 2** – Oficinas com os profissionais e os gerentes, que resultaram na definição das informações necessárias para o monitoramento do planejamento local. No início foram levantados cerca de 250 indicadores, o que tornou impossível o processo de operacionalização, então foram classificados em três categorias: indispensáveis, necessários e desejáveis. Priorizaram-se, naquele momento, os indicadores classificados como

indispensáveis e que possuíssem fonte informatizada para proporcionar a informação em tempo real e dar maior confiabilidade do dado.

- **Etapa 3** – A partir do estabelecimento desses indicadores e metas, construiu-se o Plano Operativo Anual (POA), que é diferente para cada nível institucional e envolve gestores e trabalhadores locais no momento da pactuação de metas, levando em consideração os recursos disponíveis, a capacidade operacional, as séries históricas e as características da população residente no território de abrangência.

Nesse contexto foram selecionados 13 indicadores, posteriormente 18 e por fim 21 indicadores de saúde prioritários. Os princípios utilizados foram: a) todo o processo tem monitoramento trimestral; as Coordenações de Informação à Saúde dos níveis central e distrital reúnem-se periodicamente para avaliar os resultados e atualizar, anualmente, os indicadores e os parâmetros; b) renovam-se anualmente os contratos entre unidade de saúde e distrito sanitário e distrito sanitário e nível central.

Eixo 4 – Contratos de gestão

Em 2002, com o objetivo de introduzir novos mecanismos de gestão, iniciou-se na SMS de Curitiba o processo de revisão dos planejamentos locais e dos protocolos clínicos, o que culminou com a implantação dos “contratos de gestão” chamados de termos de compromisso (Tercom).

O termo de compromisso é um contrato de gestão firmado anualmente com o propósito de coordenar e assegurar que os compromissos sejam cumpridos desde o nível local. Incentiva a parceria entre os envolvidos, proporcionando a garantia de permanente processo de negociação e renegociação. Seus objetivos principais são a transparência entre as partes e a participação e a responsabilização mútua entre gestores e equipes no momento da pactuação de indicadores e metas, sempre em conformidade com a realidade local.

O Tercom é firmado anualmente entre as equipes de saúde, os gestores distrital e municipal e os representantes dos usuários. Seu efeito é

moral, e não legal. Sua base é formulada em cláusulas que na verdade são as pactuações de responsabilidade entre as partes envolvidas. É composto por mecanismos de monitoramento, avaliação e um sistema de incentivos denominado Incentivo ao Desenvolvimento da Qualidade (IDQ). Essa política de remuneração está voltada para resultados por meio do desempenho profissional para a melhoria do atendimento aos usuários e da saúde da população.

O Plano Operativo Anual (POA) – Anexo do Tercom possui 77 indicadores de saúde monitorados de forma trimestral. Esse monitoramento proporciona a cada equipe condições de acompanhar as ações e monitorar seus resultados, sendo, portanto, um importante instrumento para o planejamento local. O envolvimento das equipes nesse movimento provocou mudanças nos processos de trabalho e nas condutas gerenciais, despertou o interesse dos servidores pelo planejamento e pelo acompanhamento dos indicadores locais bem como pela socialização das informações.

O termo de compromisso visa ao aprimoramento do planejamento/avaliação local na medida em que o monitoramento das ações é realizado de forma permanente, melhorando a viabilidade técnica e a política financeira das ações prestadas pela SMS à população.

Com o Tercom intensificou-se o trabalho das equipes de saúde na busca de impacto de suas ações nos indicadores de saúde das famílias residentes nos territórios das unidades de saúde e, conseqüentemente, impacto na saúde da população curitibana.

AVANÇOS

A experiência da Secretaria de Saúde de Curitiba alcançou os seguintes avanços ao implementar um processo de avaliação de desempenho e remuneração variável no contexto de gestão por metas pactuadas:

- descentralização do planejamento;
- construção de indicadores de saúde e processos de trabalho consistentes;
- constituiu-se num instrumento indutor de resultados;

- induziu toda a Prefeitura Municipal de Curitiba a implantar sistemas de remuneração variável;
- exercício de autonomia positiva no trabalho (busca ativa de alcance de metas);
- visibilidade para o controle social;
- o usuário é o maior beneficiado: melhoria das condições de saúde da população.

DESAFIOS

Podem ser apontados alguns fatores que desafiam a experiência da Secretaria de Saúde de Curitiba ao implementar um processo de avaliação de desempenho e remuneração variável no contexto de gestão por metas pactuadas:

- perda de competitividade do valor real do vencimento básico dos servidores da Prefeitura Municipal de Curitiba, ao qual é vinculada a remuneração variável;
- a remuneração variável não incide em recolhimento previdenciário, o que resulta em aposentadorias com valor monetário reduzido em relação ao salário recebido;
- perda de vigor do modelo de atenção (desatualizado) em curso até 2012;
- gratificação de difícil acesso embutida na remuneração variável;
- gratificação para Estratégia de Saúde da Família muito superior (desigual) quando comparada com as equipes convencionais da atenção primária à saúde e outras áreas de atuação do SUS;
- criação de gratificação especial para médicos (SRP) com difícil provimento embutido em (+-) 2008 e incorporação em 2012;
- há um “descolamento” do comprometimento dos trabalhadores com o planejamento institucional.

LIÇÕES APRENDIDAS

A experiência da Secretaria Municipal de Saúde (SMS) de Curitiba apoia-se em quatro eixos: construção e pactuação de indicadores; contrato de gestão; sistema de monitoramento e avaliação de desempenho; e sistema de remuneração variável.

O acompanhamento dessa experiência nos traz várias lições, que podem ser identificadas como práticas inovadoras tanto por meio de um olhar mais individualizado de seus eixos quanto numa visão mais abrangente da experiência.

Como dito, cada um dos eixos apresentados possui força e alcance próprios, mas é interessante observar que a conexão existente entre eles confere uma fortaleza particular e uma potencialização do alcance de seus objetivos. Isso pode ser mais bem identificado se acompanharmos a teia que se forma na ligação dos referidos eixos, como descrito a seguir.

O sistema de remuneração dos trabalhadores da SMS está intimamente ligado ao sistema de avaliação por desempenho. Os trabalhadores podem receber incentivos que chegam a incidir em até 50% sobre o salário base. Nesse incentivo estão incluídas tanto estratégias exitosas para prover e fixar profissionais em áreas de difícil acesso e complexidade dos serviços (incentivo denominado “difícil provimento”) quanto para incentivar o desenvolvimento da qualidade dos serviços (incentivo denominado usualmente de “IDQ”).

O sistema de remuneração dos trabalhadores é variável, estando seu valor condicionado ao local onde se encontra a unidade de saúde e à complexidade dos serviços, bem como ao desempenho no trabalho dos servidores, sendo esta outra estratégia exitosa que premia o mérito detectada na avaliação de desempenho.

O sistema de avaliação de desempenho possui características inovadoras, a saber: a) possui autoavaliação (5%) – considerada importante, apesar da pontuação ainda ser baixa; b) avaliação individual (45%) – apresenta o percentual mais alto e, conforme relato das entrevistas, “muitas vezes a chefia se constrange ao avaliar o servidor abaixo de 80% [...]” (mínimo necessário para que o servidor receba o incentivo IDQ), “[...] e fazê-lo perder uma parte tão significativa do valor final mensal”, muitas

vezes interpretado pelo profissional como salário; c) avaliação da unidade de saúde (35%) – orientada pelo atendimento às metas pactuadas pela unidade de saúde e constantes no contrato de gestão (considerada uma verdadeira lição a ser divulgada); e 4) avaliação da comunidade (15%) – experiência inovadora realizada por uma empresa de consultoria que informa trimestralmente a opinião dos usuários sobre o atendimento de cada profissional da SMS de Curitiba.

Por sua vez, a ligação dos dois sistemas responde a uma intenção prévia de atender à lógica de uma gestão por resultados que estabelece metas sanitárias a serem alcançadas.

Nesse contexto, indicadores para monitoramento de processos e ações são construídos e acompanhados no Plano Operativo Anual (POA), que é diferente para cada nível institucional e envolve gestores e trabalhadores locais no momento da pactuação de metas, levando em consideração os recursos disponíveis, a capacidade operacional, as séries históricas e as características da população residente no território de abrangência.

O eixo “construção de indicadores” é outra ação inovadora e uma lição a ser aprendida e compartilhada entre aqueles que desejam construir um sistema eficiente e eficaz. Seu monitoramento tem periodicidade trimestral e é atualizado anualmente.

O último eixo que veio compor este sistema foi o “contrato de gestão”. Este contrato tem cláusulas que funcionam como pactuações de responsabilidade entre as equipes de saúde, os gestores distrital e municipal e os representantes dos usuários. Ele é firmado anualmente e não tem valor legal.

O aumento no grau de transparência ocorrido no planejamento das ações e na pactuação das metas estimulou também os compromissos institucionais e favoreceu a compreensão de cada trabalhador e de suas equipes da importância de sua inserção nas atividades realizadas nos territórios das unidades de saúde.

Ressalte-se que esse processo não se deu de forma linear ao longo dos anos: apresentou momentos de júbilo ao envolver trabalhadores, gestores e usuários na construção de ações que impactassem a saúde da população curitibana, mas viveu momentos de descaso, evidenciados

por gestão descomprometida com a essência da proposta ou por meio de cumprimento meramente cartorial de intenções preestabelecidas.

Talvez a verdadeira lição da experiência da Secretaria Municipal de Saúde de Curitiba seja a inter-relação de seus quatro eixos. Assim, o sistema de avaliação de desempenho e o sistema de remuneração variável – IDQ – representam também a pactuação de metas, a construção de indicadores e o termo de compromisso. Nesse contexto fica mais fácil entender uma fala que se repete em muitos momentos nas entrevistas com trabalhadores e gestores: “[...] quer alcançar uma meta? Coloque a meta no IDQ”; “está no IDQ? É meta alcançada”.

PERSPECTIVAS

A experiência da Secretaria de Saúde de Curitiba ao implementar um processo de avaliação de desempenho e remuneração variável no contexto de gestão por metas pactuadas encontra-se diante das seguintes perspectivas:

Em 2013, a Prefeitura Municipal de Curitiba e a Secretaria Municipal de Saúde assumem uma nova gestão com o desafio de estruturar uma nova política de recursos humanos para a saúde traduzida por um novo Plano de Cargos, Carreiras e Salários e novas práticas de relações de trabalho.

Reconstrução de uma política de recursos humanos da Prefeitura Municipal de Curitiba baseada no incremento do vencimento básico dos servidores com incidência de desconto previdenciário.

Na Secretaria Municipal de Saúde há um grande movimento no sentido de rever instrumentos de gestão, de relações de trabalho, de política de remuneração, etc.

Neste processo parece certo que se aprofundarão ações visando:

- a uma política de gestão descentralizada, com metas e objetivos definidos por meio de indicadores de saúde e processos de trabalho revistos e atualizados pelas equipes ;
- ao monitoramento estratégico sistemático das ações;

- a uma política de remuneração variável (com discussão de percentuais e possível incorporação de parte do incentivo ao salário base);
- ao fortalecimento de um modelo de atenção à saúde que tem a atenção primária como ordenadora e orientadora do cuidado.

CRÉDITOS

O registro da experiência Avaliação de desempenho e remuneração variável no contexto de gestão por metas pactuadas – a experiência da Secretaria Municipal de Curitiba (PR) foi realizado por pesquisadores do Laboratório de Inovação, apoiando-se em documentos produzidos pela SMS de Curitiba (Prêmio InovaSUS) e em depoimentos de pessoas-chave da SMS/Curitiba.

Equipe InovaSUS

- Adriana Maria Parreiras Marques – pesquisadora do Laboratório de Inovação
- Erotildes Antunes Xavier – responsável técnico – SMS/Curitiba
- Gerson Flávio da Silva – representante do Ministério da Saúde
- Cristiane Gosch – representante da Organização Pan-Americana da Saúde

Trabalhadores e gestores da SMS de Curitiba

- Adriano Massuda – médico – Secretário Municipal da Saúde
- Ana Maria Cavalcanti – médica – Coordenação de Informação
- Eliane Beatriz Fiorini – enfermeira – componentes da equipe da UBS Bom Pastor
- Erotildes Antunes Xavier – administrador – coordenador técnico de Gestão do Trabalho em Saúde
- Fabiana Oltan – enfermeira
- Ines Kultchek – enfermeira – Diretora de Planejamento
- Jussara de Castilho Rosa Azevedo (participou da elaboração do projeto)

- Liliane Ribeiro Toterol – enfermeira – Coordenadora de Gestão do Distrito Sanitário de Santa Felicidade, ao qual a UBS Bom Pastor é vinculada
- Maria Stela Elias – socióloga – Coordenadora de Gestão do Distrito Sanitário Cida de Industrial – CIC
- Michele Thais Teixeira Rocha – agente administrativo – Gerente de Administração de Pessoas
- Nilza Teresinha Faoro – enfermeira – Coordenação de Informação
- Rita de Cássia Toporowicz Lemes Reis – enfermeira
- Sandra Lorencato – enfermeira – Coordenadora da UBS Bom Pastor
- Sílvia Amélia Jarencio Cherubin – agente administrativo – chefe do Núcleo de Recursos Humanos da SMS/SMRH

III. RELATOS DAS EXPERIÊNCIAS

DIMENSIONAMENTO DE RECURSOS HUMANOS NA ATENÇÃO BÁSICA – A EXPERIÊNCIA DA SECRETARIA MUNICIPAL DE CAMPINAS (SP)

O MUNICÍPIO DE CAMPINAS

Campinas tem pouco mais de 260 anos de história desde sua colonização. A cidade surgiu no século XVIII como um bairro rural da Vila de Jundiá, sendo constituída de migrantes e imigrantes procedentes das mais diversas regiões do estado, do país e do mundo, que chegavam atraídos pela instalação de um novo parque produtivo composto de fábricas, agroindústrias e estabelecimentos diversos.

O município de Campinas está localizado no Estado de São Paulo a 100 km da capital e conta com 1.082.000 habitantes (IBGE, 2010), dos quais 6.646 integram a Secretaria Municipal de Saúde e se responsabilizam por atender as necessidades de saúde dessa população.

APRESENTAÇÃO

O município de Campinas conta com 6.646 servidores na Secretaria Municipal de Saúde (SMS). Devido à complexidade de sua rede de serviços, Campinas adotou, a partir de 1994, os princípios de regionalização e descentralização dos serviços, tendo a atenção básica como “porta de entrada” para o sistema de saúde.

Para viabilizar tal estratégia organizacional, a área de recursos humanos apresentou um plano no qual o foco central seria o dimensionamento da força de trabalho da Secretaria de Saúde no âmbito da atenção básica. Assim, o dimensionamento do quadro de pessoal foi elaborado na dimensão quantitativa, com variáveis baseadas na utilização de cálculos matemáticos que trazem a distribuição formal de trabalhadores por unidade básica de saúde, cargo e jornada semanal, identificando as “vulnerabilidades” dos usuários e suas necessidades de saúde, possibilitando a reorganização do processo de trabalho individual e em equipe.

A experiência de dimensionar recursos humanos na Secretaria de Saúde de Campinas configurou-se como uma potente ferramenta para identificar, analisar e qualificar a força de trabalho necessária para assistir a população de Campinas dentro do Sistema Único de Saúde.

CONTEXTO/ANTECEDENTES

Nos últimos trinta anos, o sistema de saúde do município de Campinas passou por profundas transformações e grande ampliação da sua rede de serviços, experimentando várias formas de organização: Medicina Comunitária de Saúde; Pró-Assistência; Ações Integradas de Saúde (AIS); Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (Suds); e Sistema Único de Saúde (SUS), corroborando com a permanente mudança do território influenciada pelo estado.

A partir de 2001, adotou-se o Programa de Saúde da Família (PSF) como estratégia para organização da atenção básica, caracterizando-se por várias ações de saúde individuais e coletivas de promoção, prevenção e recuperação da saúde, orientando-se pelos princípios de universalidade, acessibilidade, vínculo, continuidade do cuidado, integralidade da atenção, responsabilidade, humanização, equidade e participação social.

Na gestão 2005-2012, o Programa foi avaliado e reestruturado por meio do projeto Reorganização da Atenção Básica, que pode ser definido como o conjunto de ações de caráter individual e coletivo voltadas para a promoção da saúde e a prevenção dos agravos, bem como as ações assistenciais, essenciais para a resolutividade deste nível de atenção. Atual-

mente, a Secretaria Municipal de Saúde (SMS) de Campinas mantém a atenção básica como porta de entrada para seu sistema de saúde – SUS.

Para dar cabo de tal empreitada, a SMS de Campinas conta com um Departamento de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde, ao qual compete um conjunto de ações, dentre elas o planejamento e o apoio às ações de gestão do trabalho, em que 2.895 servidores oferecem 3.795 horas de atendimento semanal aos usuários em 64 unidades de saúde para uma população de 1.082.000 habitantes.

PROCESSO DE CONSTRUÇÃO

Diante da relevância de dimensionar os recursos humanos, o Departamento de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde elaborou o dimensionamento para a atenção básica com a participação de trabalhadores, gestores e coordenadores das áreas programáticas do Departamento de Saúde.

O processo de construção iniciou-se embasado na Portaria nº 1.101 de junho de 2002, que traz os parâmetros de cobertura assistencial no Sistema Único de Saúde, sendo posteriormente agregada a portaria que aprovou a Política Nacional de Atenção Básica, que recomenda, dentre outras orientações, que cada equipe de Saúde da Família deve ser responsável por no máximo 4 mil pessoas, sendo a média 3 mil pessoas, respeitados os critérios de equidade e vulnerabilidade das famílias de cada território, e quanto maior o grau de vulnerabilidade menor deverá ser o número de pessoas por equipe.

Com base nessa premissa, o processo de construção da proposta de dimensionamento da força de trabalho na SMS de Campinas envolveu inúmeros debates sobre a distribuição formal de trabalhadores por unidade básica de saúde, cargo e jornada semanal, identificando as vulnerabilidades dos usuários e suas necessidades de saúde.

No primeiro semestre de 2013, o Departamento de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde fez uma revisão em todos os dimensionamentos com participação dos distritos e dos coordenadores de área do Departamento de Saúde. Com base nessas discussões foram adotados novos

parâmetros e indicadores que agregaram valor aos resultados alcançados no processo de dimensionar a força de trabalho.

As unidades de saúde, independentemente da sua forma de organização e/ou cobertura por Estratégia de Saúde da Família (ESF), deverão cumprir o contrato de metas instituído para que se possa avaliar a atuação das equipes locais e distritais no manejo das vulnerabilidades coletivas e/ou individuais de sua área de abrangência, oferecendo assim mais elementos para reavaliar o dimensionamento realizado.

COMPREENDENDO A EXPERIÊNCIA DE DIMENSIONAMENTO DA FORÇA DE TRABALHO EM CAMPINAS

Eixo 1 – dimensionamento – questões orientadoras

O ponto de partida é constituído por quatro questões orientadoras: Para quem? O que oferecer? Como fazer? Quantos?

A primeira pergunta deve ser respondida identificando-se e conhecendo-se os usuários que vivem no território, considerando-os sujeitos históricos, ativos, inseridos num determinado lugar, convivendo com os dilemas, os conflitos e as contradições presentes na macro e na micro-política da cidade. O lugar onde vivem os usuários deve ser o lócus, aqui denominado de território, de acordo com Santos (2001), onde “o espaço é formado por dois componentes que o integram continuamente: a configuração territorial, isto é, o conjunto de dados naturais, mais ou menos modificados pelo homem, e a dinâmica social ou o conjunto de relações que definem uma sociedade em um dado momento”. Considerando essas definições é que se torna possível classificar a vulnerabilidade social dos territórios circunscritos pelas unidades de saúde.

A segunda pergunta é quais serviços de saúde deverão ser oferecidos aos usuários de modo que atendam as diferentes necessidades de saúde, tomando-as como centro das intervenções e das práticas implementadas pelos trabalhadores em seu cotidiano, visando a uma atenção mais humanizada e qualificada. Considerando-se que as necessidades de saúde dos usuários podem variar desde as ações mais simples e concretas (consumo de medicamentos) até as mais complexas e subjetivas (violên-

cia domiciliar), a equipe de saúde, independentemente dos arranjos organizacionais, deverá ter sensibilidade e capacidade para decodificar essas necessidades, ofertando serviços da melhor forma possível.

A terceira questão deve analisar a organização do processo de trabalho, a forma como serão ofertadas as atividades desenvolvidas nos serviços, os fluxos estabelecidos e as atribuições dos cargos, considerando-se o trabalho coletivo institucional, que se desenvolve com características do trabalho profissional. Para entender como os processos de produção de saúde são desenvolvidos, adotou-se o conceito de organização tecnológica do trabalho, segundo Mendes-Gonçalves (2005), “como conjunto de saberes e instrumentos que expressa, nos processos de produção de serviço, a rede de relações sociais em que seus agentes articulam sua prática em uma totalidade social”.

A quarta dimensão é quantitativa, baseada em cálculos matemáticos que trazem a distribuição formal de servidores por unidade básica de saúde, cargo e jornada semanal. Trata-se de identificar a quantidade de profissionais ou horas necessários para atender com qualidade as necessidades de saúde dos usuários, ofertando os serviços de forma organizada e resolutiva. Ao responder essa questão é possível realizar uma avaliação comparativa entre o quadro atual e o dimensionado, identificando-se déficit ou superávit de profissionais, sendo esse resultado utilizado para definir a necessidade de realização de concursos públicos, a distribuição de vagas por categoria profissional, a alocação e o remanejamento de pessoal e a priorização de vagas de acordo com a maior necessidade de compor as equipes nas unidades básicas de saúde.

Eixo 2 – Metodologia/parâmetros para o dimensionamento

A elaboração do estudo iniciou-se com a realização da adscrição da clientela por unidade básica de saúde e classificação das vulnerabilidades do território, este entendido como um espaço dinâmico, vivo e em permanente mudança, constituído por um conjunto de objetos e ações.

A proposta metodológica desenvolvida teve como orientação a distribuição populacional entre as equipes, recomendada pela Política Nacional de Atenção Básica. Durante o processo de elaboração do dimen-

sionamento foram realizados novos estudos e análises que permitiram a definição de outros parâmetros numéricos encontrados na quantificação de recursos humanos e indicadores obtidos em realidades específicas, que permitiram fazer algumas comparações e análises, levando-se em conta as diferenças e as semelhanças existentes em cada unidade básica de saúde, como descrito a seguir.

- População total adscrita por unidade básica de saúde e por faixa etária e sexo: definição da população que deverá ser assistida em cada unidade básica de saúde com base nos mapas territoriais, sendo utilizados os dados segundo o IBGE (2010).
- Unidade de referência: utilizou-se a denominação de unidade de referência para traduzir o conjunto de horas necessárias de todas as categorias profissionais que atuam na atenção básica para atender uma determinada população adscrita no território.
- Horário de funcionamento das unidades básicas de saúde: calculou-se o horário de abertura até o fechamento da unidade básica de saúde por dia e após somaram-se todos os horários de forma que se obtivesse o horário de funcionamento semanal de cada unidade básica de saúde.
- Índice de utilização dos serviços: é o percentual de usuários que utilizam a unidade básica de saúde para determinado tipo de atendimento. Tal percentual pode variar de acordo com as necessidades dos usuários, que possuem diferentes problemas de saúde, em momentos distintos de suas vidas.
- Potencial de produtividade por categoria profissional: calculou-se com base no percentual da jornada semanal destinada à assistência individual aos usuários por categoria profissional. A definição desse percentual é variável de acordo com as atribuições e os parâmetros numéricos assistenciais de cada cargo, a organização do processo de trabalho e o modelo de saúde adotado pela Secretaria Municipal de Saúde.
- Capacidade física instalada em cada unidade de saúde: identificação da estrutura física por m^2 construído, número de salas disponíveis para o atendimento individual e coletivo, equipa-

mentos odontológicos disponíveis em cada unidade básica de saúde.

- Vulnerabilidade social: identificação da proporção de pessoas morando em aglomerados subnormais, da proporção de responsáveis por famílias com até três anos de estudo e da proporção de responsáveis por famílias com renda até três salários mínimos.

Procedimentos de dimensionamento (síntese)

Descrevem-se a seguir alguns dos procedimentos executados para a realização do dimensionamento da força de trabalho, de acordo com as diretrizes expostas.

Primeiramente, são definidos indicadores e pesos relativos à vulnerabilidade social nos distritos de saúde, com pontuação que vai desde 0, para baixa vulnerabilidade, até 10, para alta. Elabora-se, dessa forma, um quadro de distribuição da população por distrito, área territorial, vulnerabilidade, além do número de unidades de referência e UR/habitante. Dessa forma, é realizada a distribuição populacional entre as unidades básicas de saúde, sendo classificadas de acordo com as vulnerabilidades sociais, o que determinou o número de pessoas por unidade de referência, embasando o dimensionamento de todas as categorias profissionais que desenvolvem suas ações na atenção básica.

A próxima etapa é dimensionamento por categoria profissional, abrangendo as seguintes categorias: farmacêuticos; técnicos de farmácia; cirurgiões dentistas; agentes de saúde bucal; médicos; enfermeiros, auxiliares e técnicos de enfermagem; agentes comunitários de saúde e agentes administrativos.

São estabelecidos parâmetros e indicadores para cada área profissional, levando-se em consideração, por exemplo, o número mínimo em cada unidade básica de saúde; o horário de funcionamento desta; sua complexidade; o número estimado de procedimentos profissionais, além do número de profissionais a ser destinado a cada unidade.

É fundamental também definir com relativa precisão as diversas áreas de atuação de cada profissional. Como exemplo, no caso dos farmacêuticos, elas são: a) supervisão e administração do trabalho

desenvolvido pelos técnicos de farmácia; b) atendimento aos usuários; c) ações educativas (participação nos grupos e capacitações); d) visitas domiciliares.

Tomando-se como outro exemplo o caso da odontologia, parâmetros diferenciados são traçados, entre eles: o índice de utilização de 70% da população; a vulnerabilidade; a estimativa de procedimentos odontológicos por habitante; o critério de três procedimentos/hora/profissional, devidamente definidos com base em documentos oficiais do MS ou da própria SMS.

O caso dos médicos, no qual entram em jogo outras variáveis em termos de parâmetros e indicadores, é calculada a população adscrita por UBS, por faixa etária e sexo; a vulnerabilidade social; o potencial de produtividade. A SMS define que cada unidade de referência terá 36 horas médicas distribuídas entre as especialidades de médico de família e comunidade; clínico geral; ginecologista e obstetra; e pediatra. A jornada médica, por sua vez, tem como parâmetros: 60% de atendimentos individuais programados e de agudos na unidade básica de saúde; 20% de atividades no território, participação em reuniões de equipe, atendimentos domiciliares; 20% de ações educativas, capacitações, dentre outras atividades demandadas pelo serviço. Além disso, existe um quadro que permite definir as horas médicas em cada uma das especialidades. O chamado potencial de produtividade tem como padrão a realização de três consultas por hora.

Também a área de enfermagem tem algumas especificidades em termos de parâmetros e indicadores, podendo ser citada, especialmente, no caso do enfermeiro de nível superior, a vinculação a linhas de cuidado (saúde da mulher, saúde do adulto, saúde da criança, saúde do idoso, saúde do trabalhador). Os demais parâmetros são equivalentes aos das outras profissões. Existem dispositivos igualmente específicos para o processo de trabalho deste grupo profissional, prevendo-se cargas horárias específicas para atividades coletivas e individuais no território e na unidade de saúde; supervisão e gerenciamento; assistência individual e ações programáticas na área da criança, da mulher, do adulto e do idoso.

Para o caso do agente comunitário de saúde, profissional estratégico na atenção básica, com disposições regulamentadas em nível nacional,

ele é dimensionado com base no número de unidades de referência, de acordo com a vulnerabilidade de cada unidade de saúde, sendo considerados três agentes comunitários de saúde por unidade. Segundo a PNAB, o ACS assistirá em média 750 pessoas, variando em Campinas o número de habitantes por ACS de 762 a 1.036.

No caso dos agentes administrativos, os parâmetros e os indicadores são: o horário de funcionamento da unidade de saúde, a vulnerabilidade local e a população adscrita por unidade. Eles são dimensionados em dois profissionais por unidade, com jornada de 36 horas semanais. As atividades que realizam receberam “pesos variáveis”, levando-se em consideração o número de trabalhadores e o horário de funcionamento da unidade de saúde. Assim, por exemplo, unidades com mais de 80 funcionários recebem peso 4; de 62 a 80, peso 3; de 40 a 61, peso 2; menos de 40, peso 1. De forma similar, para horário de funcionamento: acima de 60 horas, peso 4; 60 horas, 3; 50 a 59 horas, 2; menos de 50 horas, 1. É definido também o número de profissionais por unidade de acordo com uma classificação de complexidade das unidades, de tal forma que um único profissional é alocado se o peso for menor que 3,0 e dois profissionais se for igual ou maior que 3,0.

Eixo 3 – Sistema de informação e informática

O Departamento de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde recebia informações cadastrais de seus profissionais por meio de planilhas exportadas do sistema de folha de pagamento da Prefeitura Municipal de Campinas pela Secretaria Municipal de Recursos Humanos. Por meio dessas planilhas eram realizados todos os relatórios que serviam como base para as informações da Secretaria Municipal de Saúde.

No ano de 2010, a Coordenadoria de Informação e Informática da Secretaria de Saúde deu início ao desenvolvimento de um sistema informático que possibilitou manter atualizadas as informações de local de trabalho (lotação) dos seus servidores, independentemente dos trâmites burocráticos oriundos dos remanejamentos de pessoal.

No ano de 2013, iniciou-se o Projeto de Dimensionamento utilizando planilhas Excel, com os cálculos por unidade de saúde (US) sendo realizados utilizando-se os parâmetros definidos nos estudos.

Após a apuração dos valores dimensionados era necessário compará-los ao quadro atual das unidades de saúde. Inicialmente, para fazer essa apuração utilizava-se o Microsoft Office Excel como editor de planilhas. Porém, tendo em vista a dinamicidade do cenário, cada vez que se necessitava de um relatório era necessário exportar os dados do sistema e importá-los no Excel para realizar a apuração por unidade.

Nesse contexto, a expectativa dos analistas e dos gerentes era ter um sistema que calculasse automaticamente o dimensionamento de recursos humanos por cargo e por unidade com base nos parâmetros estabelecidos. Mas alguns desafios eram colocados, como por exemplo: a) manter o sistema atualizado (a rede básica é muito dinâmica e era necessário que as unidades e os distritos informassem imediatamente sempre que um remanejamento fosse realizado); b) facilitar a emissão dos relatórios de dimensionamento por unidade (para que todos conseguissem emití-los e não somente os profissionais com conhecimentos avançados de informática).

Como o projeto precisava de um tempo de amadurecimento para que correções e ajustes pudessem ser realizados, optou-se por iniciar o desenvolvimento de telas para cadastro dos parâmetros e de emissão de relatórios de dimensionamento por unidade e por cargo. A ideia agora seria utilizar diretamente o banco de dados de profissionais, não necessitando mais fazer a exportação dos dados do banco para gerar o relatório. O cálculo ficaria então para uma segunda fase, podendo ainda passar por um processo de revisão.

Para esse desenvolvimento o Departamento contou com a colaboração de um profissional técnico em informática, cujo trabalho propiciou a agilidade na emissão dos relatórios, mesmo que ainda permaneça a dificuldade de viabilizar o fluxo de informações para a atualização de dados.

Para enfrentar o desafio de disponibilizar os dados atualizados referentes ao dimensionamento das unidades, continua-se o esforço de concluir o desenvolvimento do sistema disponibilizando o acesso ao dimensionamento por unidade de saúde, via web, possibilitando também às unidades o registro das movimentações de pessoal *online*. Para a realização deste intento é fundamental a parceria com a Coordenadoria de Informática.

AVANÇOS

Ressaltam-se a seguir os principais avanços e resultados na implementação da proposta de dimensionamento de recursos humanos na atenção básica na Secretaria Municipal de Saúde de Campinas.

- Definição dos parâmetros e dos indicadores para serem utilizados conforme a categoria profissional: população adscrita por unidade de saúde e por faixa etária e sexo; unidade de referência; vulnerabilidade social; horário de funcionamento das unidades básicas de saúde; potencial de produtividade por categoria profissional; capacidade física instalada em cada unidade básica de saúde; índice de utilização dos serviços e densidade demográfica.
- Definição de reserva técnica de 20% da jornada semanal para suprir as ausências previstas, ou não, dos servidores ao trabalho durante o ano (8,2% para férias, 4,9% para licença prêmio e 6,9% para afastamentos legais).
- Classificação das unidades de saúde de acordo com as vulnerabilidades sociais, o que determina o número de habitantes por unidade de referência (baixa: 3.800 – média: 3.200 – alta: 2.750 – muito alta: 2.500).
- Definição da necessidade de todas as categorias profissionais que desenvolvem suas ações na atenção básica para assistir a população adscrita por unidade de saúde: médico, enfermeiro, auxiliar/técnico de enfermagem, agente comunitário de saúde, farmacêutico, agente de apoio à saúde (farmácia), agente administrativo, dentista, técnico de saúde bucal e auxiliar de saúde bucal.
- Apropriação das especificidades do mundo do trabalho no campo da saúde pública, promovendo diálogo com as práticas hegemônicas de produção do cuidado.
- Construção de novos modos de produção por meio de revisões bibliográficas, grupos de estudos, discussões com gestores e trabalhadores.

- Criação de planilhas que calculam o número adequado de recursos humanos com base nos critérios estabelecidos pela Secretaria Municipal de Saúde.
- Desenvolvimento de um sistema de informação que permite a elaboração de relatórios comparativos entre os valores dimensionados e o quadro atual de servidores, sendo este atualizado mensalmente por meio da folha de pagamento enviada pela Secretaria Municipal de Recursos Humanos.
- Previsão orçamentária quanto à adequação de recursos humanos para a saúde, auxílio à definição de vagas para concursos públicos e movimentação de servidores e definição de prioridade de vagas para as unidades básicas de saúde.
- Incorporação da dimensão qualitativa durante o processo de elaboração com base na identificação dos usuários que vivem no território, na definição dos serviços a serem oferecidos para atender as necessidades de saúde e na reorganização do processo de trabalho, sendo estabelecidos novos fluxos.

DESAFIOS

São desafios para a experiência de Campinas e para o dimensionamento da força de trabalho no SUS:

- Apesar de contar com um processo participativo de construção e aplicação da metodologia de dimensionamento, envolvendo trabalhadores, gestores e coordenadores das áreas programáticas do Departamento de Saúde, coloca-se como desafio o necessário envolvimento de representantes de movimentos sociais, sob o risco de colocar em perigo a legitimidade do processo em momentos cruciais de negociação.
- Ainda não foi possível encontrar um meio de envolver os conselhos de classe como um todo, sendo verificada uma tendência de que estes se coloquem como soberanos nas decisões de saúde, numa defesa mais parcial de sua categoria, em sua maioria, em detrimento dos interesses do SUS.

- A categoria médica coloca-se, algumas vezes, em posição diferenciada em relação às outras categorias, comprometendo os interesses do processo instituído.
- Visão estática da metodologia de dimensionamento (tanto no que se refere à própria construção da metodologia quanto à utilização dos resultados encontrados), apontando para uma tendência de cristalização de um conceito de projeto de dimensionamento. Tal desafio tem origem numa visão mais improgressiva de dimensionamento, sem se dar conta de que este deve responder às demandas e à flexibilidade própria das mutações de um sistema de saúde.
- Enfrentar a resistência dos trabalhadores quando é necessária a alteração de processos de trabalho já instituídos nas unidades de saúde. Tal fato se dá principalmente quando o dimensionamento aponta para a necessidade de diminuição de recursos humanos alocados na unidade, podendo surgir o seguinte questionamento: necessidade de mais profissionais ou de uma gestão diferenciada?
- Evidenciar a “publicização” dos parâmetros/metodologia e resultados da aplicação do método de dimensionamento, informando a todos os atores envolvidos o resultado encontrado, bem como as ações corretivas necessárias, evitando que tal análise e sua intervenção no processo de trabalho tenha uma versão “policialesca” de controle e não de modificação da ação gerencial, como seria sua intenção primeira.
- Manter atualizado o sistema de informação no que se refere ao envio de informações (a exemplo dos remanejamentos ocorridos) pelas unidades de saúde e pelos distritos, potencializando o fluxo de informações.
- Desenvolver um sistema informático com plataforma web para acesso amplo e rápido das informações (alimentação e utilização de dados).

Coloca-se ainda como um grande desafio de um processo de dimensionamento para os recursos humanos na saúde a resposta a algu-

mas questões cruciais: dimensionar recursos humanos para atender qual modelo de sistema de saúde? Para atender quais metas?

LIÇÕES APRENDIDAS

A implementação da proposta de dimensionamento de recursos humanos na atenção básica na Secretaria Municipal de Saúde de Campinas foi considerada especialmente inovadora no que tange à importante participação dos trabalhadores, dos gestores e dos coordenadores das áreas programáticas na elaboração do dimensionamento de pessoal para o eixo da atenção básica.

Mesmo se reconhecendo a diversidade de atores envolvidos na construção da experiência de Campinas, considera-se uma importante lição a ser repassada para aqueles desejosos de implantar tal processo em sua secretaria de saúde a especial atenção que deve ser dada à necessidade de ampliação da participação social, especialmente no que tange ao envolvimento de atores representantes de usuários e que ajam com a intencionalidade de “controle social”, ou seja, atores vinculados a setores organizados da sociedade civil que atuem na defesa dos interesses dos usuários e dos trabalhadores (conselhos, sindicatos, etc.), garantindo a participação social nas políticas públicas.

Os gestores da experiência de Campinas enfatizam que não basta envolver tais atores ao longo do processo, o envolvimento destes deve se dar desde o início. Tal recomendação se deve não somente à “busca da ação correta”, mas à “redução de ruídos” e à minimização de conflitos alcançados por uma pactuação de metas e intenções que deve ocorrer em todos os momentos do processo: da concepção e do planejamento, à implementação, ao monitoramento e à avaliação.

Outra lição importante é apontada por Campinas ao alertar aqueles que desejam usar o processo de dimensionamento como instrumento de gestão: estar atentos ao responder às quatro questões que devem iniciar toda discussão sobre o processo de dimensionamento: Para quem? O que oferecer? Como? Quanto?

Aprende-se também com essa experiência de Campinas a importância de agregar parâmetros e indicadores bastante diversificados para se chegar a um “número final”. São eles: população total adscrita por unidade básica de saúde e por faixa etária e sexo; unidade de referência (conjunto de horas necessárias de todas as categorias profissionais que atuam na atenção básica para atender uma determinada população adscrita no território); horário de funcionamento das unidades básicas de saúde; índice de utilização dos serviços (percentual de usuários que utilizam a unidade básica de saúde, variável de acordo com as necessidades dos usuários, que possuem diferentes problemas de saúde, em momentos distintos de suas vidas); potencial de produtividade por categoria profissional (percentual da jornada semanal destinada à assistência individual aos usuários por categoria profissional, variável de acordo com as atribuições e os parâmetros numéricos assistenciais de cada cargo, a organização do processo de trabalho e o modelo de saúde adotado pela Secretaria Municipal de Saúde); capacidade física instalada em cada unidade de saúde; e vulnerabilidade social (identificação da proporção de pessoas morando em aglomerados subnormais, da proporção de responsáveis por famílias com até três anos de estudo e da proporção de responsáveis por famílias com renda até três salários mínimos).

Sabe-se ainda que novos indicadores podem ser incorporados nesta mesma experiência e que estes podem sofrer uma variação dependendo do contexto aplicado (a exemplo de outras secretarias que já trabalham com o indicador de metas claramente definidas).

Lição importante também é reconhecida ao se perceber que a metodologia de dimensionamento da força de trabalho deixou de ocupar o lugar de “apenas números” (a exemplo da necessidade de profissionais para repor aposentadorias, exonerações, demissões e ampliação de oferta de serviços prestados à população), passando a ser concebida como uma ferramenta de gestão que ocupa um lugar de destaque no planejamento estratégico de recursos humanos, ao oferecer possibilidades concretas para identificar, analisar e qualificar a força de trabalho necessária para atender a um planejamento que deve atender aos compromissos com as demandas oriundas do Sistema Único de Saúde.

PERSPECTIVAS

O dimensionamento dos recursos humanos na atenção básica da Secretaria de Saúde de Campinas foi entendido como uma experiência inovadora que ultrapassou os limites da ação gerencial setorizada, configurando-se como um potente instrumento de gestão.

Percebe-se nesta experiência o potencial de replicabilidade a outros setores da própria Secretaria de Saúde, que já manifesta desejo de replicação, bem como a outros cenários brasileiros, respeitando-se as diferenças e as peculiaridades de cada contexto.

CRÉDITOS

O registro da experiência “Dimensionamento de recursos humanos na atenção básica” da Secretaria Municipal de Saúde (SMS) de Campinas (SP) foi realizado por pesquisadores do Laboratório de Inovação, apoiando-se em documentos produzidos por Elisabet Lelo do Nascimento (DGTES/SMS/Campinas), em documentos produzidos pela SMS de Campinas (Prêmio InovaSUS) e em depoimentos de pessoas-chave da SMS/Campinas.

Equipe InovaSUS

- Adriana Maria Parreiras Marques – pesquisadora do Laboratório de Inovação
- Elisabet P. Lelo do Nascimento – responsável técnico – SMS/Campinas
- André Luiz Rodrigues Silva – representante do Ministério da Saúde
- Cristiane Gosch – representante da Organização Pan-Americana da Saúde

Trabalhadores e gestores da SMS de Campinas

- Agnaldo Ribeiro de Queiroz – Diretor do Departamento de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde (DGTES)

- Alfredo Pompeo do Amaral – dentista – Coordenador Distrital de Saúde
- Alessandra dos S. Santana – agente administrativo – Departamento de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde (DGTES)
- Aloide Ladeia Guimarães – enfermeira – Departamento de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde (DGTES)
- Alzira de Cássia S. Costa – enfermeira – Centro de Saúde – Parque Valença
- Carla Arruda Cheri – agente administrativo – Departamento de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde (DGTES)
- Carmino Antônio de Souza – Secretário – Secretaria Municipal de Saúde
- Cláudia Agrelli de Brito – apoiadora do Distrito de Saúde Norte
- Cláudia Manoel Curzio – enfermeira – Coordenadora Distrital de Saúde – Noroeste
- Cristiane F. Lemos – Analista de Gestão de Pessoas – Departamento de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde (DGTES)
- Elisabet P. Lelo Nascimento – enfermeira – Departamento de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde (DGTES)
- Elizete Maria F. Boschi – Analista de Gestão de Pessoas – Departamento de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde (DGTES)
- Gabriel Douglas G. Silva – agente administrativo – Departamento de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde (DGTES)
- Ilione de Cassia Pinto – enfermeira – Departamento de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde (DGTES)
- Lúcia Helena Frizzarim – terapeuta ocupacional – Departamento de Gestão do Trabalho e Educação Carlos Henrique dos Santos – agente de suporte técnico – Departamento de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde (DGTES)
- Jessica Rodrigues da Silva – agente administrativo – Departamento de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde (DGTES)
- Leonel Carlos Pereira – Analista de Tecnologia da Informação – Coordenação Setorial de Informática

- Lídia Alves de Araújo – enfermeira – Coordenadora Distrital de Saúde – Sudoeste
- Lúcio Zanette Figueiredo – Analista de Tecnologia da Informação – Coordenação Setorial de Informática
- Marcelene Bennete – enfermeira – Coordenadora Distrital de Saúde – Sudoeste
- Maria Ângela F. Santana – Coordenadora do Centro de Saúde Aurélia
- Marionaldo Fernandes Maciel – Secretário Municipal de Recursos Humanos
- Marcelo Mendes Nakayama – Analista de Gestão de Pessoas – Departamento de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde (DGTES)
- Marcelo Silva Reis – agente de suporte técnico – Departamento de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde (DGTES)
- Marilda Aparecida Atauri – Analista de Gestão de Pessoas – Departamento de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde (DGTES)
- Mônica Regina de T. M. Nunes – Diretora do Departamento de Saúde
- Roberto Mardem – médico – pediatra – Coordenador Distrital – Leste
- Rosana Aparecida Garcia – Coordenadora de Enfermagem – Coordenadora Distrital de Saúde Norte
- Salete Castelli Girardi – farmacêutica – Departamento de Saúde
- Sandra Regina Alves J. Pires – enfermeira – Coordenadora Set. Vigilância e Saúde Ambiental
- Simone Guimarães Dolce – Analista de Tecnologia da Informação – Departamento de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde (DGTES)
- Simone Vanzetto Minari – enfermeira – Coordenadora Distrital de Saúde – Sul

- Simone Guimarães Dolce – Analista de Tecnologia da Informação – Departamento de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde (DGTES)
- Tereza L Alvares – médica – clínica – Coordenadora Distrital de Saúde – Norte
- Vera Elisa de Oliveira – Coordenadora Setorial – Distrital de Saúde – Noroeste
- Vera Lúcia Verdu – Coordenadora Distrital de Saúde – Norte

