



Ministério da Saúde  
Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde  
Departamento de Gestão e Regulação do Trabalho em Saúde



# Avaliação de Políticas e Programas Nacionais da Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde no SUS

## Sumário Executivo



**Coordenação Geral**

**Celia Regina Pierantoni**

Professora Associada do IMS/UERJ. Coordenadora Geral do ObservaRH, Estação de Trabalho IMS/UERJ. Diretora do Centro Colaborador da OPAS/OMS para Planejamento e Informação da Força de Trabalho em Saúde



## **Encaminhamento**

---

Encaminho este Sumário Executivo, que é o **Volume 1** do relatório referente à Pesquisa **Avaliação de Políticas e Programas Nacionais da Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde no SUS**.

Trata-se de pesquisa realizada em parceria com o Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde por meio do Departamento de Gestão de Regulação do Trabalho em Saúde e intermediada pela Mesa Nacional de Negociação Permanente do SUS; financiada pelo Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) do Ministério de Ciência e Tecnologia sob o número de processo 552745/2011-1.

Rio de Janeiro, 24 de fevereiro de 2014

Atenciosamente



**Celia Regina Pierantoni**

Professora Associada do IMS/UERJ.  
Coordenadora Geral do ObservaRH, Estação de Trabalho IMS/UERJ. Diretora do Centro Colaborador da OPAS/OMS para Planejamento e Informação da Força de Trabalho em Saúde

## **Equipe**

---

### **IMS/UERJ**

#### **Professores**

Celia Pierantoni (coordenadora)

Tania França

#### **Bolsistas de Pós-graduação**

Carinne Magnago

Márcia Silveira Ney

Swheelen de Paula Vieira

#### **Administrativo e Arte Final**

Valéria Dias Mattos

#### **Secretária Executiva**

Mayra Carramanhos

#### **Administradora do *Web Site***

Susana Dal Poz

#### **Bolsistas de Graduação**

Dayane Nunes Nascimento

José Jorge da Cunha

Romulo Gonçalves

### **Ministério da Saúde**

#### **Secretário da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES)**

Mozart Sales

#### **Diretora do Departamento de Gestão e da Regulação do Trabalho em Saúde (DEGERTS)**

Ana Paula Cerca

#### **Coordenadora Geral da Regulação e Negociação do Trabalho em Saúde**

Miraci Mendes Astun

#### **Coordenador Geral da Gestão do Trabalho em Saúde**

José Carlos da Silva

#### **Secretária Executiva da Mesa Nacional de Negociação Permanente do SUS**

Eliane Pontes de Mendonça

## **Índice**

---

---

<b>Apresentação .....</b>	<b>5</b>
<b>Justificativa e objetivos .....</b>	<b>7</b>
<b>Método .....</b>	<b>11</b>
<b>Principais resultados .....</b>	<b>13</b>
<b>Desafios que se apresentam .....</b>	<b>30</b>
<b>Estudo de caso: um plano factível? .....</b>	<b>31</b>
<b>Referências bibliográficas .....</b>	<b>34</b>

## **Apresentação**

---

No Brasil, ao longo das últimas décadas, a área de recursos humanos em saúde (RHS) destaca-se como campo de enfrentamento dos problemas do sistema. Em que pese o avanço do Sistema Único de Saúde (SUS), particularmente quanto às diretrizes da descentralização e de ampliação da cobertura das ações e serviços de saúde, alguns desafios persistem. Até o ano de 2003, o país se encontrava entre aqueles que tratavam com pouca atenção a questão de RHS. A área encontrava-se a cargo de uma coordenação no terceiro escalão do Ministério da Saúde (MS).

Em 2003, na reestruturação do MS, foi criada a Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES) como principal instrumento federal para mobilizar a formação e a educação permanente no setor saúde. Para tanto, foram criados, no âmbito da SGTES, o Departamento de Gestão da Educação na Saúde (DEGES) e o Departamento de Gestão de Regulação do Trabalho em Saúde (DEGERTS) para propor o planejamento e formulação de políticas de gestão e de regulação da força de trabalho do SUS.

A criação da SGTES, ocupando o segundo escalão do MS, inaugura um novo momento na medida em que reafirma e dá relevância para a área de recursos humanos no desenvolvimento da Política Nacional de Saúde. Experiências localizadas, como no caso do estado do Rio de Janeiro no final da década de 1980, já evidenciavam a necessidade de um olhar mais profissionalizado da gestão do trabalho em saúde, integrando aspectos ligados à formação e educação permanente com aqueles relacionados ao processo de trabalho e seus desdobramentos, aqui incluídos como foco central do trabalho em saúde.

O cotidiano da gestão de saúde vai além das políticas econômicas e incorporações tecnológicas, estando intimamente relacionado à disponibilidade e ações de recursos humanos do setor. Mais ainda, no caso do Brasil, influenciados por componentes regionais e de desenvolvimento social. Assim, admite-se que o exercício das funções gerenciais exige perfis adaptativos, inovadores, polivalentes, capazes de administrar situações próprias e peculiares.

Este estudo está pautado no caráter central que os recursos humanos assumem na implementação da política no sistema de saúde brasileiro e diz respeito às mudanças

ocorridas na área com a criação da SGTES. Tal órgão, além de instituir as diretrizes nacionais da política de RH em saúde, vem adotando estratégias indutoras com investimentos técnicos, políticos e financeiros para a qualificação da gestão.

Este trabalho busca avaliar a capilaridade das políticas setoriais de gestão do trabalho e da educação na saúde em secretarias estaduais e municipais de saúde (SES e SMS, respectivamente) e apresentar subsídios que colaborem com o avanço das políticas e programas. São apontados limites, acúmulos e possibilidades que se apresentam no campo da gestão de recursos humanos nos entes federados do sistema.

Trata-se de pesquisa realizada em parceria com o Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde por meio do Departamento de Gestão de Regulação do Trabalho em Saúde e intermediada pela Mesa Nacional de Negociação Permanente do SUS; financiada pelo Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) do Ministério de Ciência e Tecnologia sob o número de processo 552745/2011-1.

Os resultados aqui sumarizados foram apresentados e validados, nas diferentes etapas, pela equipe técnica do DEGERTS e pela Mesa Nacional de Negociação Permanente do SUS.

Em acordo com a resolução às normas éticas destinadas à pesquisa envolvendo seres humanos o estudo foi submetido ao Comitê de Ética do Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro, tendo sido aprovado sob numeração CAAE: 02864612.0.0000.5260.

## Justificativa e objetivos

---

A SGTES é criada com o desafio de definir políticas no campo da gestão do trabalho e da educação em saúde para o efetivo desempenho do SUS, de forma articulada com as instâncias federativas gestoras do sistema. Mais ainda, de assumir, entre outros, papel estratégico nas diretrizes intersetoriais que envolvam o desenvolvimento de uma Política Nacional de Recursos Humanos em Saúde (PNRHS). A partir dessa iniciativa, o Ministério assume seu papel de gestor federal do SUS, no que se refere à formulação de políticas orientadoras da formação e desenvolvimento em saúde e ao planejamento, gestão e regulação da força de trabalho em saúde, em um movimento crescente de articulação com a educação e o trabalho.

A construção de agenda positiva da SGTES constitui marco importante para área de recursos humanos, na medida em que incorpora temas relacionados aos princípios e diretrizes da Norma Operacional Básica de Recursos Humanos para o SUS<sup>1</sup>, a saber: diretrizes para a elaboração de plano de cargos, carreiras e salários (PCCS) da saúde; programa nacional de desprecarização do trabalho no SUS; mesas de negociação permanente do SUS (MNP-SUS); qualificação da gestão do trabalho e da educação no SUS; e institui parcerias entre os Ministérios da Saúde, da Educação e Trabalho para cooperação técnica na formação e desenvolvimento de recursos humanos na área da saúde.

A partir de evidências coletadas em pesquisas realizadas pelo Conselho Nacional de Secretários de Saúde<sup>2</sup> e com secretarias municipais de saúde e capitais<sup>3</sup> uma das consequências foi a formulação da agenda positiva no campo da gestão do trabalho com a criação do Programa de Qualificação e Estruturação da Gestão do Trabalho e

---

<sup>1</sup> A criação da Norma Operacional Básica de Recursos Humanos (NOB-RH), fruto de uma luta política dos anos 1990, configurou uma pauta ampla, com debates polêmicos. Espalhou-se por todo o país em oficinas que terminaram por embasar, com documentos e propostas concretas, o ciclo atual de reformas nessa área, com a participação dos representantes dos diferentes segmentos que integram a gestão participativa do SUS.

<sup>2</sup> Brasil. Conselho Nacional dos Secretários de Saúde. Estruturação da Área de Recursos Humanos nas Secretarias de Saúde dos Estados e do Distrito Federal. Brasília: CONASS, 2004.

<sup>3</sup> Observatório de Recursos Humanos em Saúde. Capacidade gestora de recursos humanos em instâncias locais de saúde em municípios com população superior a 100 mil habitantes. Relatório Técnico. Rio de Janeiro: ObservaRH/IMS/UERJ, 2004; Observatório de Recursos Humanos em Saúde. Capacidade gestora de recursos humanos em instâncias locais de saúde em municípios com população inferior a 100 mil habitantes. Rio de Janeiro: ObservaRH/IMS-UERJ, 2006; Observatório de Recursos Humanos em Saúde. Gestão do trabalho e da educação em saúde: análise da década atual. Rio de Janeiro: ObservaRH/IMS-UERJ, 2008.

da Educação no SUS (ProgeSUS) no ano de 2006 por Portaria Ministerial (BRASIL; 2006).

Assim, o ProgeSUS nasce com objetivo de estruturar, qualificar e suprir as secretarias de saúde com ferramentas de gestão para a organização e a profissionalização da gestão do trabalho no SUS. É um programa de cooperação técnica e financeira com estados e municípios, visando à qualificação e ao fortalecimento das estruturas estaduais e municipais de RH do SUS.

O programa é composto por quatro componentes: a) financiamento para estruturação da área de gestão do trabalho e educação nas SES e SMS, por meio da aquisição de mobiliário e de equipamentos de informática; b) disponibilização, pelo MS, de sistema de informação gerencial para a gestão do trabalho e da educação na saúde; c) capacitação de equipes que atuam no referido setor das SES e SMS; d) participação, por parte das secretarias que aderirem ao ProgeSUS, no sistema nacional de informações em gestão do trabalho do SUS.

Neste contexto, considerando a necessidade de apresentar subsídios que colaborem com o avanço e implementação das políticas e programas de gestão do trabalho e da educação em saúde, delineou-se este estudo intitulado *Avaliação de Políticas e Programas Nacionais da Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde no SUS*, cujo **objetivo foi aprofundar a capilaridade das políticas federais nos estados e municípios que aderiram ao ProgeSUS.**

Dessa forma, o que se quis caracterizar com a pesquisa compõe uma sequência de perguntas geradas a partir do conhecimento dos programas implementados e da reestruturação organizacional do setor de RH, observados nas pesquisas anteriores, quais sejam:

- **Em que medida a reestruturação dos órgãos de RH garantem a implementação dos programas de gestão do trabalho recomendados pela SGTES? Como a área de recursos humanos está estruturada nas Secretarias estaduais e municipais de saúde que aderiram ao ProgeSUS?**
- **Qual o nível de poder decisório do gestor de RH? Qual a percepção dos gestores de RH sobre questões relativas à sua autonomia, à utilização de instrumentos de gestão e às formas de contratação? Pode-se com isso observar sinais de tendência?**



- **Como estão sendo desenvolvidos os processos de gestão? Que mecanismos são utilizados? Esta utilização agrega qualidade à capacidade gestora?**
- **Os Planos de Cargos, Carreira e Salários (PCCS) adotados nas SES e SMS incorporam as diretrizes nacionais? Como se deu a implantação desses planos? Qual o impacto da implementação desses Planos? A avaliação de desempenho e as oportunidades de desenvolvimento profissional na carreira estão associadas à educação permanente dos trabalhadores da saúde?**
- **Qual a composição dos espaços de negociação do trabalho existentes? Com que periodicidade são realizados? Como estão sendo tratados os conflitos do trabalho? Existem outras formas para negociação do trabalho? Quais os limites dos existentes?**

## **Objetivos**

O estudo foi realizado em duas fases cujos objetivos foram:

### **1ª. Fase:**

#### **Objetivo geral**

Avaliar o estágio das políticas de gestão do trabalho e a articulação das políticas de gestão da educação implantadas nas SES e SMS que aderiram ao ProgeSUS à luz das diretrizes e estratégias desenvolvidas pela SGTES.

#### **Objetivos específicos**

Caracterizar as **estruturas de gestão do trabalho e da educação** nas secretarias de saúde;

Mapear e analisar os **PCCS** existentes;

Levantar os **espaços de diálogo e negociação do trabalho** em saúde existentes e a capacidade de pactuação dos conflitos oriundos do trabalho;

Mapear e analisar as práticas desenvolvidas e os mecanismos utilizados para **processos de desprecarização do trabalho; dotação orçamentária e autonomia para execução financeira e tomada de decisão.**

## **2ª Fase:**

### **Objetivo geral**

**Mapear experiências exitosas de PCCS premiadas no InovaSUS-Carreira e analisá-las à luz das Diretrizes Nacionais para a instituição de PCCS no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), elaboradas e aprovadas pela Mesa Nacional de Negociação Permanente do SUS (MNNP-SUS).**

### **Objetivos específicos**

Descrever as principais características dos **PCCS selecionados**;

Identificar os pontos de convergência entre os **PCCS selecionados e as Diretrizes Nacionais para a instituição de PCCS** no âmbito do SUS;

Identificar as **similaridades** entre os PCCS selecionados;

Identificar as **inovações** referentes à gestão do trabalho previstas em cada um dos planos selecionados;

Descrever e discutir as principais dificuldades percebidas pelos gestores de recursos humanos em saúde (RHS) no processo de discussão e implantação dos PCCS;

Descrever e discutir as principais alterações previstas e/ou necessárias para a real completude dos PCCS, segundo os gestores de RHS;

Propor um estudo de caso fictício local em acordo aos principais pontos positivos identificados nas experiências de PCCS selecionadas.

## Método

---

Constitui-se de estudo que conjugou métodos qualitativos da abordagem avaliativa com análise documental, entrevistas e grupo focal, e métodos quantitativos com uso de questionários estruturados, planilhas para processamento de dados e análise de informações empíricas. Este foi desenvolvido em duas fases segundo clientela: a primeira fase foi realizada em duas etapas de coleta de dados: (i) *survey* e (ii) grupos focais, enquanto na segunda fase se utilizou da (i) análise documental e (ii) entrevistas em profundidade.

O *survey* foi dirigido aos **644 gestores de RH de SES e SMS** que aderiram ao ProgeSUS. Deste total, a pesquisa foi concluída **em 519 secretarias, incluindo todas as SES e SMS das capitais, entre julho e setembro de 2012**. O *survey* foi composto por 56 questões, divididas em nove blocos: identificação da instituição e do responsável pelo órgão de RH; adesão ao ProgeSUS e características institucionais; plano de cargos, carreira e salários; avaliação de desempenho e política de incentivos; mesa de negociação do trabalho; desprecarização do trabalho; orçamento e financiamento do órgão de RH; educação em saúde e opinativas.

O instrumento de coleta foi confeccionado e estruturado em formulário eletrônico e aplicado mediante entrevistas telefônicas assistidas por computador (ETAC). As respostas foram processadas em banco informatizado em planilhas de Microsoft Office Excel® e Statistical Package for the Social Sciences (SPSS)®, e cujos dados foram tratados por estatística descritiva com uso de tabelas e gráficos.

A partir da análise dos resultados, identificaram-se informações que mereciam, pela importante relação com o tema central, investigação mais acurada. Optou-se, então, por realizar, numa segunda etapa, **grupos focais** com os responsáveis **pela área de RH das secretarias de saúde dos estados e das capitais de todas as regiões do país e com membros representantes dos trabalhadores da mesa nacional de negociação permanente do SUS (MNNP-SUS)**.

As questões aprofundaram a utilização do protocolo da MNNP-SUS para a elaboração e implantação do PCCS e a utilização da mesa de negociação do trabalho como ferramenta de gestão.

Foram realizados seis grupos focais, no período de junho de 2012 a abril de 2013, dos quais cinco foram compostos por gestores de RHS das cinco regiões brasileiras, e um grupo foi composto por representantes dos trabalhadores que compõem a MNNP-SUS. O total de participantes dos grupos focais foi de 49 gestores e 11 representantes da bancada dos trabalhadores da MNNP-SUS. Após transcrição das entrevistas, as falas foram agrupadas e analisadas segundo temática.

A **segunda fase** da pesquisa teve como alvo as 12 estruturas agremiadas com o **Prêmio InovaSUS-Carreira, em 2012**. Destas, oito foram selecionadas por constituírem-se estruturas estaduais ou municipais de grande porte (acima de 500 mil habitantes) e por terem **PCCS implantados**: SES-MT, SES-BA, SES-TO, SES-AL, Fundação Estatal Saúde da Família da Bahia (FESF), SMS-Goiânia, SMS-Recife, SMS-Guarulhos.

Inicialmente foram coletados documentos pertinentes aos PCCS selecionados, os quais foram lidos e nortearam a confecção do instrumento das entrevistas em profundidade.

As entrevistas em profundidade foram realizadas mediante um questionário semiestruturado, confeccionado com base nos documentos selecionados e nas diretrizes nacionais para a instituição de PCCS no âmbito do SUS, elaboradas e aprovadas pela MNNP-SUS, contendo 58 questões estruturadas em seis blocos: identificação do respondente; identificação da estrutura pesquisada; processo e implementação do PCCS; caracterização/estruturação do PCCS; avaliação de desempenho; questões abertas (opinativas).

As entrevistas, realizadas nos meses de agosto e setembro de 2013, foram gravadas em equipamento de áudio digital e gravador portátil, com posterior transcrição integral do conteúdo, e tratadas por análise descritiva, confrontando-as com as diretrizes nacionais para a instituição de PCCS no âmbito do SUS, os documentos selecionados e literatura pertinente ao tema.

## Principais resultados

---

### *Survey*

Das 644 secretarias de saúde que aderiram ao ProgeSUS, 519 participaram desta pesquisa, o que corresponde a cerca de 81% do universo, incluindo todas as secretarias estaduais (n=27) e dos municípios capitais (n=26) e 466 secretarias municipais.

Os responsáveis pela área de RH nas secretarias de saúde são, em sua maioria, do **sexo feminino**, estão na faixa etária entre **30 e 49 anos**, com formação em outras áreas que não da saúde, ocupam cargos denominados de “gestor”, “diretor” ou “coordenador” e estão no cargo há até três anos.

As características institucionais pesquisadas indicaram que os órgãos de RH estão, majoritariamente, subordinados à secretaria de saúde e ligados ao segundo escalão hierárquico do organograma da secretaria.

A análise do *survey* mostrou que para **50,7%** das secretarias investigadas, em especial **as estaduais e as localizadas nas capitais**, foi possível associar mudanças na estruturação da área de gestão induzida pelo ProgeSUS, cujo componente mais valorizado foi **financiamento e qualificação da equipe da gestão do trabalho e da educação no SUS**.

Os gestores destacaram a importância da participação no curso de especialização em gestão do trabalho e da educação na saúde na reestruturação da equipe de trabalho e na criação da área de gestão do trabalho e da educação no estrutura das secretarias. A reestruturação da área física também foi destacada entre gestores das capitais e das SMS.

Os dados revelam que as principais ações-contribuições dos profissionais após participação no curso de especialização foram: planejar, coordenar e apoiar as atividades relacionadas ao trabalho e à educação na área da saúde, e propor e elaborar políticas de formação e desenvolvimento profissional para a área da saúde.

Das secretarias pesquisadas, **37% possuem PCCS geral e 26% PCCS específico para a saúde**. As secretarias que não possuem nenhum tipo de PCCS somam 28%.

Os achados por grandes regiões do país revelam que as **regiões Norte, Nordeste e Centro-Oeste apresentam, em maior proporção, a existência de PCCS específico para a saúde**. As secretarias das regiões Sul e Sudeste, por sua vez, apresentam, em sua maioria, PCCS geral para todos os trabalhadores.

No que se refere às **SES** pesquisadas, 70% possuem PCCS específico; 15% possuem PCCS geral (Acre, Maranhão, Distrito Federal e Paraná) e outras 15% não possuem nenhum tipo de plano de carreira implantado (Ceará, Espírito Santo, Santa Catarina e Rio de Janeiro).

Observou-se que dos 137 PCCS específicos da saúde a maior parte (22%) foi implantada recentemente, a partir do ano de 2011.

As secretarias de saúde (n=146) que afirmaram **não possuir PCCS específico** para saúde apontaram como principais motivos a **inexistência de uma política de gestão** que contemple a implantação de PCCS e a **falta de autonomia da secretaria** para elaborar o plano.

A maior parte das secretarias de saúde **afirmou haver influência das Diretrizes MNMP-SUS na construção do PCCS**. Dentre as secretarias que responderam não haver influência, os motivos mais referidos foram o desconhecimento das diretrizes, não compreensão das mesmas e a falta de interesse.

Outro achado revelou que a maior parte das secretarias (70%) considerou viável a criação de carreira para todos os profissionais, sendo contrários a carreiras específicas para categorias profissionais ou níveis de atenção.

No que tange a processos de avaliação de desempenho, ele ocorre em **365 secretarias de saúde, dos quais 44% são específicos para a saúde, e foram implementados a partir de 2011**.

Os principais aspectos contemplados em função dos resultados da AD específica para a saúde nas SES são o pagamento de gratificação (79%) e reestruturação do trabalho (71,4%), enquanto nas SMS capitais as mais citadas foram o pagamento de gratificação e a progressão na carreira (91%). Nas demais SMS as mais referidas foram as oportunidades de desenvolvimento profissional e a progressão na carreira.

No conjunto de diretrizes políticas da SGTES para a gestão do trabalho no SUS, destaca-se também a advocacia por utilização de mecanismos negociais para

resolução de conflitos no setor público de saúde, consubstanciada pela recomendação de que sejam adotadas MNNP-SUS nos demais níveis de governo. Por meio do *survey*, o estudo verificou a existência de apenas 137 mesas, o que corresponde a 26,4% das instituições pesquisadas. Contudo, o total de mesas em funcionamento corresponde somente a 16,2% das existentes.

Relataram-se como **principais motivos para não implantação da mesa: a falta de assessoria técnica para a implantação (31%) e o fato de a secretaria já se utilizar de outras ferramentas para negociação do trabalho (21%).**

O estudo também apontou para a ampla participação das instituições na mesa de negociação. As mais referidas foram os sindicatos, SMS e associação de trabalhadores (85%, 83% e 50%, nesta ordem).

Quanto à implantação da mesa, notou-se que esta se deu, majoritariamente, entre 2003 e 2008 nas SES e SMS capitais e a partir de 2009 nas SMS.

No que se refere à abrangência da mesa, foi observado que a maior parte é específica para o setor saúde, tendo SES e SMS capitais 55% e 77%, respectivamente. Entre as SMS, 38% apresentam mesas específicas.

As **principais mudanças** nas relações de trabalho em decorrência da atuação das mesas de negociação do trabalho foram: **realização de concursos e processos seletivos públicos, políticas de desprecarização do trabalho e implantação de PCCS.**

Reveste-se também de similar magnitude questões relativas à **existência de orçamento próprio para a área de RH e o nível de autonomia do gestor** em relação à ordenação de despesa e destinação dos recursos financeiros. Os dados revelam que 77,8% das SES, 80,8% das SMS capitais e 65,7% das SMS possuem orçamento próprio para a área de gestão do trabalho e da educação na saúde. Contudo, é preocupante a baixa autonomia financeira dos gestores, uma vez que o estudo apontou que 63% dos gestores das SES, 84,6% das SMS capitais e 62,2% das SMS referiram não possuir autonomia financeira nem orçamentária.

Quanto ao grau de autonomia do dirigente da área de gestão do trabalho para realização de diferentes atividades da área, 47% e 46% dos respondentes disseram que a maior autonomia está vinculada à contratação de pessoal e ao planejamento da

força de trabalho, respectivamente. Por outro lado, 35,3% referiram ausência de autonomia para utilização de recursos financeiros.

### **Grupos focais**

O objetivo principal dos grupos focais foi discutir acerca do PCCS, tanto no que compete às experiências dos municípios e estados, quanto acerca da proposta do Ministério da Saúde contido no protocolo de nº 006/2006, da Mesa Nacional de Negociação Permanente do SUS, suas limitações e possíveis propostas de alterações. Ademais, outro ponto de destaque seria dado aos espaços de negociação praticados pelos gestores, em especial a MNP-SUS.

A partir do direcionamento dos grupos focais foram elencados entraves e avanços referentes à implantação dos PCCS, cujos principais resultados estão explícitos nos quadros a seguir.



**Quadro S.1 - Síntese das vantagens e limitações dos planos de cargos, carreiras e salários apontadas nos grupos focais regionais. Brasil, 2012-2013**

	<b>Norte</b>	<b>Nordeste</b>	<b>Sudeste</b>	<b>Sul</b>	<b>Centro-Oeste</b>
<b>Vantagens</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Diminuição das faltas;</li> <li>- Estímulo à capacitação;</li> <li>- Valorização profissional;</li> <li>- Definição de carga horária;</li> <li>- Impactos na atração e fixação de profissionais.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Construção coletiva;</li> <li>- Estímulo a processos de AD.</li> </ul>	<p>Não referido pelos participantes (inexistência de PCCS entre os participantes)</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Melhoria salarial;</li> <li>- Fixação profissional;</li> <li>- Fixação da carga horária;</li> <li>- Dedicção exclusiva;</li> <li>- Ferramenta para melhoria da gestão.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Estímulo a processos de avaliação de desempenho;</li> <li>- Valorização profissional.</li> </ul>
<b>Limitações</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Mudança de governo implica em não continuidade dos processos iniciados;</li> <li>- Entraves políticos;</li> <li>- Atualização contínua;</li> <li>- Financiamento;</li> <li>- Corporativismo médico;</li> <li>- Dificuldades na negociação com o sindicato.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Entraves políticos;</li> <li>- Diferentes legislações contradizentes;</li> <li>- Sindicatos não mobilizados;</li> <li>- Visão de PCCS apenas como dispositivo para melhoria salarial;</li> <li>- Lutas corporativas;</li> <li>- Negociação isolada dos médicos.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Mudança de governo implica em não continuidade dos processos iniciados;</li> <li>- Entraves políticos;</li> <li>- Financiamento;</li> <li>- Diretrizes nacionais são generalizadas, não contemplam as especificidades locais;</li> <li>- Conselhos de saúde omissos;</li> <li>- Entrada de organizações sociais;</li> <li>- Inexistência de espaços de negociação;</li> <li>- Falta de apoio da SES às SMS;</li> <li>- Desconhecimento do legislativo sobre a área.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Mudança de governo implica em não continuidade dos processos iniciados;</li> <li>- Entraves políticos;</li> <li>- Existência de profissionais de diferentes vínculos;</li> <li>- Lutas corporativas e sindicais;</li> <li>- As diretrizes nacionais não permitem acúmulo de cargo;</li> <li>- Não adesão da categoria médica;</li> <li>- Não cumprimento dos PCCS;</li> <li>- Remuneração garantida por meio de gratificações que não se incorporam para aposentadoria;</li> <li>- Financiamento;</li> <li>- Diretrizes nacionais são generalizadas, não contemplam as especificidades locais;</li> <li>- Pluralidade de vínculos;</li> <li>- Impacto no orçamento;</li> <li>- Lei de responsabilidade fiscal;</li> <li>- Categorias frágeis (ACS);</li> <li>- Planos elaborados por iniciativa privada;</li> <li>- Inexistência de discussões regionalizadas.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Mudança de governo implica em não continuidade dos processos iniciados;</li> <li>- Entraves políticos;</li> <li>- Diretrizes nacionais são generalizadas, não contemplam as especificidades locais;</li> <li>- Desconhecimento dos atores envolvidos acerca das diretrizes nacionais, da legislação e dos direitos trabalhistas;</li> <li>- Sindicatos não mobilizados;</li> <li>- Entrada de organizações sociais (diferentes vínculos);</li> <li>- Financiamento;</li> <li>- Gestores despreparados;</li> <li>- Lei de responsabilidade fiscal;</li> <li>- Falta de apoio da SES aos municípios menores.</li> </ul>

**Fonte:** ObservaRH/IMS-UERJ. Avaliação de Políticas e Programas Nacionais da Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde no SUS. Brasil, 2014.

O próximo quadro sintetiza as principais vantagens e limitações indicadas pelos participantes do grupo focal, segundo região, referente à implantação/utilização de mesas de negociação permanente.

**Quadro S.2 - Síntese das vantagens e limitações das mesas de negociação permanente apontadas nos grupos focais regionais. Brasil, 2012-2013**

	<b>Norte</b>	<b>Nordeste</b>	<b>Sudeste</b>	<b>Sul</b>	<b>Centro-Oeste</b>
<b>Vantagens</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Valorização profissional;</li> <li>- Implantação de PCCS.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Possibilitou implantação de PCCS;</li> <li>- Possibilitou a implantação de processos de avaliação de desempenho;</li> <li>- Arena de debate que possibilita a superação das dificuldades;</li> <li>- Inclusão do trabalhador no processo de gestão e mudanças;</li> <li>- Estabelecimento de acordos que culminaram em projetos de lei;</li> <li>- Mobilização de categorias antes fragilizadas;</li> <li>- Dispositivo de democratização das relações de trabalho.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Acordos entre municípios vizinhos para fixação salarial.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Dispositivo para discussão da precarização do trabalho e PCCS.</li> </ul>	<p>Não referido pelos participantes (inexistência de mesa entre os participantes).</p>
<b>Limitações</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Desconhecimento dos gestores sobre processos de negociação;</li> <li>- Corporativismo médico;</li> <li>- Mudança de governo implica em não continuidade dos processos iniciados;</li> <li>- Ausência de amparo legal;</li> <li>- Complexidade na negociação ante aos diferentes interesses.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Desconhecimento dos gestores sobre processos de negociação;</li> <li>- Entraves com a bancada sindical;</li> <li>- Corporativismo médico (se retirou da mesa e foi negociar diretamente com o governo).</li> </ul>	<p>Não referido pelos participantes (inexistência de mesa entre os participantes).</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Complexidade na negociação ante aos diferentes interesses;</li> <li>- Implantação da mesa e regimento aprovados, mas não praticados.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Desconhecimento dos gestores sobre processos de negociação;</li> <li>- Negociações informais;</li> <li>- O bom funcionamento da mesa é dependente da participação de atores específicos;</li> <li>- Sindicato defende interesses próprios;</li> <li>- Dificuldades de implantar a mesa ante a terceirização da gestão da saúde (OS).</li> </ul>

Fonte: ObservaRH/IMS-UERJ. Avaliação de Políticas e Programas Nacionais da Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde no SUS. Brasil, 2014.

O quadro seguinte traz a síntese dos principais avanços e dificuldades elencadas pelos representantes da MNNP-SUS acerca do processo de negociação na mesa nacional, sobretudo no que concerne à implantação de PCCS.

**Quadro S.3** - Síntese do grupo focal com representantes dos trabalhadores na MNNP-SUS. Brasil, 2012

Avanços	Dificuldades
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Estabelecimento de diretrizes para o PCCS (referencial para os entes federativos);</li> <li>- Discussão de políticas / estratégias;</li> <li>- A MNNP-SUS e o projeto do DEGERTS são movimentos fundamentais para criação de uma cultura gestora negociante;</li> <li>- Implantação de 16 PCCS em municípios; há 23 em andamento;</li> <li>- O funcionamento da mesa, sem interrupção, há 10 anos.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Impacto financeiro;</li> <li>- Falta da regulamentação da negociação do serviço público;</li> <li>- Falta de vontade por parte de alguns governos em negociar e manter/funcionar a MNNP-SUS (a MNNP-SUS se mantém devido ao esforço do movimento sindical que pressiona para que aconteça o processo de negociação);</li> <li>- Há um número muito pequeno de mesas efetivamente funcionando;</li> <li>- O processo de negociação não é institucionalizado (deveria ser uma política de Estado);</li> <li>- Precarização do trabalho;</li> <li>- Diferentes formas de gestão;</li> <li>- Maior entrave é o financeiro (não se conseguiu definir recursos carimbados e vinculados diretamente a valorização dos trabalhadores de saúde);</li> <li>- Legislação omissa;</li> <li>- A gestão não tem garantia de continuidade;</li> <li>- Não autonomia financeira por grande parte dos municípios;</li> <li>- Inexistência de fundos municipais de saúde;</li> <li>- Inexistência de um piso nacional para os trabalhadores da saúde;</li> <li>- Priorização das OS em detrimento dos concursos públicos;</li> <li>- Descumprimento das obrigações por parte do governo federal (política salarial, carga horária diferenciada para o mesmo trabalhador) – inviabiliza a aplicação das diretrizes.</li> </ul>

**Fonte:** ObservaRH/IMS-UERJ. Avaliação de Políticas e Programas Nacionais da Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde no SUS. Brasil, 2014.

### **Entrevistas em profundidade**

Desta fase participaram 13 gestores, dos quais a maior parte mulheres, com formação de nível superior e titulação de especialista em Gestão do Trabalho e Educação na Saúde, com média de tempo no cargo de 3,2 anos.

Todas as estruturas possuem órgãos específicos de RH, as quais foram criadas há pelo menos cinco anos e encontram-se no primeiro ou segundo escalão da secretaria de saúde.

No que tange aos **planos estudados**, notou-se que o tempo entre a apresentação de uma proposta de carreira e a implantação da mesma foi de pelo menos dois anos. Para tanto, estudos de impacto financeiro foram demandados, em alguns casos, mais de uma vez com fins de adequação e viabilização do plano.

Para a propositura dos planos criaram-se comissões específicas com a participação dos trabalhadores. Contudo, observou-se que a maior parte das estruturas não fez a discussão em mesas de negociação por não tê-las implantadas. Em termos de abrangência, apenas o plano de Tocantins inclui todos os profissionais, inclusive administrativos e agentes de saúde (ACS e ACE).

Cumprir destacar que **todos os planos estudados foram baseados nas diretrizes nacionais**. Os modos de progressão na carreira, em sua maioria, consideram o processo de avaliação de desempenho e de qualificação.

Uma das maiores problemáticas no processo de discussão e aprovação das propostas dos planos diz respeito às **gratificações e adicionais percebidos pelos profissionais, com destaque para o adicional de insalubridade, e a não incorporação desses à aposentadoria**.

Todos os planos **preveem** processo de avaliação de desempenho, contudo, na SES de Alagoas, SMS de Recife e FESF Bahia, ainda não há legislação que o regulamente. Segundo os respondentes da pesquisa, os modelos de AD previstos abrangem todos os servidores da estrutura, com exceção de Alagoas, e foram negociados com os trabalhadores, exclusive Tocantins e FESF.

A periodicidade, os requisitos e as formas de avaliação variam entre os locais. Contudo, **os dados da pesquisa apontam para maior dificuldade em regulamentar**

**e desenvolver um processo de avaliação de desempenho que não seja meramente ilustrativo e burocrático.** Notaram-se dificuldades em aplicar os resultados da AD em melhorias para o serviço e em processos de educação permanente. Não obstante, em alguns locais, ela garante adicionais importantes à remuneração do trabalhador.

Apresentam-se a seguir quadros sintéticos que expressam as características do processo de implantação e estruturação dos PCCS específicos da saúde estudados nesta pesquisa.

**Quadro S.4 - Principais características do processo de implementação dos planos de carreira. Brasil, 2013**

<b>Estrutura</b>	<b>Características do processo de implementação dos PCCS</b>		
<b>SES MT</b>	Antecedente: 2000 e 2004 Proposta: 2009 Implantação: 2011	Participação dos trabalhadores: sim Comissão específica: sim MNP: não Discussão na MNP: não	Estudo de impacto financeiro: sim Assessoria: sim. Jurídica do Ministério da Saúde Financiamento: estadual
<b>SES BA</b>	Antecedente: 2002 Proposta: 2007 Implantação: 2009 Revisão: 2012	Participação dos trabalhadores: sim Comissão específica: sim MNP: sim, geral Discussão na MNP: sim (mesa geral)	Estudo de impacto financeiro: não Assessoria: sim. Jurídica Financiamento: estadual
<b>SES AL</b>	Antecedente: 2001 Proposta: 2002 Implantação: Saúde - 2003; Engenheiros e Arquitetos – 2003; Economistas – 2005; Médicos - 2006 Médicos Veterinários – 2006; Apoio à saúde - 2008	Participação dos trabalhadores: sim, exceto os médicos Comissão específica: sim MNP: sim Discussão na MNP: sim	Estudo de impacto financeiro: não Assessoria: não Financiamento: estadual
<b>SES TO</b>	Antecedente: plano geral Proposta: 2004 Implantação: 2005 Revisão: 2012	Participação dos trabalhadores: sim Comissão específica: sim MNP: não Discussão na MNP: não	Estudo de impacto financeiro: sim Assessoria: não Financiamento: estadual
<b>SMS Goiânia</b>	Antecedente: não Proposta: 2004 Implantação: 2010	Participação dos trabalhadores: sim Comissão específica: sim MNP: não (implantada em 2011) Discussão na MNP: não	Estudo de impacto financeiro: sim Assessoria: não Financiamento: municipal
<b>SMS Recife</b>	Antecedente: 2004 Proposta: 2008 Implantação: 2012 (sem revogação do plano de 2004)	Participação dos trabalhadores: sim Comissão específica: sim MNP: sim Discussão na MNP: sim	Estudo de impacto financeiro: sim Assessoria: não Financiamento: municipal
<b>SMS Guarulhos</b>	Antecedente: Não Proposta: 2007 Implantação: 2008 Revisão: 2011	Participação dos trabalhadores: sim, via Conselho Municipal de Saúde. Comissão específica: sim MNP: sim, geral Discussão na MNP: não	Estudo de impacto financeiro: sim Assessoria: não Financiamento: municipal
<b>FESF BA</b>	Antecedente: não Proposta: 2007 Implantação: 2010 Revisão: 2012	Participação dos trabalhadores: não Comissão específica: não Discussão na MNP: não	Estudo de impacto financeiro: sim Assessoria: sim Financiamento: estadual

Fonte: ObservaRH/IMS-UERJ. Avaliação de Políticas e Programas Nacionais da Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde no SUS. Brasil, 2014.

**Quadro S.5 - Principais características de estruturação dos planos de carreira. Brasil, 2013**

Estrutura	Caracterização/estrutura do PCCS		
<b>SES MT</b>	Abrangência: todos os profissionais, excluem-se alguns cargos administrativos alocados em plano específico; Predomínio de profissionais: alta complexidade; Baseado nas diretrizes da MNNP: sim; Progressão: capacitação e AD.	Cedência: não Mobilidade: sim, para Organizações Sociais (OS) Gratificações: não Adicionais: sim Incorpora na aposentadoria: sim	Previdência: sim, FUNPREV
<b>SES BA</b>	Abrangência: todos os profissionais, excluem-se os administrativos; Predomínio de profissionais: alta complexidade; Baseado nas diretrizes da MNNP: sim; Progressão: tempo de serviço, AD e qualificação (utiliza apenas assiduidade - plano de 2002).	Cedência: sim Gratificações: sim Adicionais: sim Incorpora na aposentadoria: sim	Previdência: sim, FUNPREV Plano/Seguro Saúde: sim, Planserv Discussão de PCCS específico: sim, auditores e sanitaristas
<b>SES AL</b>	Abrangência: todos os profissionais, em planos diferenciados (n=9); Predomínio de profissionais: alta complexidade; Baseado nas diretrizes da MNNP: sim; Progressão: qualificação, AD (não regulamentada) e titulação.	Cedência: não Gratificações: não Adicionais: não Incorpora na aposentadoria: não se aplica	Previdência: sim, ALPrevidência Discussão de PCCS específico: não
<b>SES TO</b>	Abrangência: todos os profissionais; Predomínio de profissionais: atenção básica e alta complexidade; Baseado nas diretrizes da MNNP: sim; Progressão: AD e qualificação.	Cedência: sim Gratificações: sim Adicionais: sim Incorpora na aposentadoria: não	Previdência: sim, IGEPREV Discussão de PCCS específico: não
<b>SMS Goiânia</b>	Abrangência: todos os profissionais, excluem-se os administrativos; Predomínio de profissionais: Atenção Básica; Baseado nas diretrizes da MNNP: sim; Progressão: tempo de serviço e AD.	Cedência: sim Gratificações: sim Adicionais: sim Incorpora na aposentadoria: não	Previdência: sim, IPSM Plano/Seguro Saúde: sim, IMAS Discussão de PCCS específico: não
<b>SMS Recife</b>	Abrangência: todos os profissionais, excluem-se administrativos; Predomínio de profissionais: atenção básica e alta complexidade; Baseado nas diretrizes da MNNP: sim; Progressão: AD, qualificação e por tempo de serviço.	Cedência: sim sem progressão Gratificações: sim Adicionais: sim Incorpora na aposentadoria: alguns	Previdência: sim, Reciprev Discussão de PCCS específico: sim. Vigilância Sanitária
<b>SMS Guarulhos</b>	Abrangência: todos os profissionais, inclusive ACS e ACE, excluem-se os administrativos; Predomínio de profissionais: Atenção Básica; Baseado nas diretrizes da MNNP: sim; Progressão: por AD e titulação.	Cedência: sim, sem progressão Gratificações: sim Adicionais: sim Incorpora na aposentadoria: gratificações	Previdência: sim, INSS Discussão de PCCS específico: não
<b>FESF BA</b>	Abrangência: todos os profissionais; Predomínio de profissionais: rede hospitalar; Baseado nas diretrizes da MNNP: sim; Progressão: AD e tempo de serviço.	Cedência: não Gratificações: sim Adicionais: sim Incorpora na aposentadoria: alguns	Previdência: sim, INSS Plano/Seguro Saúde: não Discussão de PCCS específico: sim, médicos

Fonte: ObservaRH/IMS-UERJ. Avaliação de Políticas e Programas Nacionais da Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde no SUS. Brasil, 2014.

**Quadro S.6 - Principais características dos processos de avaliação de desempenho previstos nos planos de carreira. Brasil, 2013**

Estrutura	Avaliação de Desempenho		
<b>SES MT</b>	Existência: sim Abrangência: quadro geral do estado Negociada com trabalhadores: sim	Periodicidade: anual Informatizada: não Interface com educação permanente: não	Comissão: formada por chefe imediato e dois profissionais da equipe; Trabalhador: autoavaliação (não regulamentada) e avalia a chefia; Comissão: avalia o subordinado e a equipe.
<b>SES BA</b>	Existência: sim (2011) Abrangência: todos Negociada com trabalhadores: sim	Periodicidade: mensal (assiduidade) Informatizada: não Interface com educação permanente: não	Considera produção (institucional) e assiduidade (individual); Aguardando regulamentar os critérios de AD individual.
<b>SES AL</b>	Existência: sim, não regulamentada Abrangência: profissionais de apoio à saúde Negociada com trabalhadores: sim	Periodicidade: anual Informatizada: sim Interface com educação permanente: sim	Aguardando regulamentação.
<b>SES TO</b>	Existência: sim Abrangência: todos Negociada com trabalhadores: não	Periodicidade: anual Informatizada: sim Interface com educação permanente: sim	Trabalhador: autoavaliação; Chefe: avalia o subordinado; Dois profissionais indicados: avaliam o subordinado.
<b>SMS Goiânia</b>	Existência: sim Abrangência: todos Negociada com trabalhadores: sim	Periodicidade: semestral Informatizada: sim Interface com educação permanente: sim	Utiliza AD implantada no ano de 1994; Trabalhador: autoavaliação; Chefe: avalia o subordinado e a equipe.
<b>SMS Recife</b>	Existência: aguardando regulamentação Abrangência: todos Negociada com trabalhadores: sim	Periodicidade: anual Informatizada: prevista Interface com educação permanente: sim	Aguardando regulamentação.
<b>SMS Guarulhos</b>	Existência: sim Abrangência: todos Negociada com trabalhadores: sim	Periodicidade: bianual, e anual de acompanhamento Informatizada: sim Interface com educação permanente: sim	Trabalhador: autoavaliação e avaliação do chefe; Chefe: avalia o trabalhador; Usuário: avalia a unidade.
<b>FESF BA</b>	Existência: sim, não implantada Abrangência: todos Negociada com trabalhadores: não	Periodicidade: semestral Informatizada: não Interface com educação permanente: não	Ainda não regulamentada; Prevê autoavaliação e avaliação do servidor pela chefia.

Fonte: ObservaRH/IMS-UERJ. Avaliação de Políticas e Programas Nacionais da Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde no SUS. Brasil, 2014.



**Quadro S.7 - Principais pontos positivos e negativos dos planos de carreira na opinião dos gestores. Brasil, 2013**

Estrutura	Opinião dos gestores: pontos positivos e negativos		
	Pontos positivos	Pontos negativos	Destaques
<b>SES MT</b>	Plano inclui a política de saúde do trabalhador.	A AD é geral para todos os trabalhadores da administração estadual; Autoavaliação ainda não foi regulamentada.	Implantação da política de desenvolvimento do trabalhador baseada em critérios de gestão do conhecimento; Movimento pra extinção das OS.
<b>SES BA</b>	Aposentados e pensionistas foram beneficiados com o plano; O plano prevê duplo vínculo; Ganho salarial em comparações aos outros planos; Subsidiou a implantação da política de saúde do trabalhador.	Baixos salários; LRF impede aumentos salariais substanciais.	O plano prevê duplo vínculo.
<b>SES AL</b>	Inclusão do pessoal de apoio; Mapeamento dos servidores da saúde para o enquadramento no plano.	Existência de vários planos; Não regulamentação da progressão vertical por nível (titularidade).	Proposta de unificação dos planos existentes.
<b>SES TO</b>	Aumento da assiduidade dos trabalhadores; Aumento salarial; Aumento da satisfação dos profissionais.	Não indicou ponto negativo.	AD informatizada com instrumentos específicos em interface com educação permanente;
<b>SMS Goiânia</b>	Diminuiu a rotatividade; Aumentou a satisfação dos profissionais.	Adicional de titulação, formação e aperfeiçoamento que não estimula o profissional a se qualificar constantemente.	
<b>SMS Recife</b>	Estágio probatório contabiliza para a carreira; O plano inclui dos ACS e ACE; Benefício ganho ao fim da carreira: aumento do percentual; Alteração da nota mínima para progressão por AD.	Não inclusão dos administrativos no plano.	Inclusão dos ACS e dos ACE.
<b>SMS Guarulhos</b>	Instituição do processo de AD.	Progressão vertical não regulamentada. (titularidade); Não inclusão dos administrativos.	Dificuldade para contratação de médicos e de auxiliares de enfermagem.
<b>FESF BA</b>	Gratificação de Produção e Qualidade (GPQ): 26% para todos os trabalhadores e 50% médicos.	Negociação com os trabalhadores; Reconhecimento da FESF pelos trabalhadores.	

Fonte: ObservaRH/IMS-UERJ. Avaliação de Políticas e Programas Nacionais da Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde no SUS. Brasil, 2014.

A seguir, apresenta-se um quadro autoexplicativo que traz um comparativo sucinto entre o que prevê as diretrizes nacionais para a implantação de planos de carreira e os aspectos previstos (não necessariamente em prática) que caracterizam os planos estudados por esta pesquisa.

Em linhas gerais, as legislações que implantam e regem os planos estão de acordo com o que se prevê as diretrizes, como já apontado pelos próprios gestores. Notam-se particularidades, o que era de esperar, já que as diretrizes propõem-se genéricas para que cada local as adequem à sua realidade.

**Quadro S.8 - Comparativo entre os PCCS e as Diretrizes Nacionais da MNNP-SUS. Brasil, 2013**

<b>Previsto pelas Diretrizes Nacionais PCCS-SUS</b>	<b>SES MT</b>	<b>SES BA</b>	<b>SMS Alagoas</b>	<b>SES TO</b>	<b>SMS Goiânia</b>	<b>SMS Recife</b>	<b>SMS Guarulhos</b>	<b>FESF Bahia</b>
Gestão partilhada: participação dos trabalhadores	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Não
Comissões paritárias: representantes de gestores e de trabalhadores	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Não
Comissão derivada da mesa de negociação Permanente do SUS (MNP-SUS)	Não	Sim (mesa geral)	Sim	Não	Não	Sim	Não	Não
Abrangência: todos os trabalhadores integrantes do Sistema Único de Saúde	Todos, excluem-se ACS e ACE e alguns cargos administrativos que estão alocados em plano específico	Todos, excluem-se os administrativos e ACS e ACE	Todos, excluem-se os ACS e ACE	Todos, excluem-se os ACS e ACE	Todos, excluem-se os administrativos e ACS e ACE	Todos, inclusive ACS e ACE e excluem-se os administrativos	Todos, inclusive ACS e ACE e excluem-se os administrativos	Todos, excluem-se os ACS e ACE
Ingresso na carreira: concurso público	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim
Classes genéricas para todos os cargos de acordo com o grau de escolaridade	Classes específicas para cada carreira de acordo com grau de escolaridade	Classes específicas para cada carreira	2003: Classes específicas para cada carreira de acordo com grau de escolaridade 2008: Divisão em níveis específicos para cada carreira de acordo com o grau de escolaridade	Divisão específica para cada carreira	Divisão específica para cada carreira	Nove classes por grupo de tabela vencimental	Divisão específica para cada carreira	Divisão específica para cada carreira
Desenvolvimento na carreira: promoção (formação, qualificação ou experiência profissional) e progressão por mérito (avaliação de desempenho)	Sim	Sim e tempo de serviço	Sim	Sim	Tempo de serviço e AD	Sim e tempo de serviço	Sim	Tempo de serviço e AD

Enquadramento (transposição de plano): opcional com possibilidade de adesão a qualquer tempo	Transposição automática	Transposição automática	Sim	Opcional sem possibilidade de adesão a qualquer tempo	Transposição automática	Opcional sem possibilidade de adesão a qualquer tempo	Opcional sem possibilidade de adesão a qualquer tempo	Não se aplica
A concessão de gratificações, adicionais e indenizações a critério da instituição	Adicionais	Gratificações e adicionais	Não	Gratificações e adicionais	Gratificações e adicionais	Gratificações e adicionais	Gratificações e adicionais	Gratificações e adicionais
O Programa Institucional de Avaliação de Desempenho deverá constituir-se em um processo pedagógico e participativo, abrangendo, de forma integrada, a avaliação: I - das atividades dos trabalhadores; II - das atividades dos coletivos de trabalho; e, III - das atividades do órgão ou instituição	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim
Programa institucional de qualificação	Sim	Sim	Sim	Sim	Não	Sim	Sim	Não

**Fonte:** ObservaRH/IMS-UERJ. Avaliação de Políticas e Programas Nacionais da Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde no SUS. Brasil, 2014; Brasil, Ministério da Saúde. Protocolo nº 06 da MNNP-SUS; 2006.

## Satisfação dos trabalhadores

Durante as entrevistas em profundidade foi medida a satisfação dos trabalhadores com o PCCS implantado, **na percepção dos gestores**, por meio de uma escala do tipo Likert com quatro graus, em que: grau 1 – insatisfeitos; grau 2 – pouco satisfeitos; grau 3 – satisfeitos e; grau 4 – muito satisfeitos.

As respostas obtidas apontam que, de um modo geral, **os profissionais estão satisfeitos** (média = 3,0) com os planos implantados. Referiram que a maior insatisfação é percebida nos médicos, sobretudo em razão de salários considerados baixos por eles.

As principais reivindicações atuais dos trabalhadores são: regulamentação de processos previstos no plano, como avaliação de desempenho, por exemplo; extinção das Organizações Sociais; melhores condições de trabalho e infraestrutura; 30h para a Enfermagem; implementação de processos de educação permanente.

No que tange à **escassez de profissionais de saúde**, grande parte dos gestores afirmou que ela se dá basicamente para **os médicos**, tanto para atuação na Atenção Básica quanto em outros níveis de complexidade. E que em se tratando de outros profissionais, pelo contrário, há uma oferta que excede a incorporação dos mesmos pelo mercado de trabalho.

No que compete à rotatividade profissional, os gestores não puderam afirmar que ela diminuiu após implantação do PCCS, até mesmo porque se constituem em eventos recentes. Não há dados que possam apontar um cenário diferente do que se percebia até pouco tempo relacionado à alta rotatividade profissional.

Outro ponto discutido durante as entrevistas foi o **Programa Mais Médicos**. Em linhas gerais, todos os gestores se apresentaram a favor, contudo, alguns expressaram algumas preocupações quanto à dificuldade da língua e a não realização da prova de validação do diploma pelo governo brasileiro.

A tabela, a seguir, apresenta o quantitativo de médicos oriundos do programa recebidos pelos locais em que se realizaram esta pesquisa até outubro de 2013.

**Tabela S1** - Número de médicos recebidos pelos estados e municípios participantes desta pesquisa. Brasil, 2013

Estados/municípios	n
Tocantins	14
Alagoas	10
Mato Grosso	6
Bahia	85
Recife	9
Guarulhos	1
Goiânia	37
<b>Total</b>	<b>162</b>

Fonte: CNES, outubro de 2013.

## **Desafios que se apresentam**

---

---

A análise dos dados desta pesquisa apontam evidências para recomendações no contexto da gestão do trabalho e educação na saúde:

- Planejamento do sistema de saúde e pactuação de metas para o processo de trabalho em sistemas e serviços de saúde;
- Autonomia do gestor de RH no que se refere à gestão financeira e dos processos que envolvem o trabalho;
- Implantação de PCCS específicos da saúde com inserção de todos os profissionais, incluindo administrativos e agentes de saúde;
- Regulamentação do processo de AD e articulação com a política de educação permanente de acordo com as metas pactuadas;
- Valorização do trabalho em equipe como indicador importante do desempenho profissional;
- Implementação e utilização de sistemas de informação;
- Implementação e manutenção de mesas de negociação;
- Maior colaboração das SES para o cumprimento de seu papel de articulação e cooperação técnica no que se refere à estruturação da política de gestão do trabalho e da educação, na indução da capacidade regulatória e de planejamento da função recursos humanos nos municípios.

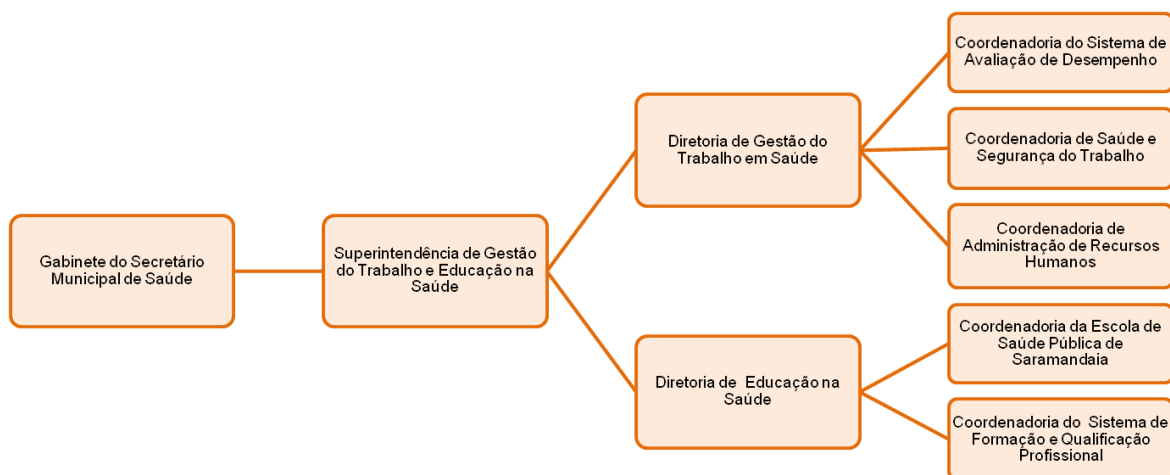
Como produto desta pesquisa construiu-se um estudo de caso de um município fictício com um plano de cargos, em que se consideraram os principais pontos positivos dos planos implantados.

Espera-se com este estudo de caso subsidiar a implantação de novos planos, o aprimoramento dos planos já existentes, e a avaliação de desempenho com contratualização de metas e o fortalecimento das mesas de negociação do trabalho no SUS.

## Estudo de caso: um plano factível?

### Município de Saramandaia

Figura 1 - Parte do organograma da Secretaria Municipal de Saúde de Saramandaia. Brasil, 2005



Fonte: ObservaRH/IMS-UERJ. Avaliação de Políticas e Programas Nacionais da Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde no SUS. Brasil, 2014.

### Plano de Cargos, Carreira e Salários

#### Proposta e elaboração

- Antecedente: plano geral da prefeitura;
- PCCS proposto e negociado na MNP-SUS;
- Baseado nas diretrizes nacionais;
- Elaborado estudo de impacto financeiro;
- Legislação específica.

#### Estruturação do PCCS

- Abrangência: todos os profissionais. Incluem-se no plano, portanto, os profissionais administrativos e de apoio e agentes de saúde;
- Enquadramento: opcional;
- Inserção: concurso público;
- Jornada de trabalho: 30h e 40h para os profissionais de AB e cargos de gestão.

## Cargos

- Assistente em Saúde, que compreende as categorias profissionais cujas atribuições integram um campo profissional ou ocupacional de atuação para o qual se exige nível de educação básica, completo ou incompleto, profissionalizante ou não;
- Especialista em Saúde, que compreende as categorias profissionais cujas atribuições integram um campo profissional de atuação para o qual se exige nível de escolaridade mínimo correspondente ao ensino superior e;
- Médico, que compreende a categoria profissional médica cujas atribuições integram um campo profissional de atuação para o qual se exige nível de escolaridade mínimo correspondente ao ensino superior em medicina.

## Estruturação do PCCS

- Progressão:
  - por titularidade – até cinco classes (A à E);
    - interstício de três anos.
  - por mérito por meio de avaliação de desempenho – doze níveis;
    - interstício de três anos.
- Permite cessão com progressão na carreira
- Adicionais
  - Adicional por Jornada de Trabalho em Regime de Plantão: 5%;
  - Adicional de Insalubridade: 10% - 40%;
  - Adicional por Trabalho Noturno: 25%;
  - Gratificação por área em difícil acesso: 30%
  - Os adicionais são incorporados à aposentadoria, desde que percebidos nos últimos doze meses antes do fim da carreira.
- Seguridade social: Fundo de Previdência dos Servidores Municipais de Saramandaia (SARAMANDAPREV)

## Avaliação de Desempenho

- Negociado com os trabalhadores na MNP de acordo com as metas do sistema de saúde pactuadas;
- Periodicidade: anual (de acordo com a pactuação municipal);
- Pontuação mínima para progressão: 70% de média ao final de três anos.
- Tipos de avaliação:
  - Autoavaliação – peso de 20%;



- Avaliação do servidor por chefia imediata – peso de 30%;
  - Avaliação da chefia imediata pela equipe – peso de 20%;
  - Avaliação do trabalhador pela equipe – peso de 20%;
  - Avaliação da equipe pelos usuários – peso de 20%.
- Instrumentos específicos;
  - Indicadores qualitativos e quantitativos;
  - Interlocução com a política de formação e qualificação dos servidores;
  - Informatizado.

### **Destaques**

- ✓ Implementa a Política de Formação e Qualificação para o SUS;
- ✓ Implementa a Política de Saúde e Segurança dos Trabalhadores do SUS;
- ✓ Implementa a Política de Avaliação de Desempenho.

## Referências bibliográficas

---

ARRETCHE, M. T. 1998. Tendências no Estudo sobre Avaliação. In: RICO, E. (org.) **Avaliação de Políticas Sociais: Uma Questão em Debate**. São Paulo: Cortez.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde (Brasil). **Resolução nº 331, de 4 de novembro de 2003**. Reinstala a Mesa Nacional de negociação Permanente do Sistema Único de Saúde. Brasília: DF; 2003.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Gestão e da Regulação do Trabalho em Saúde. **Portaria Ministerial nº. 2.261, de 22 de setembro de 2006**. Implanta o Programa de Qualificação e Estruturação da Gestão do Trabalho e da Educação no SUS – ProgeSUS. Diário Oficial da União, 26 de setembro de 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. **Portaria nº 626/GM, de 8 de abril de 2004**. Cria Comissão Especial para elaborar as diretrizes do Plano de Carreira, Cargos e Salários do âmbito do SUS.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. **Portaria nº 1996/GM, de 20 de agosto de 2007**. Dispõe sobre as diretrizes para a implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde e dá outras providências. Diário Oficial da União, nº 162, de 22 de agosto de 2007, Seção 1.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. **Protocolo nº 06, de 09 de novembro de 2006**. Diretrizes Nacionais PCCS-SUS. Dispõe sobre Diretrizes Nacionais para a instituição de Planos de Carreiras, Cargos e Salários no âmbito do Sistema Único de Saúde – PCCS-SUS. Documento elaborado pela Comissão Especial do PCCS-SUS e aprovado pela Mesa Nacional de Negociação Permanente do SUS, Comissão Intergestores Tripartite e referendado pelo Conselho Nacional de Saúde.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. **Portaria 2.261/GM, de 22 de setembro de 2006**. Institui o Programa de Qualificação e Estruturação da Gestão do Trabalho e da Educação no SUS – ProgeSUS. Diário Oficial da União, nº 170, de 21 de setembro de 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. **Política de Educação e Desenvolvimento para o SUS: caminhos para a educação permanente em saúde: pólos de educação permanente em saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Norma Operacional Básica sobre Recursos Humanos do SUS – NOB-RH/SUS**.

CASSELL, C. e SYMON, G. 1994. Qualitative Research in Work Contexts. In: CASSELL, C. e SYMON, G. (orgs.) **Qualitative Methods in Organizational Research**. Londres: Sage.

PEREIRA, J. C. 1999. O Dado Qualitativo. In: **Análise de Dados Qualitativos**. São Paulo: EDUSP.

OBSERVATÓRIO DE RECURSOS HUMANOS EM SAÚDE. **Capacidade gestora de recursos humanos em instâncias locais de saúde em municípios com população superior a 100 mil habitantes.** Rio de Janeiro: IMS-UERJ, 2004.

OBSERVATÓRIO DE RECURSOS HUMANOS EM SAÚDE. **Capacidade gestora de recursos humanos em instâncias locais de saúde em municípios com população inferior a 50 mil habitantes.** Rio de Janeiro: ObservaRH/IMS-UERJ, 2004.

PIERANTONI, C. **As reformas do Estado, da saúde e recursos humanos: limites e possibilidades.** Ciência e Saúde Coletiva, ABRASCO 6 (2): 2001. 341-361.

PIERANTONI, C. Desafios para a Formação de Gestores do Sistema de Saúde: Processos e Produtos. In: PIERANTONI, C. (Org.). **Gestão de Sistemas de Saúde.** Rio de Janeiro: Segrekar; 2003. p:9-13.

PIERANTONI, C. Recursos humanos e gerência no SUS. In: NEGRI, Barjas & VIANA, Ana Luiza (orgs). **O sistema único de saúde em dez anos de desafio.** São Paulo: Sobravime. 2002. P. 609-630.

PIERANTONI, C., DALPOZ, M., FRANÇA, T (Org.). **O trabalho em saúde: abordagens qualitativas e quantitativas:** Rio de Janeiro; CEPESC, IMS/UERJ, ObservaRH; 2011.

PIERANTONI, C, FRANÇA, T, GARCIA,C, SANTOS, MR, VARELLA, TC, MATSUMOTO, KS. **Gestão do trabalho e da educação na saúde.** Rio de Janeiro:CEPESC, IMS,UERJ, ObservaRH; 2012.156p

QUEIROZ, L. **Textos normativos e contextos locais: estudo de caso sobre os dilemas do processo de implantação do SUS.** In: PIERANTONI, C., MANSO, C. Gestão de sistemas de saúde. Rio de Janeiro: Segrekar. 2003 p. 93-131.