

**ESCOLA SUPERIOR DE CIÊNCIAS DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE
VITÓRIA – EMESCAM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM POLÍTICAS PÚBLICAS E
DESENVOLVIMENTO LOCAL**

JONY ALVES EVARISTO

**MODELOS DE GESTÃO DO TRABALHO
DO MINISTÉRIO DA SAÚDE (2003 – 2015)**

VITÓRIA
2021

JONY ALVES EVARISTO

**MODELOS DE GESTÃO DO TRABALHO
DO MINISTÉRIO DA SAÚDE (2003 – 2015)**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Políticas Públicas e Desenvolvimento Local da Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Vitória – EMESCAM, como requisito parcial para obtenção do grau de mestre.

Orientadora: Prof.^a Dr^a Maristela Dalbello-Araujo

Área de concentração: Políticas de Saúde, Processos Sociais e Desenvolvimento Local.

Linha de Pesquisa: Processos de Trabalho, Políticas Públicas e Desenvolvimento Local.

VITÓRIA
2021

Dados internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)
EMESCAM – Biblioteca Central

E92m Evaristo, Jony Alves
Modelos de gestão do trabalho do Ministério da Saúde
(2003-2015) / Jony Alves Evaristo. - 2021.
71 f.: il.

Orientadora: Profa. Dra. Maristela Dalbello-Araujo.

Dissertação (mestrado) em Políticas Públicas e
Desenvolvimento Local – Escola Superior de Ciências da Santa
Casa de Misericórdia de Vitória, EMESCAM, 2021.

1. Políticas públicas de saúde. 2. Gestão de trabalho. 3.
Gestão em saúde. I. Dalbello-Araujo, Maristela. II. Escola
Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória,
EMESCAM. III. Título.

CDD 362.1068

JONY ALVES EVARISTO

**MODELOS DE GESTÃO DO TRABALHO
DO MINISTÉRIO DA SAÚDE (2003 – 2015)**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Políticas Públicas e Desenvolvimento Local da Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória – EMESCAM, como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre em Políticas Públicas e Desenvolvimento Local.

Aprovada em 16 de dezembro 2020.

BANCA EXAMINADORA

Prof^a. Dr^a. Maristela Dalbello-Araujo
Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de
Vitória – EMESCAM
Orientadora

Prof^a. Dr^a. Maria Carlota de Rezende Coelho
Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de
Vitória – EMESCAM

Prof^a. Dr^a. Francis Sodré
Universidade do Espírito Santo - UFES

Dedico este trabalho à minha esposa Raquel e minha filha Maria Clara, que sempre me acompanharam nesta jornada, aos meus pais, e meus irmãos que me estimularam a continuar e nunca desistir. Gratidão a toda minha família, pelo carinho e por acreditarem no meu potencial, todos foram muitos especiais nesta trajetória. Amo muito vocês.

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a Deus e nossa Senhora Aparecida por sempre estarem presente nos meus pensamentos e nas minhas orações e me proteger durante as viagens mensais na madrugada para à EMESCAM em Vitória - ES.

A todos meus familiares e amigos pelas palavras de apoio e incentivo, que sempre fez com que nunca desiste e confiasse em meu potencial.

À minha orientadora, Prof.^a Dr.^a Maristela Dalbello-Araujo, esta dissertação não seria possível sem seus incentivos e bom humor que sempre me trouxeram boas energias e alto-astrol, os meus sinceros agradecimentos. Gratidão por me aceitar como seu orientando e compartilhar comigo seu conhecimento, por toda dedicação e comprometimento. Gratidão sempre.

Aos meus coordenadores e colegas, professores da faculdade no futuro, pelo apoio, ensinamentos e troca de experiência, que foi essencial nesta caminhada do mestrado.

Aos meus diretores e colegas da empresa Clínica de Diagnóstico por Imagem, por toda ajuda e liberação durante as necessidades em decorrência das atividades do programa.

Agradeço, de modo especial, as Prof.^a Dr.^a Maria Carlota de Rezende Coelho e Dra. Francis Sodré por todas as contribuições no exame de qualificação.

Gratidão aos professores do Programa de Pós-Graduação em Políticas Públicas e Desenvolvimento Local da EMESCAM, que contribuíram para minha formação de mestre.

“O maior benefício do treinamento não vem de se aprender algo novo, mas de se fazer melhor aquilo que já fazemos bem”. Peter Drucker.

RESUMO

A Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES) é responsável por formular políticas orientadoras da gestão, formação e qualificação, assim como da regulação profissional dos trabalhadores do Sistema Único de Saúde. A SGTES é estruturada em três departamentos: da Gestão da Educação na Saúde (DEGES), da Gestão e da Regulação do Trabalho em Saúde (DEGERTS) e de Planejamento e Regulação da Provisão de Profissionais de Saúde (DEPREPS). Esta pesquisa teve o objetivo de analisar os modelos de gestão do trabalho propostos no período de 2003 a 2015, através dos relatórios de gestão. Foi realizada análise documental de aproximadamente três mil páginas de relatórios, a partir do site oficial do Ministério da Saúde. A análise detectou vários modelos de gestão praticados pelas a SEGTS: Gestão com foco em processos, Gestão de pessoas, Gestão com foco em resultados, Gestão por competências, Gestão democrática, Gestão por Meritocracia e Gestão por cadeia de valor. Também identificou as ferramentas de gestão utilizadas para viabilizar tais modelos: Processo educativo em negociação do trabalho no SUS, qualificação da gestão do trabalho no SUS, oficina de desprecarização do trabalho no SUS, pesquisa sobre situação da precarização do trabalho na Estratégia Saúde da Família, atividade de cooperação técnica internacional, negociação do trabalho em saúde, implantação das mesas estaduais e municipais de negociação permanente do SUS, oficina de trabalho para elaboração de propostas, oficina sobre gestão do trabalho, indicadores de gestão e evolução de gastos gerais, monitoramento e avaliação de resultados e indicadores utilizados, oficina de capacitação de multiplicadores do inforSUS, sistemas de informação em gestão do trabalho em saúde no SUS, elaboração de protocolos, negociação do trabalho no SUS. Conclui-se que, a SGTES, através de seus departamentos DEGERTS e DEPREPS, constituiu-se como uma aposta do Ministério da Saúde no período em questão, e uma conquista para a gestão do trabalho e para os profissionais da saúde, propondo um amplo processo de formação e qualificação dos profissionais de saúde e de regulação profissional no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS, encontrando soluções de execução nacional para uma política de educação permanente em saúde em uma escala até então não experimentada.

Palavras-chave: Políticas Públicas. Políticas Públicas de saúde. Gestão do trabalho. Gestão em saúde.

ABSTRACT

The Secretariat for Management of Work and Health Education (SGTES) is responsible for formulating public policies guiding the management, training and qualification of workers and professional regulation in the area of health in Brazil. SGTES is structured in two program directorates and three departments: Health Education Management (DEGES), Health Work Management and Regulation (DEGERTS) and Health Professional Provision Planning and Regulation (DEPREPS). Thus, this research aimed to analyze the work management models in the Unified Health System proposed by the Department of Management of Work and Health Education in the period from 2003 to 2015, through management reports. Documentary analysis of approximately three thousand pages of reports was carried out, starting from the official page of the Ministry of Health. The analysis detected several management models practiced by SEGTS: Management with a focus on processes, People management, Management with a focus on results, Competency management, Democratic management, Meritocracy management and Value chain management. It also identified the management tools used to make the proposed management models feasible: Educational process in work negotiation at SUS, qualification of work management at SUS, work depreciation workshop at SUS, research on the situation of precarious work in the strategy of family, international technical cooperation activity, health work negotiation, implantation of SUS state and municipal permanent negotiation tables, work workshop for drafting proposals, work management workshop, management indicators and general expenses evolution, monitoring evaluation of results and indicators used in the training workshop for inforSUS multipliers, information systems in health work management in SUS, elaboration of protocols, work negotiation in SUS. He concluded that the Secretariat for Labor Management and Health Education (SGTES) through its DEGERTS and DEPREPS departments, was a bet by the Ministry of Health and an achievement for work management and health professionals, proposing a broad process training and qualification of health professionals and professional regulation within the scope of the Unified Health System - SUS, finding nationally implemented solutions for a policy of permanent health education on a scale not yet experienced.

Keywords: Public Policies. Public health policies. Work management. Health management. Management Models.

Keywords: Public Policies. Public health policies. Work management. Health management.

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Documentos identificados para a análise documental	22
Quadro 2 – Definição teórica de Políticas Públicas.....	24

LISTA DE SIGLAS

SUS - Sistema Único de Saúde

SGTES - Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde

CGPLAN - Gabinete, uma Coordenação-Geral de Planejamento e Orçamento

DEGES – Departamentos da Gestão da Educação na Saúde

DEGERTS – Departamento de Gestão e da Regulação do Trabalho em Saúde

DEPREPS – Departamento de Planejamento e Regulação da Provisão de Profissionais de Saúde

CF/88 – Constituição Federal de 1988

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	12
2	OBJETIVOS	17
2.1	Objetivo geral	17
2.2	Objetivos específicos.....	17
3	METODOLOGIA	18
4	POLÍTICAS PÚBLICAS	24
4.1	Política de saúde	28
5	TRABALHO EM SAÚDE	34
5.1	Organizações das políticas públicas orientadoras da gestão na saúde	43
6	MODELOS DE GESTÃO DA SGTES E SUAS FERRAMENTAS	48
7	CONSIDERAÇÕES FINAIS	57
___	REFERÊNCIAS.....	62
___	APÊNDICE.....	66
___	APÊNDICE A - Análise documental	66
___	ANEXOS	71
___	ANEXO A – Estrutura organizacional básica – Ministério da Saúde	71

1 INTRODUÇÃO

Nos últimos anos, várias iniciativas da sociedade brasileira vêm procurando consolidar avanços nas políticas públicas, pois afeta a todos os indivíduos, de todas as escolaridades, independente de sexo, religião, raça ou nível de renda.

Como administrador de empresas e trabalhando na área da saúde por vários anos, surgiu o interesse de conhecer e pesquisar sobre como o governo federal utiliza as Políticas Públicas para produzir programas e ações que facilite a qualidade de vida de todos os trabalhadores da área da saúde, principalmente no Sistema único de Saúde - SUS, e entender seus métodos e ferramentas de gestão usadas para viabilizar seus projetos.

Com o aprofundamento e expansão da democracia, as responsabilidades do Estado se diversificaram. Atualmente é comum se afirmar que a função do Estado é promover o bem-estar da sociedade.

Para tanto, ele necessita desenvolver uma série de ações e atuar diretamente em diferentes áreas, tais como saúde, educação, meio ambiente entre outras.

Para atingir resultados em diversas áreas e promover a satisfação da sociedade, os governos se utilizam das Políticas Públicas e, para este presente estudo, foram analisadas essas ações no âmbito das políticas de saúde, especificamente, na gestão do trabalho no SUS.

Com essa iniciativa, minha expectativa é contribuir para um melhor entendimento sobre a atuação do Ministério da Saúde através de seus departamentos para a melhoria na gestão do trabalho na área da saúde e no SUS, no Brasil.

Para um maior conhecimento sobre o tema saúde, é importante saber que a mudança no modelo de saúde brasileiro teve início com a Reforma Sanitária nos anos 1970, culminando no Sistema Único de Saúde (SUS), garantido a partir da Constituição Federal, no final da década de 1980, e, as leis elaboradas ainda na década de 1990, estes possibilitaram rearranjos do sistema de saúde que, até então, se encontrava fortemente centrado nos hospitais (PAIVA; TEIXEIRA, 2014).

A Constituição da República Federativa do Brasil incluiu o Sistema Único de Saúde como parte da Seguridade Social, e tem como princípios fundamentais: a universalidade, a equidade, a descentralização, a integralidade e a participação da sociedade (MATTA, 2007).

Essa definição ampliou o campo do direito à saúde e a responsabilidade do Estado em relação à proteção social, exigindo a convergência de políticas que garantam o cuidado à coletividade e as pessoas individualmente. A Constituição instituiu o Sistema Único de Saúde como política de Estado e reafirmou a necessidade de fortalecer o processo de descentralização das ações e serviços de saúde, já iniciado anteriormente, como diretriz organizativa para garantir a equidade e a universalidade do acesso.

A descentralização do Sistema de Saúde, proposta pela Constituição Federal de 1988, tornou a gestão do sistema uma responsabilidade compartilhada pela União, Estados e Municípios, respeitando a autonomia de cada ente federado e com decisões baseadas em consenso.

Sendo um dos princípios organizativos do Sistema Único de Saúde (SUS), a descentralização remete a avanços significativos na construção do SUS, pois rompe com o modelo centralizado na assistência e redistribui recursos e responsabilidades entre os entes federados, objetivando uma prestação de serviços com mais eficiência e qualidade e também a fiscalização e o controle por parte da sociedade.

Durante a década de 1990 ocorreram os principais avanços do processo de descentralização do setor saúde no Brasil e junto surgiram inúmeros desafios.

Na atualidade, um desses desafios é a Gestão do trabalho, que é a capacidade de promover espaços para diálogo e formação de vínculo com a equipe e os usuários, definindo acordos e regras, mediando conflitos e resolvendo questões pertinentes ao processo de trabalho.

O Dimensionamento da Força de Trabalho foi uma grande iniciativa da Secretaria de gestão do trabalho e educação na saúde (SGTES/MS) dentro do contexto das ações desenvolvidas pelo Departamento de Gestão da Regulação do Trabalho em Saúde (DEGERTS). Dimensionar a necessidade de trabalhadores viabiliza a prática de reestruturação da gestão do trabalho.

Este dimensionamento trata-se de uma ferramenta potente para identificar, analisar e qualificar a força de trabalho necessária para assistir aos usuários do SUS. O planejamento e o dimensionamento de trabalhadores nos serviços de saúde são um problema relevante para a gestão do trabalho e para os sistemas de saúde, problema esse que se configura, em parte, conforme o contexto dos diferentes sistemas de saúde, uma vez que o rápido desenvolvimento e a incorporação de tecnologias alteram significativamente os processos de trabalho.

Um sistema dessa magnitude demanda esforços diários de implementação. Para concretizar essas intenções, é de suma importância uma Atenção Básica forte e resolutiva.

Por isso, a discussão de uma carreira para a saúde pública deve avançar, resultando numa melhor estruturação da rede, com ampliação da oferta e foco na prevenção e na promoção da saúde. Outra iniciativa importante é a discussão sobre maneiras para ampliar a disponibilidade aos usuários, possibilitando aos cidadãos maior flexibilidade na busca por atendimento humanizado e de qualidade.

A ampliação do acesso depende, também, de melhorias na infraestrutura de apoio às ações de Atenção à Saúde.

Desde sua implantação, o Sistema Único de Saúde (SUS) se apresenta como uma política que deve possibilitar o acesso universal aos diferentes níveis de atenção à saúde. No entanto, o SUS apresenta dificuldades associadas à insuficiência de recursos financeiros e materiais e a disparidade de salários e cargos, dentre outras.

Essa realidade caracteriza uma tensão interna do sistema, que é vivenciada pelos profissionais de saúde, gerando a construção de uma forma particular de visualizar e de enfrentar tais dificuldades. O SUS reveste-se de importância no quadro sanitário

brasileiro, não somente como estrutura de organização institucional da área da saúde e modelo de atendimento à clientela, mas especialmente pela mudança impressa nas formas de direcionar, conceber, pensar e fazer a assistência à saúde no país.

Apesar dos avanços que o SUS alcançou na última década, coexistem ainda aspectos inovadores e conservadores desse sistema, como característica da atenção à saúde no Brasil.

O aspecto inovador refere-se aos princípios e ao próprio perfil da proposta do sistema, bem como à qualidade dos debates e da produção intelectual do campo específico.

O processo de implantação do SUS desencadeou esforços de reconfiguração das práticas e de ampliação e descentralização dos serviços de saúde, suscitando a necessidade de redefinição dos processos de formação e de qualificação profissional, bem como dos procedimentos de inserção e de distribuição dos trabalhadores no setor, o que contribuiu, sobremaneira, para a dinamização do debate sobre Trabalho e Educação na Saúde.

As questões relacionadas com a organização e gestão do trabalho e, a formação dos profissionais de saúde, constituem um dos maiores desafios enfrentados no âmbito dos sistemas de saúde no mundo.

Com o objetivo de efetivar um maior desempenho no SUS, o Ministério da Saúde articulado com os Ministérios da Educação e Ministério do trabalho, o legislativo e a sociedade civil, para a efetiva implementação de políticas integradas para recursos humanos em saúde, se consolidou uma agenda positiva para a estruturação da SGTES/MS.

Por meio de seus Departamentos, a SGTES/MS, desde sua estruturação, centrou esforços para o enfrentamento dos grandes desafios, objetivando contribuir com as estruturas dos serviços de saúde no país, através da inserção dos profissionais.

Estes deveriam ser formados, em quantidade suficiente, distribuídos equitativamente e com as capacidades adequadas, de acordo com as necessidades de saúde da população brasileira.

Para responder a estes desafios e fomentar novas propostas, é fundamental analisar as principais iniciativas desenvolvidas ao longo dos últimos dez anos, considerando seus avanços, limitações, desafios e resultados.

Neste sentido, a análise proposta se inscreve no marco estrutural e legal das políticas públicas de saúde desenvolvidas pelo MS.

Considerando as diretrizes nas áreas de política, planejamento, informação, gestão e regulação do trabalho e, gestão da educação para os profissionais de saúde, estas diretrizes nortearam a agenda do país em Recursos Humanos em Saúde.

Pretendeu-se, com a pesquisa, através dos relatórios de gestão do Ministério da Saúde, para identificação e descrição dos programas e ações implementadas pela secretaria e seus departamentos.

A perspectiva analítica evidenciou os processos de trabalho e a nova forma de gestão aderida pela SGTES, no ano de 2003, através de seus departamentos.

Com isso, pretende-se, com este estudo, possibilitar o entendimento do uso efetivo das informações existentes nos relatórios de gestão, para reflexão em torno dos modelos de gestão em saúde enquanto desafio estratégico para o processo de gerência, planejamento, operacionalização e avaliação das ações. Portanto, é fundamental que se desenvolvam mecanismos que tenham como objetivo traduzir os princípios e diretrizes fundamentais para a implantação de um sistema de saúde universal e integral para toda a população.

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo geral

Analisar os modelos de gestão do trabalho, no Sistema Único de Saúde, propostos pela Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde no período de 2003 a 2015.

2.2 Objetivos específicos

- Identificar os modelos de gestão no Sistema Único de Saúde propostos pela Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde no período de 2003 a 2015;
- Descrever as ferramentas de gestão utilizadas para viabilizar os modelos de gestão propostos pelos Departamentos de Gestão e da Regulação do Trabalho em Saúde e Planejamento e Regulação da Provisão de Profissionais de Saúde no período de 2003 a 2015.

3 METODOLOGIA

O estudo desenvolvido caracteriza-se por uma pesquisa de abordagem qualitativa, que segundo Knechtel (2014), busca entender fenômenos humanos, buscando deles obter uma visão detalhada e complexa por meio de uma análise científica do pesquisador, pois esse tipo de pesquisa se preocupa com o significado dos fenômenos e processos sociais.

Os pressupostos básicos desse tipo de pesquisa, segundo Knechtel (2014), são: a preocupação primária com os processos, não se preocupando diretamente com o resultado e o produto; o interesse pelo significado, como as pessoas relatam suas vivências e experiências, sua visão de mundo; a busca por informações diretamente no campo de pesquisa; a ênfase na descrição e explicação de fenômenos; a utilização de processos indutivos, a fim de construir conceitos, hipóteses e teorias.

De acordo com Vergara (2007), os tipos de pesquisa podem ser definidos por dois critérios básicos: quanto aos fins e quanto aos meios. Quanto aos fins, este estudo é uma pesquisa descritiva, que é aquela que expõe características claras e bem delineadas de determinada população ou fenômeno, para isso envolve técnicas padronizadas e bem estruturadas de coletas de seus dados. Quanto aos meios, é um estudo documental, que ocorre através de análises em documentos encontrados em órgãos públicos ou privados, ou com pessoas que detenham a guarda destes documentos.

A análise documental tem como eixo o tratamento de documentos ainda não examinados (KRIPKA et al., 2015) e, por isso, possibilita a compreensão de fatos, mentalidades e práticas dentro de um contexto histórico e social para, dessa maneira, extrair seus significados (SÁ-SILVA et al., 2009).

Para Lüdke e André (1986), são classificados como documentos, leis, cartas, memorandos, jornais, programas de televisão, rádio, arquivos escolares, dentre outros que representam uma fonte natural de informação de um determinado contexto. Para os autores, a análise documental é o processo de estudar e analisar documentos em busca de informações sobre fatos que possibilitam descobrir circunstâncias sociais de

interesse. Os procedimentos metodológicos vão desde a caracterização do documento até sua análise.

Considerando o objeto de análise e o tipo de metodologia utilizada, observa-se uma lacuna de publicações, onde foi feita a realização da análise documental com o objetivo de descrevê-la neste cenário. A partir da página oficial do Ministério da Saúde foram analisados os documentos de relatórios de Gestão apresentados aos Órgãos de Controle Interno e Externo como prestação de contas anual a que esta Unidade está obrigada a apresentar nos exercícios vigentes.

A Secretaria de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde foi criada em 2003 através do Decreto nº. 4.726, de 09 de junho de 2003, com o objetivo de propor políticas de gestão e planejamento e regulação do trabalho em saúde, falando em modos gerais. Portanto, o marco temporal para a análise documental foi considerado a partir da data de sua criação e o recorte do período de análise corresponde aos relatórios disponíveis no site do Ministério, de 2003 a 2015, pois, depois de 2015, não foram mais divulgados os relatórios, sendo isto relatado nas considerações finais.

Portanto, foram considerados como fontes documentais para este estudo os relatórios de Gestão do ano de 2003 a 2015 divulgados no site oficial do ministério da saúde¹. No total foram analisadas 2726 páginas destes documentos oficiais que estão assinados pelos responsáveis da secretaria e protocolados pelos órgãos competentes, onde apresenta as principais ações desenvolvidas pela SGTES, também foi analisado no site, entre outras pesquisas, políticas, portarias, diretrizes elaboradas e materiais divulgados. Justifica-se a escolha desse documento por ser obrigatório a sua realização e publicação como orientação para promoção de Programas de Saúde Federal, Estadual e Municipal, e por conter ainda as referências bibliográficas que justificam essas ações.

A partir da problemática que visa analisar e descrever a nova forma de gestão aderida pela SGTES, através de seus departamentos, procurou-se o entendimento do uso efetivo das informações existentes nos relatórios de gestão, para reflexão em torno

¹ <https://www.saude.gov.br/sgtes/relatorios-de-gestao>.

dos modelos de gestão em saúde enquanto desafio estratégico para o processo de gerência, planejamento, operacionalização e avaliação das suas ações.

Diante destes documentos foram analisadas as relações de trabalho no mundo globalizado, a qual tem levado à precarização dos vínculos de trabalho, gerando desproteção social e instabilidade institucional; a partir do objetivo geral deste estudo buscou-se analisar os modelos de gestão do trabalho no Sistema Único de Saúde propostos pela Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde no período de 2003 a 2015, por meio da análise dos relatórios de gestão da SGETS, para que seja possível analisar como as políticas de Gestão do Trabalho no SUS têm enfrentado estas graves situações. Para maior aproximação do objeto, como objetivos específicos definimos: Identificar os modelos de gestão no Sistema Único de Saúde propostos pela Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde no período de 2003 a 2015.

Também buscamos descrever as ferramentas de gestão utilizadas para viabilizar os modelos de gestão propostos pelos Departamentos de Gestão e da Regulação do Trabalho em Saúde e Planejamento e Regulação da Provisão de Profissionais de Saúde no período de 2003 a 2015, buscando estruturar conceitos, metodologias e diretrizes para orientar o dimensionamento da força de trabalho no Sistema Único de Saúde e seus modelos de gestão implementados.

À compreensão do contexto apresentado como questão-problema exige-se o conhecimento do estado da arte. Portanto, faz-se necessário um aprofundamento teórico consistente sobre o objeto de estudo e a problemática que o circunda, de forma a buscar vários pontos de vista, diferentes ângulos do problema e que possam colaborar com as definições, conexões e análises necessárias ao alcance dos objetivos do estudo. Para tanto, o primeiro percurso metodológico deste estudo foi uma pesquisa bibliográfica acerca do processo histórico de construção do Sistema Único de Saúde, dos caminhos, da abordagem conceitual da Gestão do Trabalho em Saúde no SUS e os modelos de gestão propostos, assim como a identificação e descrição dos atores mais relevantes deste processo: a Secretaria de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde, o DEGERTES.

Atualmente, a busca por respostas aos diversos nós que estão sendo identificados no mundo real, seja por pesquisas, seja nas práxis do trabalho em saúde. Este movimento tem estimulado a realização de pesquisas com a integração de métodos capazes de buscar respostas, aliando as análises teóricas às práticas. Para que se possa aplicar também a esse estudo essa integração, a dimensão deste estudo demandou a necessidade do método de análise documental sobre publicações dos relatórios de gestão identificados como relevantes para a Gestão do Trabalho no SUS. Desta forma foi possível a identificação dos modelos da Gestão do Trabalho no SUS, tal como a descrição e análise das propostas que vêm sendo elaboradas e aplicadas por estes referentes à questão-problema deste estudo.

De posse dos documentos e, para melhor compreensão da análise dos documentos, seguimos as seguintes etapas inspiradas em Souza et al. (2011):

- 1) Organização dos documentos por meio de leituras continuadas, afim de familiarizar-se com os documentos e seus aspectos significativos de acordo com o objetivo do trabalho e embasado nos critérios da análise de conteúdo.

Foram localizados quatorze documentos, no total de 2726 páginas, sendo todos relatórios de gestão do Ministério da Saúde e, os registros foram feitos da maneira mostrada no Quadro 1.

Quadro 1 - Documentos identificados para a análise documental

DOCUMENTOS LEVANTADOS	LEITURA
Relatório de gestão SGETS 2003 I	Relatório de Gestão, Declaração do RH.
Relatório de gestão SGETS 2003 II	Relatório de Gestão, Declaração do RH. Declaração de variações patrimoniais.
Relatório de gestão SGETS 2004	Relatório de Gestão, balanço financeiro, demonstração de movimentação orçamentária, declaração da Unidade de Pessoal.
Relatório de gestão SGETS 2005	Relatório de Gestão, balanço financeiro, demonstração de movimentação orçamentária, Declaração de variações patrimoniais declaração da Unidade de Pessoal.
Relatório de gestão SGETS 2006	Ações desenvolvidas na gestão e regulação do trabalho em saúde, Ações transversais na gestão do trabalho e educação em saúde.
Relatório de gestão SGETS 2007	Responsabilidades institucionais, Estratégia de atuação, Gestão de programas e ações, Programas, Gestão das ações.
Relatório de gestão SGETS 2008	Objetivos e Metas Institucionais, Fluxo Financeiro de Projetos financiados com recursos externos, Desempenho Operacional.
Relatório de gestão SGETS 2009	Objetivos e Metas Institucionais e/ou Programáticas, Desempenho Operacional, Informações sobre a composição de Recursos Humanos, Recomendações do Órgão ou Unidade de Controle Interno.
Relatório de gestão SGETS 2010	Reconhecimento de passivos por insuficiência de créditos ou recursos, Pagamento e cancelamentos de restos a pagar de exercícios anteriores, Gestão ambiental e licitações sustentáveis, Contratação de consultores na modalidade "Produto" no âmbito dos Projetos de Cooperação Técnica com Organismos Internacionais.
Relatório de gestão SGETS 2011	Informações sobre o cumprimento das obrigações estabelecidas pela Lei nº 8.730, de 10 de novembro de 1993, relacionadas à entrega e ao tratamento das declarações de bens e rendas, Gestão de Tecnologia da Informação.
Relatório de gestão SGETS 2012	Planejamento estratégico, plano de metas e de ações.
Relatório de gestão SGETS 2013	Estrutura de governança e de autocontrole da gestão, programação e execução da despesa orçamentária e financeira, gestão de pessoas, terceirização de mão de obras e custos relacionados, conformidade e tratamento de disposições legais e normativas.
Relatório de gestão SGETS 2014	Informações sobre a governança, relacionamento com a sociedade, planejamento da unidade e resultados alcançados.
Relatório de Gestão SGETS 2015	Visão geral da unidade prestadora de contas, planejamento organizacional e desempenho orçamentário e operacional, desempenho financeiro e informações contábeis.

Após a separação dos documentos, procedemos ao segundo passo:

2) Análise: Para facilitar a leitura e compreensão dos documentos, utilizamos a sugestão de análise de Prates e Prates (2009). Foram feitas adaptações na ficha de leitura para melhor tratamento, análise e síntese das informações.

Para uma melhor compreensão sobre o tema proposto e com o intuito de analisar os modelos de gestão do trabalho do SUS implementados pela SGETS, dividiu-se os tópicos deste trabalho em: políticas públicas; políticas de saúde; trabalho em saúde; organização das políticas públicas orientadoras da gestão na saúde e, modelos de gestão da SGTES e suas ferramentas

4 POLÍTICAS PÚBLICAS

A função que o Estado desempenha em nossa sociedade sofreu inúmeras transformações ao passar do tempo. No século XVIII e XIX seu principal objetivo era a segurança pública e a defesa externa em caso de ataque inimigo. Entretanto, com o aprofundamento e expansão da democracia, as responsabilidades do Estado se diversificaram. Atualmente, é comum se afirmar que a função do Estado é promover o bem-estar da sociedade. Para tanto, ele necessita desenvolver uma série de ações e atuar diretamente em diferentes áreas, tais como saúde, educação e meio ambiente (LOPES, 2008).

Não existe apenas uma definição para a interpretação do conceito de políticas públicas, pois, ao longo das décadas, o conceito foi sendo ressignificado.

Levando-se em consideração as definições de alguns teóricos, política pública é:

Quadro 2 – Definição teórica de Políticas Públicas

TEÓRICO	DEFINIÇÃO
Mead (1995)	Define política pública como um campo dentro do estudo da política que analisa o governo à luz de grandes questões públicas.
Lynn (1980)	Define como um conjunto específico de ações do governo que irão produzir efeitos específicos.
Peters (1986)	Política pública é a soma das atividades dos governos, que agem diretamente ou através de delegação, e que influenciam a vida dos cidadãos.
Thomas Dye (1984)	Uma política pública, “é o que o governo escolhe fazer ou não fazer”.

Teixeira (2002) explica que é importante considerar alguns tipos de políticas para que se possa definir o tipo de atuação que se pode ter frente à sua formulação e implementação. Vários critérios podem ser utilizados.

Quanto à natureza ou grau da intervenção:

- a) estrutural – buscam interferir em relações estruturais como renda, emprego, propriedade etc.
- b) conjuntural ou emergencial – objetivam amainar uma situação temporária, imediata.

Quanto à abrangência dos possíveis benefícios:

- a) universais – para todos os cidadãos.
- b) segmentais – para um segmento da população, caracterizado por um fator determinado (idade, condição física, gênero etc.)
- c) fragmentadas – destinadas a grupos sociais dentro de cada segmento.

Quanto aos impactos que podem causar aos beneficiários ou ao seu papel nas relações sociais:

- a) distributivas – visam distribuir benefícios individuais; costumam ser instrumentalizadas pelo clientelismo;
- b) redistributivas – visam redistribuir recursos entre os grupos sociais: buscando certa equidade, retiram recursos de um grupo para beneficiar outros, o que provoca conflitos;
- c) regulatória – visam definir regras e procedimentos que regulem comportamento dos atores para atender interesses gerais da sociedade; não visariam benefícios imediatos para qualquer grupo.

De acordo com Souza (2006), das diversas definições e modelos sobre políticas públicas, podemos extrair e sintetizar seus elementos principais:

- A política pública permite distinguir entre o que o governo pretende fazer e o que, de fato, faz.

- A política pública envolve vários atores e níveis de decisão, embora seja materializada através dos governos, e não necessariamente se restringe a participantes formais, já que os informais são também importantes.
- A política pública é abrangente e não se limita a leis e regras.
- A política pública é uma ação intencional, com objetivos a serem alcançados.
- A política pública, embora tenha impactos no curto prazo, é uma política de longo prazo.

A política pública envolve processos subsequentes após sua decisão e proposição, ou seja, implica também implementação, execução e avaliação. A globalização torna o processo de formulação de políticas públicas mais complexo, por estarem em jogo, agora, em cada país, interesses internacionais representados por forças sociais com um forte poder de interferência nas decisões quando essas não são diretamente ditadas por organismos multilaterais (TEIXEIRA, 2002).

Na sociedade civil também há uma diversidade de interesses e de visões que precisa ser debatida, confrontada, negociada, buscando-se um consenso mínimo. Essa formulação hoje se torna complexa devido à fragmentação das organizações, apesar de algumas iniciativas de articulação em alguns setores.

Alguns elementos de conteúdo e de processo na estruturação das políticas públicas já estão claros, tais como: sustentabilidade, democratização, eficácia, transparência, participação, qualidade de vida. Esses elementos precisam ser traduzidos, contudo, em parâmetros objetivos, para que possam nortear a elaboração, implementação e avaliação das políticas propostas.

Com a Constituição de 88, os municípios adquirem a autonomia política, através da elaboração de sua própria lei orgânica e demais leis e da escolha direta de seus governantes. Ampliam sua competência em áreas importantes como a política urbana e transportes coletivos (TEIXEIRA, 2002).

Apesar do aumento de sua capacidade financeira, a participação dos municípios na receita tributária global não supera os 18 ou 20%. No entanto, eles assumem vários

encargos e responsabilidades das outras esferas, o que os obriga a negociar recursos nos diversos programas federais ou estaduais.

Com uma frágil base econômica, ao lado da ineficiência administrativa, os recursos próprios, na maioria dos municípios, não vão além dos 5% do total da receita. Dessa forma, a autonomia de realizar políticas próprias sem vinculação aos programas federais e estaduais é mínima.

Os prefeitos, na maioria dos municípios com base político-eleitoral nas elites proprietárias, não assumem os riscos de uma política tributária mais realista. A política econômica neoliberal acentua os impactos sobre o emprego, a renda e as condições de vida nos municípios. Os municípios, até então alheios às questões econômicas, veem-se pressionados a realizar programas de geração de renda e emprego. Nem assim, eles decidiram-se a qualquer iniciativa na questão agrícola ou rural, apesar de a maioria deles terem sua sustentação econômica nesse setor (TEIXEIRA, 2002).

Para atingir resultados em diversas áreas e promover ações, os governos se utilizam das Políticas Públicas da seguinte forma: “[...] Políticas Públicas são um conjunto de ações e decisões do governo, voltadas para a solução (ou não) de problemas da sociedade [...]” (AMARAL, 2008, p. 5). Dito de outra maneira, as Políticas Públicas são a totalidade de ações, metas e planos que os governos (nacionais, estaduais ou municipais) traçam para alcançar o bem-estar da sociedade e o interesse público (LOPES, 2008).

As ações que os dirigentes públicos (os governantes ou os tomadores de decisões) selecionam (suas prioridades) são aquelas que eles entendem serem as demandas ou expectativas da sociedade. Ou seja, o bem-estar da sociedade é sempre definido pelo governo e não pela sociedade. Isto ocorre porque a sociedade não consegue se expressar de forma integral. Ela faz solicitações (pedidos ou demandas) para os seus representantes (deputados, senadores e vereadores) e estes mobilizam os membros do Poder Executivo, que também foram eleitos (tais como prefeitos, governadores e, inclusive, o próprio Presidente da República) para que atendam as demandas da população (LOPES, 2008).

Em outras palavras, as Políticas Públicas são o resultado da competição entre os diversos grupos ou segmentos da sociedade que buscam defender (ou garantir) seus interesses. Tais interesses podem ser específicos, como a construção de uma estrada ou um sistema de captação das águas da chuva em determinada região ou gerais, como demandas por segurança pública e melhores condições de saúde.

É importante ressaltar, entretanto, que a existência de grupos e setores da sociedade apresentando reivindicações e demandas não significa que estas serão atendidas, pois antes disso é necessário que as reivindicações sejam reconhecidas e ganhem força ao ponto de chamar a atenção das autoridades do Poder Executivo, Legislativo e Judiciário (TEIXEIRA, 2002).

As políticas públicas podem ser definidas como conjuntos de disposições, medidas e procedimentos que traduzem a orientação política do Estado e regulam as atividades governamentais relacionadas às tarefas de interesse público. Variam de acordo com o grau de diversificação da economia e da sociedade, com a natureza do regime político e com o nível de atuação e participação dos diferentes atores sociais (LUCCHESI et al., 2004).

Neste sentido, a política de saúde insere-se no contexto das políticas públicas através da Constituição Federal de 1988, que foi definida como política pública à Seguridade Social (art. 194), que compreende um conjunto integrado de ações de iniciativa dos poderes públicos e da sociedade, destinadas a assegurar os direitos relativos à saúde, à previdência e à assistência social.

4.1 Política de saúde

A saúde é uma questão de relevância na vida das pessoas, governos, empresas e comunidades, além de corresponder a um estado da vida, isto é, a um modo de levar a vida, a saúde compõe um setor da economia, no qual se produzem bens e serviços, hospitais, laboratórios, consultórios, clínicas, centros e postos de saúde, que são estabelecimentos onde se prestam serviços de saúde e se realizam ações de saúde

e, existem, ainda, indústrias farmacêuticas, de equipamentos, vacinas, material médico-cirúrgico e meios diagnósticos; empresas que comercializam os chamados planos de saúde; e instituições públicas responsáveis pela gestão, como o Ministério da Saúde e as secretarias estaduais e municipais (PAIM, 2015).

As políticas públicas em saúde integram o campo de ação social do Estado, orientado para a melhoria das condições de saúde da população e dos ambientes natural, social e do trabalho. Sua tarefa específica, em relação às outras políticas públicas da área social, consiste em organizar as funções públicas governamentais para a promoção, proteção e recuperação da saúde dos indivíduos e da coletividade (BORGES; BAPTISTA, 2008).

Dentro do campo das políticas públicas encontramos as organizações que prestam serviços de saúde, as que produzem bens, como medicamentos, vacinas e equipamentos, e a sociedade espera que o setor de Saúde cuide das pessoas e das populações, mediante ações individuais e coletivas, na medida em que a saúde tem sido reconhecida como o completo bem-estar físico, mental e social, e não apenas a ausência de doença, onde o propósito almejado é que as pessoas possam viver com qualidade.

Nessa perspectiva, o saber acumulado pela humanidade em termos de higiene, a produção de conhecimentos científicos e tecnológicos, bem como a formação de profissionais e de trabalhadores para este setor permitem identificar uma outra dimensão da saúde, a área do saber. Ao lado do saber popular sobre a saúde, universidades, escolas e institutos de pesquisa produzem conhecimentos, tecnologias e inovações, garantindo a sua transmissão e difusão mediante atividades de ensino e de extensão ou cooperação técnica (PAIM, 2015).

No Brasil, as políticas públicas de saúde orientam-se desde 1988, conforme a Constituição Federal promulgada neste ano, pelos princípios de universalidade e equidade no acesso às ações e serviços e pelas diretrizes de descentralização da gestão, de integralidade do atendimento e de participação da comunidade na organização de um sistema único de saúde no território nacional. A Constituição da República Federativa do Brasil, ao adotar o modelo de seguridade social para

assegurar os direitos relativos à previdência, saúde e assistência social, determina que a saúde é direito de todos e dever do Estado (DELGADO; JACCOUD; NOGUEIRA, 2020).

Para tanto, o Estado passou a ter como obrigação a garantia da redução do risco de doença e de outros agravos mediante a construção de políticas sociais e econômicas e de uma política setorial de saúde capaz de garantir o acesso universal e igualitário às ações e serviços para promoção, proteção e recuperação da saúde da população (BRASIL, 2009).

As políticas de saúde públicas na área de saúde devem, por meio de um sistema organizado, hierarquizado e regionalizado, dar respostas não só as necessidades de saúde percebidas, mas também às diferentes aspirações de cidadania com respeito a sua dignidade, autonomia e direitos (BRASIL, 2004). A base institucional dessa política é o Sistema Único de Saúde (SUS): uma rede de ações e serviços, regionalizada e hierarquizada no território nacional, com direção única em cada esfera de governo, e que tem como princípios: a universalização, a integralidade, a descentralização e a participação popular. A política de saúde está inserida num contexto mais amplo da política pública: a Seguridade Social, que abrange, além da política de saúde, as políticas de previdência e assistência social (BORGES; BAPTISTA, 2002).

De acordo com Lucchese et al. (2004), antes do SUS, o Ministério da Saúde (MS), com o apoio dos estados e municípios, desenvolvia quase que exclusivamente, e sem qualquer tipo de discriminação com relação à população beneficiária, ações de promoção da saúde e prevenção das doenças. E, na área da assistência à saúde, o Ministério da Saúde atuava por meio de alguns poucos hospitais especializados, nas áreas de psiquiatria e tuberculose, além da ação da Fundação de Serviços Especiais de Saúde Pública (FSESP) em algumas regiões específicas (com destaque para o Norte e Nordeste). Essa ação era prestada à parcela da população definida como indigente e que não tinha nenhum direito garantido.

Segundo Brasil (2000), o Sistema Único de Saúde (SUS), criado pela Lei no 8.080, de 19 de setembro de 1990, também chamada de “Lei Orgânica da Saúde”, é a tradução

prática do princípio constitucional da saúde como direito de todos e dever do Estado e estabelece, no seu artigo 7º, que “as ações e serviços públicos de saúde e os serviços privados contratados ou conveniados que integram o Sistema Único de Saúde (SUS) são desenvolvidos de acordo com as diretrizes previstas no art. 198 da Constituição Federal”.

Ainda de acordo com Brasil (2000), O sistema único de saúde foi desenvolvido obedecendo os seguintes princípios:

I - universalidade de acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência; II - integralidade de assistência, entendida como conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema; III - preservação da autonomia das pessoas na defesa de sua integridade física e moral; IV - igualdade da assistência à saúde, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie; V - direito à informação, às pessoas assistidas, sobre sua saúde; VI - divulgação de informações quanto ao potencial dos serviços de saúde e a sua utilização pelo usuário; VII - utilização da epidemiologia para o estabelecimento de prioridades, a alocação de recursos e a orientação programática; VIII - participação da comunidade; IX - descentralização político-administrativa, com direção única em cada esfera de governo: a) ênfase na descentralização dos serviços para os municípios; b) regionalização e hierarquização da rede de serviços de saúde; X - integração em nível executivo das ações de saúde, meio ambiente e saneamento básico; XI - conjugação dos recursos financeiros, tecnológicos, materiais e humanos da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios na prestação de serviços de assistência à saúde da população; XII - capacidade de resolução dos serviços em todos os níveis de assistência; e XIII - organização dos serviços públicos de modo a evitar duplicidade de meios para fins idênticos. As diretrizes do SUS são, portanto, o conjunto de recomendações técnicas e organizacionais voltadas para problemas específicos, produzidas pelo Ministério da Saúde, com o concurso de especialistas de reconhecido saber na área de atuação, de abrangência nacional, e que funcionam como orientadores da configuração geral do sistema em todo o território nacional, respeitadas as especificidades de cada unidade federativa e de cada município (BRASIL, 1990).

O SUS é um sistema público, destinado a toda população e financiado com recursos arrecadados através dos impostos. Fazem parte do SUS os centros e postos de saúde, hospitais (incluindo universitários), laboratórios, hemocentros, fundações e institutos de pesquisa. O setor privado participa de forma complementar através de contratos e de convênios de prestação de serviços ao Estado (AGUIAR, 2002).

Jorge (2004) sugere que o SUS é um grande programa de inclusão social, e uma política pública realmente universalista e igualitária do Brasil. O novo modelo técnico-

assistencial propõe a mudança de conceitos, processos, distribuição de recursos, das pessoas e suas relações nas diferentes áreas do sistema.

Com as mudanças introduzidas a partir do texto constitucional e da Lei Orgânica da Saúde (Leis 8080 e 8142) em 1990, as decisões em matéria de saúde pública passaram a envolver novos e múltiplos atores, impondo mudanças significativas, desenho e formulação da política de saúde, com importantes inovações institucionais em termos da estrutura e dinâmica do processo decisório.

A nova concepção do sistema de saúde, descentralizado e administrado democraticamente, com a participação da sociedade organizada, afetou as relações de poder político e a distribuição de responsabilidades entre o Estado, a sociedade e os distintos níveis de governo nacional, estadual e municipal, onde os gestores da saúde assumem papel fundamental para concretizar os princípios e diretrizes da reforma sanitária brasileira.

Nesta perspectiva, foram instituídos os Conselhos de Saúde em cada esfera de governo, a Comissão Intergestores na direção nacional do Sistema Único de Saúde e as Comissões na direção estadual, além do fortalecimento dos órgãos colegiados nacionais de representação política dos gestores das ações e serviços – o Conselho Nacional de Secretários de Estado de Saúde (CONASS) e o Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS).

Pode-se dizer, portanto, que os gestores públicos e a sociedade contam com vários canais para o estabelecimento de um novo pacto social para a melhoria da saúde da população brasileira. Dentre os grandes desafios que o debate político no campo da saúde vem delineando para a sociedade brasileira nos próximos anos, pode-se destacar: o desafio de garantir a coexistência de diferentes soluções institucionais na organização descentralizada do SUS, que possam contemplar a heterogeneidade de problemas regionais e a diversidade cultural do país, sem colocar em risco a unidade doutrinária e operacional do sistema nacional de saúde, necessária para assegurar a efetivação dos princípios constitucionais.

O desafio é encontrar o equilíbrio entre regulação, responsabilidade e autonomia na gestão compartilhada do sistema pelas três unidades político-administrativas do Estado Brasileiro (União, estados e municípios), no contexto de novas relações intergovernamentais e de recomposição do pacto federativo inaugurado pela Constituição de 1988. O desafio é o de estabilizar o financiamento setorial e interferir no processo de alocação dos recursos dos orçamentos públicos para a saúde, com vistas à equidade (AGUIAR, 2002).

Nos últimos anos, o crescimento do setor de saúde no Brasil expôs inúmeros desafios aos profissionais atuantes na área, especialmente pela necessidade de qualificação em gestão. Com gastos cada vez mais elevados, os gestores das instituições de saúde precisaram rediscutir modelos de negócios, buscar soluções integradas, ganhar eficiência operacional e melhorar a prestação de serviços.

A Organização Mundial da Saúde estima que entre 20 e 40% dos recursos investidos em saúde no Brasil sejam perdidos por falta de gestão ou planejamento. De forma sucinta, fazer a gestão de estabelecimentos de saúde - públicos ou privados - implica em administrar recursos humanos, financeiros, sanitários e logísticos, bem como gerenciar seus processos, para garantir a segurança e a qualidade da prestação de um serviço de excelência. Para isso, um bom gestor da saúde precisa desenvolver e monitorar planos de ação, analisar recursos, gerenciar custos e serviços, saber lidar com informações, liderar equipes, fazer melhor uso da tecnologia e inovar, propiciando uma experiência positiva ao cliente final (SERRALVO; SILVA, 2009).

Segundo Serralvo e Silva (2009), a saúde pública é parte integrante do sistema de saúde e a definição das funções essenciais apoiam-se no conceito de saúde pública como uma ação coletiva do Estado e da Sociedade Civil para proteger e melhorar a saúde dos indivíduos e das comunidades. É uma noção que ultrapassa as intervenções de base populacionais ou comunitárias e que inclui a responsabilidade de garantir o acesso a cuidados de saúde de qualidade, sendo que, uma das funções mais importantes de saúde pública é a mobilização social (da sociedade civil) e a capacitação da população para a participação social.

5 TRABALHO EM SAÚDE

A sociedade moderna é uma sociedade de profissões, visto que a maioria das atividades humanas requer algum grau de profissionalismo para serem executadas. Em boa medida, o que seja saúde, doença, sanidade ou insanidade, até mesmo o que seja ordem ou desordem, é definido no construto teórico das corporações. Pode-se afirmar que a saúde é um campo completamente profissionalizado (MACHADO; VIEIRA; OLIVEIRA, 2015).

Precursora de estudos em profundidade sobre profissão e o mundo do trabalho, Donnangelo, nos anos 1970, abre caminho para novos estudos envolvendo o contingente da saúde, dimensionado, hoje, em mais de 3,5 milhões de trabalhadores atuando no Sistema Único de Saúde (SUS) (DONNANGELO, 1975).

Como o trabalho em saúde lida com a vida humana, envolve um grau de imprevisibilidade muito grande. Assim, a formação e a gestão do trabalho na saúde têm merecido atenção por parte dos gestores e instituições que buscam a correta adequação entre as necessidades da população usuária e seus objetivos institucionais. A imprevisibilidade, característica do trabalho em saúde, dificulta a prescrição de tarefas padrão, nesse sentido, as tentativas de gestão taylorizadas fracassam. Merhy e Franco apontam que o processo de trabalho em saúde é inteiramente dependente da relação entre sujeitos, sendo assim, um trabalhador isolado é incapaz de executar as ações em saúde, cuja produção se realiza no espaço partilhado com o usuário (MERHY; FRANCO, 2002).

Nas palavras de Faria e Dalbello-Araujo (2010, p. 432):

Com o intuito de aumentar os controles sobre o ato do trabalho, há uma tentativa de que esses elementos sejam coisificados – tanto o profissional, quanto o usuário e a relação entre eles. Observa-se um aumento nas investidas de construção regulatória, postulado pela lógica da qualidade total, cujo foco nuclear é a fiscalização da oferta de serviços, melhorando assim as formas tradicionais de avaliação e controle. Há uma busca pelo estabelecimento de modelos em todos os níveis de atenção à saúde, o que denota uma aspiração regulatória imposta verticalmente, que se materializa em protocolos de ação, competências profissionais *a priori* e procedimentos padronizados que se dirigem às partes de um corpo sem história e sem emoção, sem lugar contextualmente circunscrito ou culturalmente perpassado.

Pensar em gestão do trabalho como política significa pensar estrategicamente, e pressupor a garantia de requisitos básicos para a valorização do profissional de saúde e do seu trabalho, tais como: carreira, salários, formas e vínculos de trabalho com proteção social; negociação permanente das relações de trabalho em saúde; capacitação e educação permanente dos trabalhadores; humanização da qualidade do trabalho, adequadas condições de trabalho, ética profissional, dentre outros (MACHADO; VIEIRA; OLIVEIRA, 2015).

Dada à complexidade deste mercado, é importante conceituar profissionais da saúde sendo os que, estando ou não ocupados no setor, têm formação ou qualificação profissional específica para o desempenho de atividades ligadas ao cuidado ou às ações de saúde; trabalhadores da saúde são os que se inserem direta ou indiretamente na atenção à saúde no setor saúde, podendo ter ou não formação específica para as funções atinentes; trabalhadores do SUS são os que se enquadram tanto como profissionais ou trabalhadores da saúde, inseridos na atenção à saúde nas instituições no âmbito do SUS (MACHADO, 2008).

Outra questão crucial no âmbito do mercado de trabalho, especialmente da saúde, é a regulação do trabalho, que corresponde a uma intervenção pública (ou da política) sobre a soberania dos mercados. Constitui um conjunto de regras, normas, hábitos e regulamentações extramercado, que se impõem sobre determinadas atividades sociais e econômicas. Já a regulação profissional possui traços bastante específicos, com um aparato institucional formado por princípios, normas e leis de exercício profissional que conferem monopólios ou quase monopólios de prática estruturas de autorregulação constituídas por pares, revestidas de autoridade pública, atribuídas para fiscalizar o exercício (GIRARDI et al., 2002).

Dados do IBGE, da década de 1980, dão conta de uma realidade do chamado Pré-SUS, no qual o país contava com: 18.489 estabelecimentos de saúde; 573.629 empregos de saúde, sendo que na esfera municipal eram 47.038, na estadual 96.443, e na federal 122.475 empregos. O mercado de trabalho de saúde contava com: 197.352 empregos de nível superior; 111.501 técnicos e auxiliares e 264.776 de nível

elementar. A equipe de saúde era bipolarizada: médicos e atendentes de enfermagem, em sua maioria, atendentes (IBGE, 2018).

Desde a constituição do SUS, o Brasil tem a seguinte realidade sanitária, 200.049 estabelecimentos de saúde; 3.594.596 empregos de saúde. Em 2017, o setor público municipal contava com 1.649.074 empregos de saúde; o estadual com 463.720; e o federal com 96.491 empregos (BRASIL, 2017).

A equipe de saúde torna-se multiprofissional: enfermeiros, odontólogos, médicos, farmacêuticos, nutricionistas, fisioterapeutas, assistentes sociais, psicólogos, dentre outros, além de técnicos e auxiliares, em sua maioria. O setor saúde passa a contar com: 1.104.340 empregos de nível superior; 889.630 técnicos e auxiliares; e 317.056 de nível elementar. Em 2018 o Brasil contava com 453.428 médicos, 484.530 enfermeiros, 300.000 odontólogos e 203.600 farmacêuticos.

Se por um lado podemos nos orgulhar do gigantismo do SUS em termos de capacidade instalada – número de estabelecimentos de saúde (ambulatoriais e hospitalares), leitos e empregos de saúde, com mais de 3,5 milhões de trabalhadores atuando em equipes multiprofissionais, qualificadas e especializadas, por outro há ainda problemas estruturais que ainda persistem, especialmente na gestão do trabalho, tais como: desequilíbrio entre oferta e demanda, escassez de profissionais no interior do país, precarização do trabalho, terceirização dos serviços de saúde e, conseqüentemente, da mão de obra especializada (médicos, enfermeiros, técnicos em geral, dentre outros). O trabalho precário é uma situação que atinge significativo contingente da saúde (MACHADO; VIEIRA; OLIVEIRA, 2015). Contudo, é fato também que esse setor se mantém crescendo e gerando novos postos de trabalho.

A Organização Internacional do Trabalho (OIT) elenca seis dimensões inter-relacionadas de precariedade em contraposição ao trabalho decente, quais sejam: 1) insegurança do mercado de trabalho pela ausência de oportunidades de trabalho; 2) insegurança do trabalho gerada pela proteção inadequada em caso de demissão; 3) insegurança de emprego gerada pela ausência de delimitações da atividade ou até mesmo de qualificação de trabalho; 4) insegurança de integridade física e de saúde

em razão das más condições das instalações e do ambiente de trabalho; 5) insegurança de renda, fruto da baixa remuneração e ausência de expectativa de melhorias salariais; 6) insegurança de representação quando o trabalhador não se sente protegido e representado por um sindicato (MACHADO; VIEIRA; OLIVEIRA, 2015).

Como ressaltam Faria e Dalbello-Araujo (2010), na área da saúde há modelos de gestão baseados na racionalidade técnico-burocrática, muitas vezes regulados em protocolos de ação decididos verticalmente e centrados em procedimentos médicos. Esses modelos de gestão optam por arranjos organizacionais em que cada um ocupa seu lugar, seu setor, de forma disciplinada, organizada, pautada em comunicações verticais hierarquizadas. Entretanto, como relatam Cecílio e Mendes (2004), nem sempre as coisas funcionam como o previsto em normas e diretrizes dos serviços de saúde, visto que sempre há reinterpretações e reinvenções por parte dos trabalhadores.

É preciso mencionar que desde sua criação o SUS tem enfrentado dificuldades relacionadas principalmente ao financiamento e também em relação à gestão. Pelas propostas do SUS, houve uma reformulação do modelo de atenção, que passou a assumir uma forma regionalizada de organização pautada na descentralização. Deste modo, os municípios se tornaram os maiores responsáveis pela contratação de trabalhadores, mas encontraram dificuldades em se organizar diante da Lei de Responsabilidade Fiscal (LRF), sancionada em 2000 e que reflete o ideário neoliberal. A LRF define que as despesas com pessoal não podem ultrapassar 50% da receita dos estados e municípios e 60% no que se refere ao nível Federal (BRASIL, 2000). Tal legislação parece limitar a autonomia do setor público para contratações de pessoal (PIERANTONI; VARELLA; FRANÇA, 2004). Tal restrição tem levado muitos municípios a optar por formas de contratação via parcerias com ONGs, Organizações Sociais de Interesse Público (OSCIPS) e cooperativas. Estas estratégias de gestão têm trazido problemas associados à precarização dos vínculos de trabalho (BRASIL, 2009).

O Ministério da Saúde reconhece que a adoção de uma política de precarização das relações de trabalho, mediante determinadas formas de contratação, implica na

fragilização da qualidade de comprometimento e nos serviços prestados e passou a buscar formas de minimizar tal problema. Pode-se afirmar que a Política de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde tem como foco central a participação do trabalhador como fundamental para a efetividade e eficiência do SUS. Ele é percebido como sujeito e agente transformador de seu espaço de trabalho, protagonista de práticas e saberes durante o processo de trabalho (individual e coletivo).

Assim, houve o empenho em desenvolver ações de valorização do trabalhador, como o Programa Nacional de Desprecarização do Trabalho do SUS (BRASIL, 2006), cujo principal objetivo é formular políticas de eliminação do trabalho precário. Durante o governo do presidente Luiz Inácio Lula da Silva foi criada a Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, que tem como premissa lidar especialmente com a gestão dos recursos humanos em saúde (MACHADO et al., 2005). Além disso, destaca-se a Política Nacional de Humanização (PNH) do Ministério da Saúde (BRASIL, 2009), que tem como uma de suas diretrizes a valorização do trabalho e do trabalhador do SUS, compreendendo o trabalhador como um importante sujeito no processo produtivo. No entanto, apesar de tais movimentos, ainda há um grande contingente de trabalhadores em situação precarizada, acarretando em efeitos negativos, como apontam Machado et al. (2005) a respeito do estabelecimento de ambientes pouco saudáveis e que implicam em consequências para a assistência prestada aos usuários

Assim, destacamos o período de 2003 – 2015, caracterizado pelo retorno aos princípios constitucionais de que saúde é um bem público e trabalhadores da saúde também o são. A grande mudança positiva nas políticas públicas no campo culmina com a criação, no âmbito do Ministério da Saúde, em 2003, da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES). Momento em que, o dispositivo do ordenamento de RH para o SUS passa a valer com políticas públicas tais como: Política Nacional de Educação Permanente em Saúde; AprenderSUS; Projeto Vivências e Estágios na Realidade do SUS (VER-SUS); Pró-Saúde; PET Saúde; Telessaúde; UNASUS; Reativação da Mesa Nacional de Negociação Permanente do SUS; Programa de Desprecarização do Trabalho no SUS; Câmara de Regulação do Trabalho; Política Nacional de Promoção da Saúde do Trabalhador do SUS; Programa de Qualificação e Estruturação da Gestão do Trabalho e da Educação no SUS

(ProgeSUS); Fórum Permanente Mercosul para o Trabalho em Saúde. E mais recentemente, em 2013, é instituído o Programa Mais Médico (PMM), levando médicos em locais longínquos e difícil acesso em todo o país, grande auxílio para a população brasileira desassistida de assistência médica nos interiores escassos de profissionais da saúde.

Os desafios a serem enfrentados no âmbito do SUS, no que tange à Gestão do Trabalho e da Educação, são muitos e implicam na reorganização dos trabalhadores em seus sindicatos, da sociedade e do controle social na busca da preservação das conquistas e avanços produzidos nestes 30 anos do SUS.

As definições acerca do conceito de qualidade são muitas, entretanto, no setor saúde, dizem respeito à consolidação de um elevado padrão de assistência. A qualidade é o fator com o qual todos os envolvidos nos atos de saúde estarão preocupados e, intimamente vinculados, tendo em vista os aperfeiçoamentos constantes das práticas, cujo horizonte é a satisfação daqueles que dependem desses serviços (NOGUEIRA, 1994).

Na saúde, decorrente da característica do processo de trabalho, a qualidade adquiriu um significado particular e diferenciado das demais atividades envolvidas na produção de bens. Verifica-se que a prestação da assistência à saúde é realizada por grupos heterogêneos de profissionais, com formação educacional distinta, dificultando o trabalho em equipe, no que se refere à qualidade dos serviços prestados. Nesse setor, a qualidade é definida como um conjunto de atributos que inclui um nível de excelência profissional, o uso eficiente de recursos, um mínimo de risco ao paciente/cliente, um grau de satisfação por parte dos usuários, considerando-se essencialmente os valores sociais existentes (FERNANDES; PENICHE, 2015).

A qualidade da assistência pode ser definida como a satisfação das necessidades dos clientes, considerando que este deverá ser o objeto central das estratégias em busca da qualidade, bem como participar ativamente desse processo no papel de avaliador das atitudes dos profissionais de saúde e dos resultados alcançados com o tratamento recebido (BERWICK, 1994).

Sem a participação e o envolvimento dos profissionais da instituição, não haverá a efetivação da qualidade, por isso as pessoas necessitam ser motivadas e capacitadas para aperfeiçoarem o processo produtivo, objetivando a qualidade, uma vez que esta depende de esforços individual e coletivo.

As ferramentas de qualidade são técnicas utilizadas com a finalidade de definir, mensurar, analisar e propor soluções para os problemas que interferem no bom desempenho dos processos de trabalho (MALIK; SCHIESARI, 1998).

As ferramentas de qualidade básicas são as que auxiliam na análise de problemas, e estão apresentadas pelo fluxograma, lista de verificação, histograma, diagrama de Pareto, diagrama de causa e efeito, carta de controle e gráfico de dispersão (TRIVELLATO, 2010).

Além destas, o Sistema Único de Saúde (SUS) dispõe de diversas ferramentas que auxiliam o gerenciamento e a gestão da qualidade nos serviços de saúde, a citar: acreditação hospitalar, ouvidoria, auditoria, indicadores, 5s², certificação, QualificaSUS, PMAQ³, Programa Humaniza SUS e requalifica UBS.

As ferramentas da qualidade abordadas neste são importantíssimas para o alcance da qualidade nos serviços de saúde, sendo instrumentos essenciais para o gerenciamento e gestão dos serviços de saúde.

De acordo com o Dicionário de administração, gestão pode ser entendida pela definição de administração, ou seja, conjunto de esforços que tem por objetivos: planejar, organizar, dirigir ou liderar, coordenar e controlar as atividades de um grupo de indivíduos que se associam para atingir um resultado comum (LACOMBE, 2004).

Nos dias atuais, a administração pode ser considerada uma área do conhecimento humano repleta de complexidade e desafios. O mundo em que vivemos é uma sociedade institucionalizada, composta por organizações e que tem suas atividades relacionadas à produção de bens (produtos) ou prestação de serviços (atividades especializadas) que são planejadas, coordenadas, dirigidas, executadas e

² Cinco sentidos de qualidade.

³ Programa Nacional de melhoria e acesso e qualidade.

controladas. Todas as organizações são constituídas por pessoas e por recursos não humanos (como recursos físicos e materiais, financeiros, tecnológicos, mercadológicos entre outros), a vida das pessoas depende das organizações, que ao mesmo tempo dependem de suas atividades e do seu trabalho (CHIAVENATO, 2014).

A Administração passou a ser uma das áreas mais importantes da humanidade. Entende-se que todos os problemas poderiam ser muito bem resolvidos se tivessem uma gestão responsável e de excelência. A tarefa básica da administração é, de maneira eficiente e eficaz, fazer as coisas por meio das pessoas. Isso acontece pelo simples fato de não ser suficiente um avanço tecnológico e o desenvolvimento do conhecimento humano se, a qualidade da administração, sobre os grupos organizacionais, não permitir um investimento efetivo nos recursos humanos e materiais.

O termo administração carrega em si a ideia de coordenação de recursos e pessoas para a realização de tarefas; administrar é, pois, operacionalizar as atividades a fim de atingir determinado objetivo. Administrar é, pois, uma atividade essencialmente prática, exercida no dia a dia das organizações. A administração está relacionada com o alcance, pelo gestor de uma organização, de objetivos por meio dos esforços de outras pessoas (SILVA, 2013).

Gestão e administração são palavras muito comuns no cotidiano não apenas de administradores, mas também no vocabulário de praticamente todas as pessoas. Por outro lado, gestão pode ser considerada um conceito mais abrangente que o de administração. Gestão é um conjunto de práticas e de atividades fundamentadas sobre certo número de princípios que visam uma finalidade. Gestão é o gerenciamento, administração, onde existe uma instituição, uma empresa, uma entidade social de pessoas, a ser gerida ou administrada. O objetivo é de crescimento, estabelecido pela empresa através do esforço humano organizado pelo grupo com um objetivo específico. As instituições podem ser privadas, sociedades de economia mista, com ou sem fins lucrativos (CHANLAT, 1999).

Quando pensamos em organizações de qualquer tipo, parece difícil conceber atividades que não estejam vinculadas a esta forma de construir relações sociais e de

produção. As organizações estão presentes em diferentes setores vitais e fazem parte das mais diversas atividades do nosso dia a dia, uma vez que afetam fortemente cada aspecto da existência humana, nascimento, crescimento, desenvolvimento, educação, trabalho, relacionamento social, saúde, e até mesmo a morte (SILVA, 2013).

Uma organização é uma combinação de esforços individuais que tem por finalidade realizar propósitos coletivos. Por meio de uma organização torna-se possível perseguir e alcançar objetivos que seriam inatingíveis para uma pessoa. Uma grande empresa ou uma pequena oficina, um laboratório ou o corpo de bombeiros, um hospital ou uma escola são todos exemplos de organizações. Uma organização é formada pela soma de pessoas, máquinas e outros equipamentos, recursos financeiros e outros. A organização então, é o resultado da combinação de todos estes elementos orientados a um objetivo comum. A qualidade é o resultado de um trabalho de organização (MAXIMIANO, 2012).

O mundo em que estamos inseridos está repleto de organizações: Serviço de saúde, água, energia, segurança pública, educação, alimentação, entre outras. É impossível imaginar algo que você utilize que não venha mediante uma organização. No senso comum, organizar-se é uma forma de “ter tudo arrumado para projetar ações etc.”.

Neste contexto, nas políticas públicas e políticas de saúde torna-se essencial a prática da administração, devido ao fato da necessidade da presença da qualidade, que se tem se colocado como tema fundamental na agenda do Sistema Único de Saúde, particularmente nas últimas décadas e, é nesta perspectiva que, a gestão da Política de Saúde, se pauta, no envolvimento de um processo administrativo complexo com uma gestão estratégica, a fim de alcançar metas e objetivos através de um planejamento conciso. Dentre outras características e requisitos, um bom gestor de saúde precisa desenvolver e monitorar planos de ação, analisar recursos, elaborar políticas que auditem a viabilidade dos planos de ação, gerenciar custos em saúde e gerenciar serviços em saúde. Além disso, o gestor precisa ainda ter amplo conhecimento em gestão de pessoas, que é um importante fator para alcançar determinados objetivos. O gestor precisa ser responsável pelo trabalho em equipe,

pela organização, por compartilhar responsabilidades e delegar funções focadas na eficiência e eficácia do atendimento público de saúde.

A Gestão da Política de Saúde é composta por saberes e práticas dos mais diversos atores que se envolvem na gestão e no planejamento, tornando-se tema prioritário nas ferramentas tecnológicas de gestão das sociedades, das políticas e das organizações. Em todos os processos de gestão, o planejamento é crucial para o alcance de metas e resultados condizentes a eficiência e efetividade de um processo de trabalho, uma vez que busca organizar, coordenar e controlar as organizações e os processos de trabalho, regulando ações e definindo metas para obter maior resolutividade e eficiência em cada processo de trabalho. Assim surge a necessidade da organização das políticas Públicas orientadoras da gestão na saúde para colaborar com os gestores municipais, para que consigam desvencilhar-se das burocracias cotidianas deste sistema e, assim, conseguirem mais tempo para dialogar com a comunidade e com os profissionais da saúde.

5.1 Organizações das políticas públicas orientadoras da gestão na saúde

A natureza política e descentralizada do Sistema Único de Saúde (SUS) exige do governo políticas específicas que garantam o acesso à melhoria da qualidade das ações de saúde. Nessa direção, equacionar as questões de recursos humanos é fundamental. Foi criada em 2003, pelo governo federal, no âmbito do Ministério da Saúde, a Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde (SGTES) com intuito de desenvolver ações para o fomento de políticas para a formação, educação permanente, valorização dos trabalhadores e democratização das relações de trabalho no SUS (BRASIL, 2011).

Para que os desafios nesta área sejam superados, é necessário: Buscar o alinhamento entre os atores envolvidos com relação às mudanças e processos dinâmicos nos sistemas de saúde; Garantir a distribuição equitativa e adequada de profissionais de saúde; Instituir mecanismos que regulem a migração de profissionais da saúde; Promover a interação entre as instituições de ensino e de serviço de saúde de modo que os trabalhadores em formação incorporem os valores, as atitudes e as

competências do modelo de atenção universal fundamentado na qualidade e equidade (BRASIL, 2011).

A SGTES desenvolve políticas e programas que buscam assegurar o acesso universal e igualitário às ações e serviços de saúde, impondo à função da gestão do trabalho e da educação a responsabilidade pela qualificação dos trabalhadores e pela organização do trabalho em saúde, constituindo novos perfis profissionais com condições de responder às necessidades de saúde da população, de acordo com os princípios e diretrizes do SUS.

A Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES) é responsável por formular políticas públicas orientadoras da gestão, formação e qualificação dos trabalhadores e da regulação profissional na área da saúde no Brasil. Cabe à SGTES promover a integração dos setores de saúde e educação no sentido de fortalecer as instituições formadoras de profissionais atuantes na área, bem como integrar e aperfeiçoar a relação entre as gestões federal, estaduais e municipais do SUS, no que se refere aos planos de formação, qualificação e distribuição das ofertas de educação e trabalho na área de saúde (BRASIL, 2015).

A SGTES é estruturada em um Gabinete, uma Coordenação-Geral de Planejamento e Orçamento (CGPLAN), duas diretorias de programa e três departamentos: da Gestão da Educação na Saúde (DEGES), da Gestão e da Regulação do Trabalho em Saúde (DEGERTS) e de Planejamento e Regulação da Provisão de Profissionais de Saúde (DEPREPS), com as seguintes finalidades e competências institucionais:

I. promover a ordenação de recursos humanos na área da saúde; **II.** elaborar e propor políticas de formação e desenvolvimento profissional para a área da saúde e acompanhar a sua execução, bem como promover o desenvolvimento da Rede de Observatórios de Recursos Humanos em Saúde; **III.** Planejar, coordenar e apoiar as atividades relacionadas ao trabalho e à educação na área da saúde, bem como a organização da gestão da educação e do trabalho em saúde, a formulação de critérios para as negociações e o estabelecimento de parcerias entre os gestores do Sistema Único de Saúde (SUS) e o ordenamento de responsabilidades entre as três esferas de governo; **IV.** Promover a articulação com os órgãos educacionais, entidades

sindicais e de fiscalização do exercício profissional e os movimentos sociais, bem assim com entidades representativas da educação dos profissionais, tendo em vista a formação, o desenvolvimento e o trabalho no setor da saúde; **V.** promover a integração dos setores da saúde e da educação no sentido de fortalecer as instituições formadoras de profissionais atuantes na área; **VI.** Planejar e coordenar ações, visando à integração e ao aperfeiçoamento da relação entre as gestões federal, estaduais e municipais do SUS, no que se refere aos planos de formação, qualificação e distribuição das ofertas de educação e trabalho na área da saúde; **VII.** planejar e coordenar ações destinadas a promover a participação dos trabalhadores de saúde do SUS na gestão dos serviços e a regulação das profissões de saúde; **VIII.** planejar e coordenar ações, visando à promoção da educação em saúde, ao fortalecimento das iniciativas próprias do movimento popular no campo da educação em saúde e da gestão das políticas públicas de saúde, bem como à promoção de informações e conhecimentos relativos ao direito à saúde e ao acesso às ações e aos serviços de saúde e, **IX.** fomentar a cooperação internacional, inclusive mediante a instituição e a coordenação de fóruns de discussão, visando à solução dos problemas relacionados à formação, ao desenvolvimento profissional, à gestão e à regulação do trabalho em saúde, especialmente as questões que envolvam os países vizinhos do continente americano, os países de língua portuguesa e os países do Hemisfério Sul (BRASIL, 2015).

O **Departamento da Gestão da Educação – DEGES**, inicialmente configurou uma proposta de organização das políticas e ações que se estruturassem no processo de trabalho denominado de Política de Educação Permanente em Saúde - PEPS. O governo federal, seguindo seu papel de indutor de Políticas Públicas, lançou através da SGTES, em fevereiro de 2004, uma Portaria (GM/MS Nº 198) instituindo a Política Nacional de Desenvolvimento de Recursos Humanos – Educação Permanente em Saúde (EP) - como estratégia para a formação e o desenvolvimento de trabalhadores no SUS (BRASIL, 2015).

O **Departamento de Gestão e da Regulação do Trabalho em Saúde do Ministério da Saúde (DEGERTS)** foi criado para contribuir na melhoria das condições de trabalho e da qualidade do atendimento no Sistema Único de Saúde (SUS). Em diferentes regiões, estados e municípios isso acontece por meio da construção de

mesas e espaços de negociação entre gestores e trabalhadores, do fomento à implantação de planos de carreira e desprecarização do trabalho, da estruturação e da qualificação da área de gestão do trabalho e da educação na saúde. A implementação de políticas e ações do DEGERTS, pautadas no diálogo com entidades de classe, conselhos e outras instâncias de representação dos profissionais e trabalhadores da saúde, resultam no fortalecimento dos processos democráticos e na redução das desigualdades regionais da força de trabalho. Na prática, contribuem para que o Ministério da Saúde siga afirmando que o processo histórico e político, no qual estamos inseridos, nos mobilize para uma prática cuidadosa e uma escuta estratégica dos atores, instituições e entes federados, que são os principais responsáveis na consolidação da gestão do trabalho e no fortalecimento do SUS (BRASIL, 2013).

Com foco nos programas de valorização, formação, provimento e fixação de profissionais de saúde como estratégias de fortalecimento do SUS, o Ministério da Saúde possui estratégias que surgem, em parte, do entendimento de que a imersão na Atenção Básica (AB) é fundamental para a formação de profissionais mais comprometidos com a realidade da população e com as particularidades regionais. Após a Lei do Programa Mais Médico, a SGTES passa a contar com um novo departamento em sua estrutura organizacional.

O Departamento de Planejamento e Regulação da Provisão de Profissionais de Saúde (DEPREPS) tem como suas principais responsabilidades a elaboração de estratégias de provimento e formação que permitam o enfrentamento do histórico problema da escassez de médicos no Brasil, que tanto dificulta a efetiva universalização do acesso e a promoção de um SUS mais justo e equânime. Atua, portanto, na ampliação do acesso ao atendimento médico de qualidade para populações desassistidas, na mudança da formação médica e no aumento de oportunidades de residências (BRASIL, 2017).

A SGTES, dentro da estrutura do Ministério da Saúde, é um dos instrumentos de priorização da Política de Educação e do Trabalho em Saúde no âmbito do Estado brasileiro, ao dialogar diretamente com o cumprimento do disposto no art. 200 da Constituição Federal, a criação da SGTES faz com que o Ministério da Saúde assuma

efetivamente seu papel de gestor federal do SUS, no que diz respeito à formulação de políticas orientadoras da formação e do desenvolvimento dos trabalhadores do SUS, na medida em que o Ministério passou a considerar a ordenação da formação e da disposição dos trabalhadores do SUS como uma das suas prioridades (BRASIL, 2015).

Segundo o ministério da saúde, a SGTES, desde sua criação e de seus departamentos, vem buscando a cooperação técnica nas estruturas de gestão do trabalho e educação na saúde nos estados e municípios, condição essencial para o sucesso de ações que visam estabelecer uma adequada política para seus trabalhadores, estruturando carreiras profissionais, implementando políticas de gestão do trabalho, estabelecendo programas de educação permanente e implantando mesas de negociação permanente, entre outras ações.

6 MODELOS DE GESTÃO DA SGTES E SUAS FERRAMENTAS

Analisando os relatórios de gestão elaborada pela SGTES, verificou-se que a nova gestão do Ministério da saúde, a partir de janeiro de 2003, promoveu uma reestruturação administrativa e técnica, agrupando programas, áreas de trabalho e constituindo novas estruturas, com intuito de adotar um modelo de gestão de acordo com a atuação técnica e política, através de estruturas formais que garantissem um desempenho competente e eficaz, pautado pelos princípios do SUS.

Com o decreto nº 4726, de 06 de junho de 2003, o Ministério da Saúde aprovou a nova estrutura regimental da seguinte forma: Gabinete, Secretaria executiva, Secretaria de atenção à saúde, Secretaria de Gestão Participativa e Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde.

A Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGETS) desde sua criação implementou o relatório de Gestão, um instrumento primordial para transmitir a população as realizações e perspectivas para a saúde pública no Brasil, para estabelecer diretrizes técnicas e políticas da condução do trabalho, firmar contatos, apresentar as propostas para o conjunto de instituições envolvidas, além de reorganizar e manter a continuidade das ações que foram assumidas, os programas e instrumentos formais, como convênios e contratos que foram mantidos e continuados.

Nos Relatórios do Ministério da Saúde encontram-se informações necessárias para tornar públicos os esforços empreendidos e adequar as disponibilidades de recursos físicos, financeiros e humanos às necessidades cada vez maiores da população, bem como destacar os resultados alcançados e os principais desafios enfrentados.

O documento também mostra as iniciativas a serem perseguidas para o aperfeiçoamento da atuação do Ministério em um país tão complexo e diverso, sempre buscando a eficiência, a equidade e a economicidade, fazendo mais por quem tem menos.

Ao analisar e comparar os relatórios anuais de Gestão de diferentes anos (2003-2015), destaca-se já no primeiro relatório o tema desprecarização do trabalho no SUS,

Plano de carreira, cargos e Salários no âmbito do SUS e a regulação do trabalho em saúde, que leva em consideração um grande quantitativo de trabalhadores que atuam no SUS por meio de contratações, como prestação de serviços, terceirização, cooperativa entre outros, onde trazia prejuízos para os trabalhadores, como também, para os usuários do sistema, as decisões do gestor federal do sistema tinha como objetivo estabelecer normas e mecanismo que norteassem os contratos de trabalho no setor saúde, preservando direitos dos trabalhadores, organização do sistema e a oferta adequada de profissionais para a atenção básica. Foi criado um quadro de profissionais de saúde em cada esfera de governo, federal, estadual e municipal, através da implantação do plano de carreira do SUS, como um instrumento de gestão imprescindível para a efetiva implantação do SUS, atendendo a demanda dos trabalhadores de saúde em carreira única em cada esfera de governo.

Com as ações e serviços de saúde cada vez com maior relevância públicas, as demandas do sistema exigem posicionamentos profissionais, nesse sentido, foi constituída no âmbito do Ministério da Saúde, através da portaria nº 827/2004, a câmara técnica de regulação do trabalho em saúde com o objetivo de produzir e recomendar, ao Ministério da Saúde e governo federal, normas técnicas sobre a regulação do exercício profissional e a definição da regulação de novas ocupações no setor saúde.

A SGTES, através de suas diretorias, centrou esforços para o enfrentamento dos grandes desafios desta secretaria, objetivando contribuir com as estruturas dos serviços de saúde no país através da inserção dos profissionais. E estes profissionais devem ser bem formados, em quantidade suficiente, distribuídos equitativamente e com as capacidades adequadas, de acordo com as necessidades de saúde da população.

No decorrer dos demais relatórios encontrou-se vários modelos de gestão praticados pelas SEGTS e ferramentas de gestão utilizadas para viabilizar os modelos de gestão propostos pelos Departamentos de Gestão e da Regulação do Trabalho em Saúde e Planejamento e Regulação da Provisão de Profissionais de Saúde.

Dos relatórios de gestão analisados, foram identificados os seguintes modelos de Gestão: Gestão com foco em processos, Gestão de pessoas, Gestão com foco em resultados, Gestão por competências, Gestão democrática, Gestão por Meritocracia e Gestão por cadeia de valor.

O modelo de gestão com foco em processos realizou a reestruturação no Ministério da Saúde, fez a consolidação da política da secretaria, realizou a implementação do PROESF, projeto de expansão e consolidação da saúde da família, propondo mudança na dinâmica do programa, viabilizando recursos para estruturação das equipes e unidades, aperfeiçoando as tecnologias de gestão. Através da ferramenta desenvolvimento de projetos, se deu a criação de sistemas de dados e o sitio eletrônico da SGTES. Através da ferramenta Processo educativo em negociação do trabalho no SUS, criou-se o programa de qualificação e estruturação da gestão do trabalho no SUS o ProgeSUS.

O modelo de gestão de pessoas foi o mais presente em todos os relatórios, onde pôde-se identificar o maior número de ações e programas que foram criados. As ferramentas de gestão destacadas deste modelo foram: qualificação da gestão do trabalho no SUS, oficina de desprecarização do trabalho no SUS, pesquisa sobre situação da precarização do trabalho na estratégia da família, atividade de cooperação técnica internacional, negociação do trabalho em saúde, implantação das mesas estaduais e municipais de negociação permanente do SUS, oficina de trabalho para elaboração de proposta, oficina sobre gestão do trabalho, taxa de aperfeiçoamento do trabalho e saúde, criação de grupos de trabalho, regulação do trabalho em saúde, qualificação dos gestores e negociadores, plataforma RH e oficina de trabalho. Os programas e ações viabilizadas por essas ferramentas foram: Polos de educação permanente em saúde, programa de interiorização em saúde, médicos estrangeiros em saúde, Profissionalização em saúde - Profae, Plano de carreiras, cargos e salários no âmbito SUS, vivencia estágio SUS, Observatório de Recursos Humanos em saúde, democratização das relações de trabalho, gestão das condições de trabalho e saúde dos trabalhadores do SUS, Criação da DEGES, Programa nacional de reorientação da formação profissional em saúde - Pró-saúde e o projeto mais médicos para o Brasil.

No modelo de gestão foco em resultados, a SGTES, através do DEGERTS, utilizou as ferramentas de indicadores de gestão e evolução de gastos gerais, monitoramento a avaliação de resultados e indicadores utilizados, onde proporcionou a qualificação do trabalho no SUS.

O modelo de gestão por competência deu ênfase nas ferramentas, sistemas de informação em gestão do trabalho em saúde no SUS, elaboração de protocolos, negociação do trabalho no SUS, parcerias estratégicas, que resultou nos seguintes programas e ações: programa de qualificação e estruturação da gestão do trabalho e educação na saúde - PROGESUS, capacitação das equipes que atuam no referido setor nas secretarias de saúde dos estados, do Distrito Federal e municípios, democratização das relações de trabalho, Prêmio INOVASUS, programa Telessaúde Brasil redes, AprenderSUS e VER-SUS.

A SEGTS adotou o modelo de Gestão por Meritocracia, pensando no reconhecimento dos trabalhadores em saúde, as ferramentas utilizadas foram: qualidade do trabalho e humanização da gestão, oficina de capacitação de multiplicadores do inforSUS e representação do Ministério da Saúde na comissão nacional de residência multiprofissional em saúde; as principais ações foram a valorização das práticas inovadoras de gestão do trabalho em saúde, Plataforma Sérgio Arouca e Política nacional de promoção da saúde do trabalhador do SUS.

No modelo de Gestão por cadeia de valor, o DEGERTS viabilizou a ferramenta Carreira especial no âmbito SUS, para profissionais de saúde da atenção básica em áreas de difícil acesso ou provimento, e, a ferramenta metodologia para o estabelecimento do perfil e quantitativos dos trabalhadores da saúde, que resultou nos programas: Portal saúde baseado em evidências, processos educativos sobre gestão do trabalho e pacto de gestão.

Além desses modelos de gestão, a SEGTS tem um departamento muito atuante que possibilita a implementação de todas as ferramentas citadas, Departamento de Gestão e da Regulação do Trabalho em Saúde/DEGERTS, que centrou seu trabalho na análise do marco regulatório da formação profissional em saúde, nas metodologias de dimensionamento de profissionais de recursos humanos em saúde e na análise

das fortalezas e oportunidades para reforçar a rede de observatórios de Recursos Humanos em Saúde.

Além disso, o DEGERTS acompanha cotidianamente as demandas relativas à Regulação do Trabalho na Saúde junto ao Poder Legislativo e subsidia o Ministério da Saúde nas demandas apresentadas pelos conselhos profissionais.

Segue abaixo os principais programas implementados:

Projetos de Planos de Carreira e Desprecarização do Trabalho - Com intuito de fomentar a implantação, a implementação ou a revisão de Planos de Carreira e Desprecarização do Trabalho no SUS -, o Ministério da Saúde publicou, em 2012, a Portaria 2.517, que dispõe sobre o repasse de recursos financeiros de custeio para Estados e Distrito Federal. Treze projetos foram contemplados com apoio técnico financeiro, totalizando um investimento de R\$ 29 milhões entre 2012 e 2014. Trata-se de uma iniciativa inédita de apoio direto do Ministério da Saúde às experiências dos estados e regiões. Por isso, são monitoradas por meio de reuniões, oficinas e visitas técnicas, visando ampliar o diálogo e o acompanhamento aos diferentes estados e regiões, para que cada experiência se torne uma referência e possa ser adaptada a outras realidades.

Inovação na gestão do trabalho no SUS – InovaSUS -, O Prêmio InovaSUS é um concurso realizado anualmente pelo DEGERTS para identificar e potencializar práticas inovadoras de gestão do trabalho na saúde. A iniciativa proporciona o reconhecimento e dá visibilidade às experiências locais, fortalecendo o campo da Gestão do Trabalho no SUS. Tem como público-alvo as Secretarias de Saúde dos estados, dos municípios e do Distrito Federal, Consórcios Públicos e Fundações Públicas, no âmbito do Sistema Único de Saúde. Iniciado em 2011, o InovaSUS encontra-se na sua terceira edição. Para além dos prêmios, promove e fortalece a Rede de Gestores, com a identificação de iniciativas inovadoras.

Além de reconhecer, premiar e divulgar, o concurso favorece a incorporação e o desenvolvimento de temas e metodologias que se tornaram prioridades para o SUS.

O Programa de Qualificação e Estruturação da Gestão do Trabalho e da Educação no SUS (ProgeSUS) é um programa de cooperação com as Secretarias de Saúde dos estados, municípios e Distrito Federal para o desenvolvimento de ações conjuntas que visam criar, fortalecer e qualificar a área da Gestão do Trabalho e da Educação no SUS.

As ações do ProgeSUS se desenvolvem com base na valorização de práticas inovadoras em gestão do trabalho na saúde, da democratização das relações de trabalho em saúde, da qualificação dos trabalhadores do setor de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, e do desenvolvimento de Sistemas de Informação.

A Mesa Nacional de Negociação Permanente do Sistema Único de Saúde (MNNP-SUS) é um fórum paritário e permanente de negociação, que reúne gestores públicos, prestadores de serviços privados da saúde e entidades sindicais nacionais representativas dos trabalhadores da saúde. Tem como objetivo geral a democratização das relações de trabalho na saúde, instituindo processos de negociação de caráter permanente para tratar conflitos e demandas decorrentes das relações de trabalho, contribuindo para o efetivo funcionamento do Sistema Único de Saúde, com vistas ao acesso universal, igualitário, humanizado, ordenado e de qualidade às ações e serviços de saúde.

O apoio técnico e financeiro para instalação e funcionamento das Mesas de Negociação Permanente do SUS, em estados e municípios, e, a realização de cursos de qualificação em negociação para gestores e trabalhadores da saúde, são algumas das diretrizes estratégicas da MNNP-SUS.

Outro departamento da SEGTS importante para a gestão do trabalho no SUS é o Departamento de Planejamento e Regulação da Provisão de Profissionais de Saúde (DEPREPS), que foi criado devido grandes vazios assistenciais, caracterizados pela carência de profissionais médicos, pelo distanciamento da formação dos profissionais de saúde às necessidades do Sistema Único de Saúde (SUS) e pelos dados inconsistentes quanto ao número de profissionais, perfil de atuação e sua distribuição dentro do território nacional. Com intuito de enfrentar tais problemas, que têm

impedido o crescimento e o fortalecimento do SUS, o Ministério da Saúde (MS) lançou programas de valorização, formação, provimento e fixação de profissionais de saúde.

Essas estratégias advêm, em parte, do entendimento de que a imersão na atenção básica e nos demais serviços que compõem a atenção especializada e hospitalar vinculadas ao SUS, são fundamentais para a formação de profissionais mais comprometidos com a realidade da população que utiliza o Sistema, bem como às necessidades de saúde da população brasileira. Desse modo, oferecer aos trabalhadores do SUS a oportunidade de conhecer as diferentes realidades do Brasil e de exercer a profissão onde a população mais necessita, fortalecendo a dimensão da relevância social da sua atuação, com isso pode-se alcançar a modificação do olhar dos profissionais frente ao processo de adoecimento da população.

Assim, para o cumprimento do estabelecido no Art. 200 da Constituição Federal, que traz como atribuição do Sistema Único de Saúde a ordenação da formação em saúde e a regulação do mercado de trabalho no SUS, foi necessário a elaboração de estratégias de provimento e formação que permitissem o enfrentamento das condições atuais de falta de médico na saúde pública em quantidade e com adequada formação para contribuir na consolidação do modelo, sendo elas: aumento de vagas nos cursos de medicina; aumento de vagas de residência médica; inclusão de 30% do internato médico na Atenção Básica e Serviços de Urgência e Emergência no SUS; primeiro ano da Residência em Medicina Geral de Família e Comunidade como obrigatório para o ingresso em outros programas de Residência Médica, com o objetivo de modificar o olhar para o processo de adoecimento da população, destacando-se como mecanismo de transformação das práticas mediante a formação para o SUS.

Alguns dos principais Projetos elaborados por estes departamentos foram:

Programa Mais Médicos para o Brasil - no âmbito do Programa Mais Médicos foi instituído o Projeto Mais Médicos para o Brasil, com o fim de aperfeiçoar médicos na atenção básica em regiões prioritárias para o Sistema Único de Saúde, mediante a oferta de curso de especialização por instituição pública de educação superior e atividades de ensino, pesquisa e extensão, que terá componente assistencial

mediante integração ensino-serviço. Segundo as estatísticas Mundiais de Saúde da Organização Mundial de Saúde de 2011, o Brasil possuía 1,8 médicos por mil habitantes, o que representa uma necessidade de aproximadamente 168.424 médicos, de acordo com a população atual, considerando a proporção de 2,7 médicos por 1.000 habitantes, que é a proporção encontrada no Reino Unido que, depois do Brasil, tem o maior sistema de saúde público de caráter universal orientado pela atenção básica.

O Programa Mais Médicos, instituído por meio da Medida Provisória nº 621, de 8 de julho de 2013, convertida na Lei nº 12.871, de 22 de outubro de 2013, tem como finalidade formar recursos humanos na área do Sistema Único de Saúde com os seguintes objetivos: Diminuir a carência de médicos nas regiões prioritárias para o SUS, a fim de reduzir as desigualdades regionais na área da saúde; Fortalecer a prestação de serviços de atenção básica em saúde no País; Aprimorar a formação médica no País e proporcionar maior experiência no campo de prática médica durante o processo de formação; Ampliar a inserção do médico em formação nas unidades de atendimento do SUS, desenvolvendo seu conhecimento sobre a realidade da saúde da população brasileira; Promover a troca de conhecimentos e experiências entre profissionais da saúde brasileiros e médicos formados em instituições estrangeiras e, estimular a realização de pesquisas aplicadas ao SUS.

Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica (PROVAB) foi instituído pela Portaria Interministerial nº 2.087, de 1º de setembro de 2011, com o objetivo geral de estimular e valorizar os profissionais de saúde que atuam em equipes multiprofissionais da Estratégia de Saúde da Família dos municípios considerados áreas de difícil acesso e provimento ou de populações de maior vulnerabilidade.

O Programa Nacional de Bolsas de Residência em Área Profissional da Saúde, prioriza conteúdo, estratégias pedagógicas e cenários de aprendizagem inseridos nas Redes de Atenção à Saúde do SUS, que possibilitarão transformações nas práticas de saúde com o envolvimento na gestão, atenção, formação e participação social.

O Programa de Apoio à Formação de Médicos Especialistas em Áreas Estratégicas - tem como objetivo apoiar a formação de especialistas em regiões e especialidades

prioritárias para o SUS por meio da Expansão de Programas de Residência Médica e Multiprofissionais.

Com todos esses programas e ações propostos pela SGTES, através dos departamentos do DEGERTS E DEPREPS, pressupõe-se a garantia de requisitos básicos para a valorização do trabalhador da saúde e do seu trabalho, tais como: Plano de Carreira, Cargos e Salários; vínculos de trabalho com proteção social; espaços de discussão e negociação das relações de trabalho em saúde, com mesas de negociação permanente e comissões locais de negociação de condições de trabalho; capacitação e educação permanente dos trabalhadores; humanização da qualidade do trabalho, dentre outros.

A Gestão do Trabalho em Saúde trata das relações de trabalho a partir de uma concepção na qual a participação do trabalhador é fundamental para a efetividade e eficiência do Sistema Único de Saúde (SUS), onde o trabalhador é percebido como sujeito e agente transformador de seu ambiente e não apenas um mero recurso humano realizador de tarefas previamente estabelecidas pela administração local.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Para o presente estudo foi realizada uma pesquisa documental sobre os relatórios de gestão realizados pela SGTES que foram divulgados anualmente a partir de 2003, ano de sua criação, onde foram identificados e analisados os modelos de gestão do trabalho no Sistema Único de Saúde propostos pela Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde até o ano de 2015 e também foram demonstradas as ferramentas de gestão que são utilizadas para viabilizar os modelos de gestão propostos pelos Departamentos de Gestão e da Regulação do Trabalho em Saúde e Planejamento e Regulação da Provisão de Profissionais de Saúde.

O marco temporal para a análise documental foi considerado a partir da data de sua criação e o recorte do período de análise corresponde aos relatórios disponíveis no site do Ministério de 2003 a 2015, pois, depois de 2015 não foram mais divulgados os relatórios. Estes relatórios de Gestão estão disponibilizados no site oficial do ministério da saúde⁴.

Não foram encontrados os relatórios de gestão da SEGTES a partir do ano de 2016, provavelmente devido à mudanças no Governo Federal, no Ministério da Saúde e na direção da secretaria, tendo em vista que a atual gestão não vem priorizando a qualificação dos profissionais de saúde, muitas vezes até revogando os programas e modelos de gestão do período estudado. A omissão de publicação dos relatórios de gestão representa um abandono da política de transparência observada no período estudado. Porém o problema não se reduz a publicação dos relatórios, mas ao desmonte das estruturas da SGETS. O recorte do estudo de 2003 a 2015 é caracterizado pelo "retorno aos princípios constitucionais de que saúde é um bem público e trabalhadores da saúde também o são". A grande mudança positiva nas políticas públicas, no campo, culmina com a criação, no âmbito do Ministério da Saúde, em 2003, da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES). Momento em que o dispositivo do ordenamento de Recursos H para o SUS passa a valer como políticas públicas.

⁴ <https://www.saude.gov.br/sgtes/relatorios-de-gestao>.

O momento atual é de ameaça por perda dos direitos essenciais - direitos trabalhistas, salários, estabilidade, aposentadoria, desregulação da política de formação profissional, privatização (OS, OSS). Portanto, a situação se caracteriza por políticas de grande tensão e embates entre gestores do SUS e os trabalhadores, por conta da possível perda da prioridade e essencialidade da saúde como direito da população e dever do Estado. Tal ameaça, contra essa premissa constitucional, coloca em risco a máxima das políticas públicas que vinha sendo construída ao longo destas três décadas: saúde e trabalhadores da saúde são bens públicos do SUS (MACHADO; XIMENES NETO, 2018, p. 8).

Após estudos sobre a secretaria em questão, entende-se que o Brasil enfrenta grandes desafios relacionados à disponibilidade, distribuição e desempenho de sua força de trabalho em saúde, assim como, na formação e prática profissional, onde a distribuição geográfica e setorial é marcada por desigualdades, uma vez que, muitos profissionais da saúde, incluindo os médicos, atuam em áreas urbanas do setor privado ou em atendimento especializado. A pressão por melhorar a capacidade resolutiva em saúde tem colocado na agenda da gestão dos sistemas de saúde, a nível global, a necessidade de analisar criticamente os modelos de gestão, financiamento e organização do trabalho.

A Secretaria de Gestão do Trabalho e Educação da Saúde/SGTES/MS, através de suas diretorias, centraram esforços para o enfrentamento dos grandes desafios, objetivando contribuir com as estruturas dos serviços de saúde no país, através da inserção dos profissionais. E estes profissionais devem ser bem formados, em quantidade suficiente, distribuídos equitativamente e com as capacidades adequadas, de acordo com as necessidades de saúde da população.

A partir da análise dos relatórios, identificaram-se vários modelos de gestão praticados pelas a SEGTES e diversas ferramentas de gestão utilizadas para viabilizar os modelos de gestão propostos pelos seus dois departamentos que são ligados à gestão do trabalho para o SUS, Departamentos de Gestão e da Regulação do Trabalho em Saúde (DEGERTS) e Departamento de Planejamento e Regulação da Provisão de Profissionais de Saúde (DEPREPS). Os modelos de gestão identificados foram: Gestão com foco em processos, Gestão de pessoas, Gestão com foco em resultados, Gestão por competências, Gestão democrática, Gestão por Meritocracia e Gestão por cadeia de valor.

Após a análise destes modelos de gestão presentes neste relatório, conclui-se que foram utilizadas variadas ferramentas que foram primordiais para o planejamento e execução de programas e ações que foram usadas para viabilizar a gestão do trabalho no SUS e provisão de profissionais da saúde.

Foi demonstrado neste estudo que a Secretaria da Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES), que, desde sua criação em 2003, teve responsabilidade de propor, incentivar, acompanhar e elaborar políticas de gestão e planejamento e regulação do trabalho em saúde, em todo o território nacional.

A negociação do trabalho em saúde, junto aos segmentos do governo e dos trabalhadores, objetivando estruturar uma efetiva política de gestão do trabalho nas esferas federal, estadual e municipal, envolvendo os setores público e privado que compõem o Sistema Único de Saúde (SUS), contribuindo assim, para a melhoria e humanização do atendimento de seus usuários, o que também faz parte das atribuições da SGTES.

Por meio de suas ações nas diferentes regiões do Brasil, a SGTES reforça o compromisso do governo federal com a população brasileira na medida em que contribui para qualificar a atuação dos profissionais de saúde e, conseqüentemente, do atendimento no SUS.

Após a leitura dos relatórios de gestão da SGTES identificou-se que a gestão e regulação do trabalho em saúde são divididas em três principais temas:

Gestão do trabalho em saúde: trata de questões relativas à estruturação e qualificação da gestão do trabalho no SUS, formulando políticas que têm como propósito o fomento ao desenvolvimento de Plano de Carreira, Cargos e Salários, de ações para a desprecarização do trabalho, inovação, promoção da política de saúde do trabalhador da saúde, entre outras ações para a melhoria das condições de trabalho no SUS, além de desenvolver instrumentos para auxiliar a tomada de decisão e formulação de políticas para a gestão do trabalho em saúde.

Regulação e Negociação do Trabalho em Saúde: tratam de questões sobre a regulação do exercício profissional na saúde, diretrizes para o dimensionamento da força de trabalho em saúde, relação com o Congresso Nacional e com os Conselhos profissionais para analisar propostas e negociar a regulamentação de novas e atuais ocupações em saúde.

A Mesa Nacional de Negociação Permanente do SUS: espaço legítimo de diálogo e pactuação entre gestores e trabalhadores é importante ferramenta para a melhoria das condições de trabalho e a qualificação dos serviços prestados aos usuários do SUS.

A Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES) não divulgou os relatórios de gestão no sítio eletrônico do Ministério da Saúde a partir do ano de 2016. Diante deste contexto, conclui-se com a presente pesquisa que a Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES) através de seus departamentos DEGETS e DEPREPS, foi uma aposta do Ministério da Saúde e uma conquista para a gestão do trabalho e para os profissionais da saúde, propondo um amplo processo de formação e qualificação dos profissionais de saúde e de regulação profissional no âmbito do Sistema Único de Saúde, encontrando soluções de execução nacional para uma política de educação permanente em saúde em uma escala ainda não experimentada.

A proposta é garantir uma oferta efetiva e significativa de cursos de formação técnica, de qualificação e de especialização para o conjunto dos profissionais da saúde e para diferentes segmentos da população que, ao mesmo tempo em que desencadeou a análise de projetos, propostas e políticas para a desprecarização dos vínculos de trabalho no sistema de saúde, retomou a mesa nacional de negociação permanente do SUS. Sinal visível da importância deste movimento em direção à valorização dos trabalhadores.

Nota-se, a partir deste estudo, a necessidade que a SGETS melhore seus meios de comunicação, dando uma melhor visibilidade para seus programas e ações, criando seu próprio sítio eletrônico, para divulgar e atualizar seus relatórios de gestão dando mais confiabilidade nas suas ações e planejamento, uma vez que fica apagada sua

participação em meio todas as outras secretarias do Ministério da Saúde. Criando assim um meio de comunicação eficiente entre gestores e trabalhadores do SUS, no âmbito federal, estadual e municipal.

REFERÊNCIAS

AGUIAR, In: LUCCHESE, P. T. R et al. **Políticas públicas em saúde pública**. São Paulo: Bireme/OPAS/OMS, v. 90, 2002.

BERWICK, D. **Qualidade dos serviços médicos, hospitalares e de saúde**. São Paulo: Makron, 1994.

BORGES, C. F.; BAPTISTA, T. W. de F. O modelo assistencial em saúde mental no Brasil: a trajetória da construção política de 1990 a 2004. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 24, p. 456-468, 2008.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF: Centro Gráfico, 1988.

BRASIL. **Lei n.º 8.080, de 19 de setembro de 1990**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm. Acesso em: 5 maio 2020.

BRASIL, **Lei n.1.842, de 28 de dezembro de 1990**. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8142.htm. Acesso em: 2 maio 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão e Regulação do Trabalho em Saúde. **Gestão do trabalho e da regulação profissional em saúde: agenda positiva**. Brasília: MS; 2004.

BRASIL. **Decreto nº 4.726, de 9 de junho de 2003**. Aprova a Estrutura Regimental e o Quadro Demonstrativo dos Cargos em Comissão e das Funções Gratificadas do Ministério da Saúde, e dá outras providências. Diário Oficial da União 2003.

BRASIL. **Portaria nº 827, de 05 de maio de 2004**. Cria a Câmara de Regulação do Trabalho em Saúde e dá outras providências. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2004/prt0827_05_05_2004.html. Acesso em: 26 maio 2020.

BRASIL. **Regulação do Trabalho em Saúde**. Disponível em: http://repositorio.ipea.gov.br/bitstream/11058/4347/1/bps_n17_vol01_seguridade_social.pdfhttp://bvsms.saude.gov.br/bvs/folder/departamento_gestao_regulacao_trabalho_saude.pdf. Acesso em: 26 maio 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **SGTES: Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde: políticas e programas**. Brasília: Ministério da Saúde, 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. **SGETS: políticas e ações**. Série B - Textos Básicos de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

BRASIL. **Relatório de Gestão 2015**. Brasília-DF, Ministério da saúde março de 2016.

CHANLAT, J.-F. **Ciências sociais e management: reconciliando o econômico e o social**. São Paulo: Atlas, 1999.

CHIAVENATO, I. **Introdução à teoria geral da administração**. Rio de Janeiro: Elsevier, 2014.

DELGADO, G.; JACCOUD, L.; NOGUEIRA, R. P. **Seguridade Social: redefinindo o alcance da cidadania**. Disponível em: http://repositorio.ipea.gov.br/bitstream/11058/4347/1/bps_n17_vol01_seguridade_social.pdf. Acesso em: 26 maio 2020.

DONNANGELO, M. C. F. **Medicina e Sociedade**. São Paulo: Pioneira, 1975.

DYE, T. **Understanding Public Policy**. Englewood Cliffs: N.J.: Prentice Hall, 1984.

FARIA, H. X.; DALBELLO-ARAUJO, M. Uma perspectiva de análise sobre o processo de trabalho em saúde: produção do cuidado e produção de sujeitos. **Saúde e Sociedade**, v. 19, p. 429-439, 2010.

FERNANDES, H. M. de L. G.; PENICHE, A. de C. G. Percepção da equipe de enfermagem do Centro Cirúrgico acerca da Acreditação Hospitalar em um Hospital Universitário. **Rev. esc. enferm. USP**, v.49 n.p., São Paulo Dez. 2015. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342015000700022&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 26 maio 2020.

GIRARDI, S. N. (Coord.) et al. **Precarização e Qualidade do Emprego no Programa de Saúde da Família. Relatório de Pesquisa** - Universidade Federal de Minas Gerais, Faculdade de Medicina, Núcleo de Educação em Saúde Coletiva, Estação de Pesquisa de Sinais de Mercado. Belo Horizonte, 2002.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Estimativas do Censo Demográfico** - 1980, 2002, 2009 e 2017. Rio de Janeiro: IBGE; 2018.

JORGE, E. **O SUS é do Brasil**. Apostila de Políticas de saúde, ESP/MG. Belo Horizonte: 1996.

KRIPKA, R. et al. **Pesquisa documental: considerações sobre conceitos e características na pesquisa qualitativa**. CIAIQ2015, 2015, 2.

LACOMBE, F. J. M. **Dicionário de Administração**. São Paulo: Saraiva, 2004.

LYNN, L. E. **Designing Public Policy: A Casebook on the Role of Policy Analysis**. Santa Monica, Calif: Goodyear, 1980.

LOPES, B. **Políticas Públicas: conceitos e práticas**. Belo Horizonte: Sebrae, 2008.

LUCCHESI, P. T.R. et al. **Informação para tomadores de decisão em saúde pública**. São Paulo: BIREME, 2004.

LÜDKE, M.; ANDRÉ, M. **Pesquisa em educação: abordagens qualitativas**. 1986.

MACHADO, M. H. Trabalhadores da Saúde e sua trajetória na Reforma sanitária. In: LIMA, N.T. et al (Org.), **Saúde e democracia: história e perspectivas do SUS**. Fiocruz, Rio de Janeiro, p. 257-281, 2005.

MACHADO, M. H.; VIEIRA A. L. S.; OLIVEIRA E. Gestão, Trabalho e Educação em Saúde: perspectivas teórico-metodológicas. In: Baptista TWF, Azevedo CS, Machado CV, organizadores. **Políticas, planejamento e gestão em saúde: abordagens e métodos de pesquisa**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2015. Cap. 10. p. 294-321.

MACHADO, M. H. Trabalho e emprego em saúde. In: GIOVANELLA, L.; ESCOREL, S.; LOBATO, L. V. C.; NORONHA, J. C.; CARVALHO, A. I. (org.). **Políticas e Sistema de Saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2008. Cap. 9. p. 259-276.

MACHADO, M. H.; XIMENES NETO, F. R. G. Gestão da Educação e do Trabalho em Saúde no SUS: trinta anos de avanços e desafios. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 23, p. 1971-1979, 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/csc/v23n6/1413-8123-csc-23-06-1971.pdf>. Acesso em: 6 fev. 2021.

MALIK A. M.; SCHIESARI, L. M. C. **Qualidade na gestão local de serviços e ações de saúde**. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da USP, 1998.

MATTA, G. C. **Princípios e Diretrizes do Sistema Único de Saúde**. Disponível em: <https://www.arca.fiocruz.br/bitstream/icict/39223/2/Pol%C3%ADticas%20de%20Sa%C3%BAde%20Princ%C3%ADpios%20e%20Diretrizes%20do%20Sistema%20%C3%9Anico%20de%20Sa%C3%BAde.pdf>. Acesso em: 26 mai. 2020.

MAXIMIANO, Antônio César Amaru. **Teoria geral da administração: da revolução urbana à revolução digital**. 2012.

MEAD, L. M. Public Policy: Vision, Potential, Limits. **Policy Currents**, p. 1-4, fevereiro, 1995.

MERHY, E. E.; FRANCO, T. B. Por uma Composição Técnica do Trabalho Centrada nas Tecnologias Leves e no Campo Relacional. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, ano XXVII, v. 27, n. 65, set. /dez. 209, 2002.

NOGUEIRA, P. N. **Perspectivas da qualidade em saúde**. Rio de Janeiro: Qualitymark, 1994.

PAIM, J. **O que é o SUS**. SciELO-Editora FIOCRUZ, 2015.

PAIVA, C. H. A.; TEIXEIRA, L. A. Reforma sanitária e a criação do Sistema Único de Saúde: notas sobre contextos e autores. **História, Ciências, Saúde** – Manguinhos, Rio de Janeiro, v. 21, n. 1, jan. Mar. 2014, p.15-35. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/hcsm/v21n1/0104-5970-hcsm-21-1-00015.pdf>. Acesso em: 26 mai. 2020.

PETERS, B. G. **American Public Policy**. Chatham, N.J: Chatham House, 1986.

PIERANTONI, C. R.; VARELLA, T. C.; FRANÇA, T. Recursos humanos e gestão do trabalho em saúde: da teoria para a prática. **Observatório de recursos humanos em saúde no Brasil: estudos e análises**, v. 2, p. 51-70, 2004.

SÁ-SILVA, J. R. et al. Pesquisa documental: pistas teóricas e metodológicas. **Revista brasileira de história & ciências sociais**, v. 1, n. 1, p. 1-15, 2009.

SERRALVO, F.; SILVA, R. N. Gestão em saúde e saúde pública. Interação. **Revista Científica da Faculdade das Américas**, Ano III – nº 2 – 2º semestre de 2009. Disponível em: <http://www.portalamericas.edu.br/revista/pdf/ed5/art5.pdf> Acesso em: 06 fev. 2020.

SILVA, R. O. **Teorias da administração**. São Paulo: Pearson, 2013.

SOUZA, C. Políticas públicas: uma revisão da literatura. **Sociologias**, n. 16, p. 20-45, 2006.

TEIXEIRA, E. C. **O papel das políticas públicas no desenvolvimento local e na transformação da realidade**. Salvador: AATR, 2002.

TRIVELLATO, A. A. **Aplicação das Sete Ferramentas Básicas da qualidade do Ciclo PDCA para melhoria contínua**: estudo de caso numa empresa de autopeças 2010. 72p. Trabalho de Conclusão de Curso – Escola de Engenharia de São Carlos, Universidade de São Paulo, 2010.

VERGARA, S. C. **Projetos e relatórios de pesquisa em administração**. São Paulo: Atlas, 2007.

APÊNDICE

APÊNDICE A - Análise documental

Documento	Data	Modelos de Gestão	Ferramentas de gestão utilizadas para viabilizar a desprecarização DEGERTS	Ações e Programas destacados
Relatório de gestão	2003 I	Gestão com foco em processos		Reestruturação no Ministério da saúde. Consolidação da política da SGTES. PROESF. Criação PHPN.
Relatório de gestão	2003 II	Gestão de Pessoas. Gestão com foco em resultados		Polos de educação Permanente em saúde. Mudança na Graduação da Formação em Saúde. Vivência estágio no SUS. Serviço Civil Profissional em Saúde. Programa de Interiorização em saúde. Médicos Estrangeiros no Brasil. Educação popular em saúde. Profissionalização Técnica. Profae. Formação e Regulamentação da Profissão de Agente Comunitário de saúde. Proformar. Rede Observatório de Recursos Humanos em Saúde. Desprecarização de trabalho no SUS. Plano de Carreira, CARGOS E Salários no âmbito SUS. Regulação do trabalho em saúde
Relatório de gestão	2004	Gestão de Pessoas. Gestão por competências	Estrutura de Gestão.	Recursos Financeiros dos polos de educação em saúde. Residência integrada em saúde. Programa de bolsas para a educação pelo trabalho. Aprender SUS. VER-SUS.
Relatório de gestão	2005	Gestão de Pessoas.	Qualificação da Gestão do Trabalho no SUS.	Criação da DEGES. Ações na educação Superior em saúde. Ações Educação Técnica e

		Gestão com foco em processos.	Desenvolvimento de Projetos.	Profissional. Criação de sistemas de Dados. Criação sitio eletrônico SGTES. Qualificação
Relatório de gestão	2006	Gestão de Pessoas. Gestão com foco em processos.	Oficina de Desprecarização do trabalho no SUS. Pesquisa sobre situação da precarização do trabalho na estratégia da família. Atividade de cooperação técnica internacional.	Formação de facilitadores de educação permanente em saúde. Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em saúde – Pró-Saúde.
Relatório de gestão	2007	Gestão de Pessoas. Gestão por Competência. Gestão Democrática.	Negociação do trabalho em saúde. Implantação das Mesas Estaduais e Municipais de Negociação Permanente do SUS. Qualificação da gestão do trabalho no sus.	Programa nacional telesaúde. Projeto FAIMER. Pet –Saúde. Programa direito Sanitário. Fórum Permanente do MERCOSUL/AMÉRICA LATINA para o Trabalho em Saúde. Qualidade do trabalho e humanização da gestão. Gestão do trabalho no sistema único de saúde.
Relatório de gestão	2008	Gestão de Pessoas.	Indicadores de gestão. Evolução de gastos gerais.	Aperfeiçoamento do Trabalho e da Educação na Saúde. Regulação do Trabalho em Saúde e a Modernização e Qualificação do Trabalho no SUS
Relatório de gestão	2009	Gestão de Pessoas. Gestão por Competências.	Oficina de trabalho para elaboração de proposta. Oficina sobre Gestão do Trabalho Seminário de Planejamento e Avaliação do ProgeSUS. Taxa de Aperfeiçoamento do Trabalho e da Educação na Saúde. Oficina de Capacitação de Multiplicadores do InforSUS	Programa “Mais Saúde Direito de Todos. Programa Nacional de Desenvolvimento Gerencial no SUS. Convênio realizado em 2009 via Fundo Nacional de Saúde – FNS. Projetos apoiados dentro do escopo do Termo de Cooperação da OPAS. Regulação do Trabalho em Saúde e a Modernização e Qualificação do Trabalho no SUS. Plano Nacional para o Enfrentamento da Pandemia de Influenza A (H1N1). Realização do Seminário Nacional “Urgência e Emergência: O olhar da Gestão do Trabalho.

Relatório de gestão	2010	Gestão de Pessoas. Gestão com foco em processos.	Criação de Grupos de Trabalho. Qualidade do Trabalho e Humanização da Gestão. Levantamento de informações sobre Mesas de Negociação Permanente do SUS. Processo Educativo em Negociação do Trabalho no SUS. Carreira Especial no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) para profissionais de saúde da Atenção Básica em áreas de difícil acesso e/ou provimento.	Plataforma Sérgio Arouca. Programa de Qualificação e Estruturação da Gestão do Trabalho no SUS – ProgeSUS. Política Nacional de Promoção da Saúde do Trabalhador do SUS. PEC ACS/ACE. Sistema S. Pacto de Gestão. Qualificação da Gestão do Trabalho no SUS. Capacitação das equipes que atuam no referido setor nas Secretarias de Saúde dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios.
Relatório de gestão	2011	Gestão de Pessoas. Gestão com foco em Processos. Gestão por Meritocracia.	Regulação do trabalho em saúde. Parcerias Estratégicas. Representação do Ministério da Saúde na Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde	Programa de Qualificação e Estruturação da Gestão do Trabalho e da Educação no SUS – PROGESUS. Valorização de práticas inovadoras de gestão do trabalho em saúde. Democratização das relações de trabalho no SUS. Sistema de informação sobre a força de trabalho no SUS. Gestão das condições de trabalho e saúde dos trabalhadores da saúde. Prêmio INOVASUS. Democratização das Relações de Trabalho.

				Sala de Situação em Saúde. Programa Telessaúde Brasil Redes
Relatório de gestão	2012	Gestão de Pessoas. Gestão com foco em Processos. Gestão por Meritocracia	Monitoramento e Avaliação de Resultados e Indicadores Utilizados. Implantação de modelos de Gestão de Trabalho. Qualificação dos gestores e negociadores. Estruturação da Rede de Negociadores.	Rede Cegonha. Rede de Atenção à Saúde da Pessoa com Deficiência. Rede de Atenção às Doenças Crônicas. Rede de Atenção Psicossocial. Rede de Atenção às Urgências e Emergências. Atenção Básica. Recursos Fundo a Fundo. PRÓ-SAÚDE I. Método de Gerenciamento do PROVAB. Curso sobre Atualização do Manejo Clínico da Dengue. Gestão das condições de trabalho e saúde dos trabalhadores da saúde. Valorização de práticas inovadoras de gestão do trabalho em saúde. Especialização/aperfeiçoamento em gestão do trabalho e educação na saúde.
Relatório de gestão	2013	Gestão de Pessoas. Gestão com foco em Processos	Implantação de Sistema de Informação em Gestão do Trabalho em Saúde no SUS – Plataforma RH. Participação e Representação institucional. Metodologia para o Estabelecimento do Perfil e Quantitativo dos Trabalhadores da Saúde. Elaboração de protocolos.	Dimensionamento e capacitação da força de trabalho do SUS – Cooperação técnica com Andaluzia. I Seminário Internacional de Regulação do Trabalho e das Profissões em Saúde. Saúde do Trabalhador. PROVAB. Pro-Residência. Projeto mais médicos para o Brasil. Portal saúde baseada em evidências.
Relatório de gestão	2014	Gestão de Pessoas. Gestão por Competência.	Implantação de Sistema de Informação em Gestão do Trabalho em Saúde no SUS – Plataforma RH	Processos de Inovação do Trabalho no SUS - InovaSUS 2014. Laboratório de Inovação – OPAS. Seminários sobre a democratização das relações de trabalho no SUS. II Encontro Nacional das Mesas de Negociação Permanente do SUS. Fórum permanente do MERCOSUL para o trabalho em saúde.

				Formação de Preceptores e Tutores para os programas de Residência.
Relatório de gestão	2015	Gestão de Pessoas. Gestão por Cadeia de valor.	Oficina de Trabalho. Realização de visitas. Documento de Proposta de metodologia de avaliação de boas práticas em gestão do trabalho em saúde. Políticas de Equidade. Rede CorpSUS. Reuniões de Colegiado. Gravação e edição de vídeo sobre Inovação. Oficina de Planejamento.	Processos Educativos Sobre Gestão do Trabalho na Saúde no SUS. Laboratório de Inovação. Processos de Inovação do Trabalho no SUS - INOVASUS 2015. Apoio na Elaboração do Protocolo 009/2015 – Agenda Nacional do Trabalho Decente para Trabalhadores e Trabalhadoras do SUS. Curso de Negociação Coletiva e Gestão do Trabalho na Saúde. Projeto Mais Médicos para o Brasil (PMMB) e Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica (PROVAB)

ANEXOS

ANEXO A – Estrutura organizacional básica – Ministério da Saúde

MINISTÉRIO DA SAÚDE - ESTRUTURA ORGANIZACIONAL BÁSICA (Decreto nº 8.901, Diário Oficial da União, 11 de novembro de 2016)

