

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM ATENÇÃO BÁSICA EM SAÚDE DA FAMÍLIA**

**GESTÃO DO TRABALHO E DA EDUCAÇÃO NA SAÚDE NA ESTRATÉGIA DE
SAÚDE DA FAMÍLIA EM CATAS ALTAS/MG**

Fernando Lopes Tavares de Lima

Conselheiro Lafaiete / Minas Gerais

2011

Fernando Lopes Tavares de Lima

**GESTÃO DO TRABALHO E DA EDUCAÇÃO NA SAÚDE NA ESTRATÉGIA DE
SAÚDE DA FAMÍLIA EM CATAS ALTAS/MG**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família, Universidade Federal de Minas Gerais, para obtenção do Certificado de Especialista.

Orientador: Prof. Daniele Araújo Campos Szuster

Conselheiro Lafaiete / Minas Gerais

2011

Fernando Lopes Tavares de Lima

**GESTÃO DO TRABALHO E DA EDUCAÇÃO NA SAÚDE NA ESTRATÉGIA DE
SAÚDE DA FAMÍLIA EM CATAS ALTAS/MG**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família, Universidade Federal de Minas Gerais, para obtenção do Certificado de Especialista.

Orientador: Profa. Daniele Araújo Campos Szuster

Banca Examinadora

Profa. Daniele Araújo Campos Szuster - orientadora

Profa. Dra. Maria Rizioneide Negreiros de Araújo - UFMG

Aprovado em Belo Horizonte: 17/12/2011

“Cumprer lembrar que SUS é movido à gente, e gente que cuida de gente deve ser tratada como gente. Enquanto as questões das pessoas que nele trabalham e nele se realizam como sujeitos não forem equacionadas, não haverá milagres na gestão, na gerência e na prestação de serviços”

Jairnilson Silva Paim

RESUMO

Este trabalho tem como objetivo relatar e discutir a experiência da Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde das Equipes de Saúde da Família de Catas Altas-MG, trazendo propostas para intervenção e aprimoramento desta área. O estudo foi realizado a partir de uma revisão bibliográfica sobre o tema “Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde”, buscando adequá-lo ao processo de trabalho da estratégia de Saúde da Família deste município. Ficou evidente a necessidade de aperfeiçoar a Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde para alcançar melhores resultados com os recursos disponíveis e, para tanto, deve-se estruturar um setor de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde, ultrapassando os limites de um Setor de Recursos Humanos. A convocação dos profissionais aprovados no último concurso público deve ser planejada em conjunto com a estruturação dos programas de educação permanente, que deverá ser realizada por equipes multiprofissionais e intersetoriais, baseadas no próprio processo de trabalho, buscando respostas a problemas reais do serviço. Outro ponto essencial é o aperfeiçoamento do Plano de Carreiras, Cargos e Salários baseando-se em um trabalho coletivo e preocupando-se com a melhoria da atenção aos usuários do Sistema Único de Saúde. Este plano deve possibilitar o desenvolvimento de carreira, valorizar o tempo de trabalho e a qualificação profissional, além dos resultados alcançados individualmente e institucionalmente. Para finalizar, cabe destacar a importância da criação de um espaço de negociação permanente entre gestor e trabalhadores, enfrentando os conflitos e interesses e trazendo respostas mais adequadas e democráticas aos desafios da atenção à saúde.

Descritores: Gestão do Trabalho. Gestão da Educação na Saúde. Saúde da Família.

SUMMARY

This paper aims to report and discuss the experience of the Management of Work and Health Education of the Family Health Teams of Catas Altas, Minas Gerais, bringing proposals for intervention and improvement in this area. The study was conducted from a literature review on the topic "Management of Work and Health Education", seeking to adapt it to the work process of the Family Health strategy of the municipality. It is evident the need to improve the Management of Work and Health Education to achieve better results with the available resources and, therefore, to develop a sector of Labor Management and Health Education beyond the boundaries of a Sector Human Resources. The call by professionals approved in the last tender should be planned in conjunction with the structuring of programs of continuing education, which should be performed by multidisciplinary teams and intersectoral, based on the work process itself, seeking answers to real problems of the service. Another essential point is to improve the Plan for Careers, Jobs and Wages, based on a collective work and worrying about the improvement of care to users of Single Health System. This plan should enable the development of careers, working time and professional qualification, and the results achieved individually and institutionally. Finally, we highlight the importance of creating a space of permanent negotiation between the manager and workers facing conflicts and interests and bringing democratic and more adequate responses to the challenges of health care.

Key words: Work Management. Education Management. Family Health Strategy.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	7
2 JUSTIFICATIVA	9
3 ASPECTOS CONCEITUAIS	10
3.1 Saúde da Família e Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde	10
3.2 Gestão do Trabalho em Saúde	13
3.2.1 Plano de Carreiras, Cargos e Salários do SUS - PCCS-SUS.....	13
3.2.2 Programa Nacional de Desprecarização do Trabalho no SUS	14
3.2.3 Regulação do trabalho em saúde	15
3.2.4 Negociação do trabalho no SUS	16
3.2.5 Estruturação e qualificação da Gestão do Trabalho e Educação no SUS	16
3.2.6 Sistema Gerencial de Informações em Gestão do Trabalho em Saúde	16
3.2.7 Exercício profissional no MERCOSUL:	17
3.3 Gestão da Educação na Saúde	17
3.4 A Gestão Municipal do Trabalho e da Educação em Saúde.....	17
4 OBJETIVOS	20
4.1 Geral	20
4.2 Específicos.....	20
5 METODOLOGIA.....	21
6 PROPOSIÇÕES.....	22
6.1 Catas Altas e seus Serviços de Saúde: breve histórico	22
6.2 Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde em Catas Altas	25
6.3 Plano de Intervenção Proposto	28
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS	32
8 REFERÊNCIAS.....	33

1 INTRODUÇÃO

O Brasil apresenta modificação do seu perfil epidemiológico, tal como ocorrido na Europa, caracterizada pela mudança progressiva do perfil de alta mortalidade por doenças infecciosas para outro onde predominam os óbitos por doenças crônicas não transmissíveis (DCNT). Esta transição, entretanto, ainda se configura incompleta, graças à persistência das doenças infecciosas, o que torna o quadro bastante complexo (PRATA, 1992; MALTA *et al.*, 2006).

Esta modificação no perfil de saúde da população, em que as doenças crônicas e suas complicações se tornam prevalentes, coexistindo com doenças infecciosas, resulta em mudanças no padrão de utilização dos serviços de saúde. Estes aspectos ocasionam importantes desafios, principalmente aos gestores e trabalhadores do Sistema Único de Saúde (SUS), e a necessidade de uma agenda para as políticas de saúde que possa contemplar as várias transições em curso (SCHRAMM *et al.*, 2004).

Diante deste quadro epidemiológico complexo surgiu a Estratégia de Saúde da Família (ESF), como um mecanismo para de reorientação do modelo assistencial a partir da atenção básica, em conformidade com os princípios do SUS. Para Rosa e Labate (2005), a busca de um novo modelo de assistência decorreu de um momento histórico-social, onde o modelo tecnicista/hospitalocêntrico não atendia mais à emergência das mudanças do mundo moderno e, conseqüentemente, às necessidades de saúde das pessoas.

A ESF, desta forma, se apresenta como uma nova maneira de trabalhar a saúde, tendo como características básicas o trabalho em equipe interdisciplinar e a inclusão da família como foco de atenção básica, agindo preventivamente sobre ela (ROSA; LABATE, 2005).

Para a consolidação deste novo modelo é necessário oferecer atenção especial para a implantação das equipes nos municípios, qualificando os profissionais e evitando a troca excessiva dos membros das equipes, o que impossibilita o estabelecimento de

vínculos, o avanço das ações e a relação equipe/família/comunidade (ROSA; LABATE, 2005).

Para Mendonça *et al.* (2010) tais desafios realmente são maiores quando se analisa a ESF, seja no que diz respeito à formação e qualificação dos profissionais, seja pela questão dos vínculos trabalhistas e estratégias de fixação de pessoal ou ainda pela adesão desses profissionais à proposta deste novo modelo.

Desta forma, a discussão sobre os métodos de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde das equipes de Saúde da Família, visa trazer a tona possibilidades de melhoria nesta área, sendo considerada como esforços do Estado, nos diferentes níveis de governo, de regulação das relações sociais de trabalho, capacitação e formação profissional e criação de condições adequadas de trabalho (MENDONÇA *et al.*, 2010).

2 JUSTIFICATIVA

Este trabalho se justifica pela importância da ESF na consolidação de um novo modelo assistencial em saúde que possa atingir os objetivos maiores preconizados nos princípios do SUS, oferecendo a todos, integralmente, ações e serviços de saúde. Crucial para o estabelecimento e fortalecimento desta estratégia é alcançar resultados mais satisfatórios para gestores, trabalhadores e usuários tornando-se, então, de fundamental importância discutir o papel da Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde.

Ao trazer esta problemática para um pequeno município, como Catas Altas, a questão ganha mais evidência, pois a ESF é, conforme seus preceitos, a espinha dorsal dos serviços municipais de saúde, sendo responsável pela quase totalidade dos procedimentos/ações realizados no município, quando comparada à média e alta complexidade. A equipe de saúde desta estratégia é responsável pelas ações de promoção da saúde, prevenção das doenças, diagnóstico, tratamento e acompanhamento de grande parte da população desta cidade.

Ao se fazer uma análise mais detalhada do problema é possível observar que a gestão municipal não possui um processo de trabalho organizado que valorize essas ações. Essas afirmações são baseadas na grande presença de contratos temporários, ausência de programas de Educação Permanente adequados, falta de materiais para o exercício profissional, deficiência no Plano de Carreiras, Cargos e Salários (PCCS) que estimulem a qualificação profissional. Tais problemas se tornam mais graves devido à falta de espaço institucional de negociação permanente entre trabalhadores e gestão.

Este fato pode ser considerado um nó crítico quando se objetiva a melhoria da qualidade do trabalho e conseqüentemente da atenção prestada à população. Além disso, seu enfrentamento poderá trazer resultados sólidos para reestruturação da relação gestores-profissionais, Saúde da Família - outros setores e trabalhadores-usuários, trazendo benefícios a todos os interessados.

3 ASPECTOS CONCEITUAIS

3.1 Saúde da Família e Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde

A atenção básica constitui a porta de entrada preferencial da atenção à saúde no país. É responsável por possibilitar o acesso universal e contínuo a serviços de saúde com qualidade e resolubilidade, buscando promover a integralidade da atenção. Deve ser baseada nas relações de vínculo e responsabilização entre equipe e população e na valorização dos profissionais por meio de estímulo e acompanhamento constante de sua formação e capacitação (BRASIL, 2007a).

Criada com vistas a direcionar esse processo, a Estratégia de Saúde da Família (ESF) visa, por meio do trabalho em equipe, a integração entre ações preventivas e curativas, promovendo atenção integral à família e ao indivíduo. Atualmente, após 17 anos de sua criação, a ESF é considerada *“uma das propostas de atenção primária de saúde mais abrangentes”* do mundo (PAIM, 2009, p.76).

Segundo Paim (2009), a ESF está bem consolidada em municípios de pequeno porte, servindo para expansão da cobertura dos serviços de saúde no país. Entretanto, se em um primeiro momento, era importante expandir a rede de atenção, atualmente o que preocupa é a qualidade dos serviços prestados.

Neste sentido, uma área de atuação estratégica que poderá estimular uma qualificação da atenção em saúde é a Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Certamente, não é recente a relação feita sobre o papel do profissional de saúde, e sua qualificação, com a qualidade dos serviços prestados, mas a forma de enxergar e agir sobre esta problemática mudou de forma substancial na última década.

Inicialmente, é necessário lembrar que, dos anos 50 até meados dos anos 80, a preocupação dos gestores públicos na área da saúde voltava-se, quase que exclusivamente, para o financiamento e a organização da assistência à saúde. A abordagem adotada incluía os recursos humanos como mais um insumo, ao lado dos recursos materiais e financeiros. A discussão sobre um novo modelo de atenção à saúde, durante a década de 80, trouxe para as Conferências Nacionais de Saúde

e para as conferências específicas de recursos humanos a importância e especificidade desta temática (BRASIL, 2011).

Se por um lado, a discussão do novo modelo assistencial em saúde criou espaços amplos de reflexão, por outro, o contexto de mudanças nos setores produtivos da economia, com a inserção de um novo paradigma do trabalho, fez com que a centralidade do trabalhador nesse processo fosse repensada. A transição entre o modelo taylorista/fordista (dominância do trabalho prescrito, com poucas possibilidades de intervenção nos processos produtivos e pouca autonomia dos trabalhadores), para um modelo tecnológico (baseado na intelectualização do trabalho, cujas referências são o conhecimento técnico e a qualificação profissional) demandou novas competências dos trabalhadores e gestores, implicando redefinir as formas de recrutar, selecionar, treinar e manter os profissionais em suas respectivas atividades, ou seja, reestruturar a Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (BRASIL, 2011).

Segundo Vieira (2007), a Gestão do Trabalho foi ganhando importância nos serviços de saúde até que, em 1986, foi organizada a I Conferência Nacional de Recursos Humanos para a Saúde. Nesta conferência foi definida uma agenda específica para o tema, em destaque: a falta de incentivos para qualificação, a visão burocrática da área de recursos humanos, a baixa remuneração dos trabalhadores e as desfavoráveis condições de trabalho. Ainda segundo esta autora, em 1993 foi realizada a II Conferência, que registrou a contradição que vem marcando a área da Gestão do Trabalho: apesar de ser percebida como estratégia importante para a organização do processo de trabalho, essa área ainda é pouco valorizada.

Parte desta contradição pode ter origem em um fator que extrapola o setor saúde, atingindo a macropolítica global dos anos 80 e 90. Esse período foi marcado por transformações nas configurações dos estados nacionais, tendo os discursos e as práticas voltadas para a configuração de um Estado mínimo, conforme as diretrizes neoliberais. As mudanças estimuladas por essa doutrina levaram à flexibilização dos vínculos, à desestruturação e desregulamentação do mercado de trabalho, à

ampliação da informalidade dos empregos e à precarização dos vínculos, inclusive no setor público (BRASIL, 2011).

Segundo Nogueira (2010), durante o início da década de 90 houve planos de demissão de pessoal e medidas de diminuição do tamanho da máquina estatal, instaurando um clima político e ideológico desfavorável à valorização e expansão da força de trabalho na administração pública.

Machado (2005), concordando com Nogueira (2010), afirma que a política adotada durante a década de 90 trouxe para o setor público: ausência de perspectiva de carreira profissional e aumento de trabalhos precários.

Estas medidas fizeram que, ao longo dos anos, as administrações federal, estadual e municipal lançassem mão de formas de contratação e estratégias de gestão de pessoal que incluem: contratação temporária, terceirização por meio de serviços prestados, bolsas de trabalho, estágios, contratos com entidades através de empresas ou cooperativas, contratos por órgãos internacionais, contratos privados lucrativos ou não lucrativos, contratos de gestão com organizações sociais, Organizações Sociais Civis de Interesse Público (Oscips), entre outros (BRASIL, 2011).

Além da discussão sobre a legalidade desses contratos e da desvalorização da carreira profissional pública, ficou evidente que a diversidade de vínculos tenciona a convivência das equipes no interior dos serviços, comprometendo as práticas e acirrando conflitos (BRASIL, 2011).

Visando romper com esta lógica, foi criada, em 2003, a Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES), que passou a definir o papel do governo federal quanto a essa temática e estimular a discussão e reorganização de toda rede SUS no país.

A Gestão do Trabalho e Educação na Saúde tornou-se, a partir de sua institucionalização, tanto campo de estudo, quanto de intervenção, abarcando

múltiplas dimensões: composição e distribuição da força de trabalho, regulação do exercício profissional, mercado e relações de trabalho, organização do trabalho, formação e qualificação profissional, além da tradicional administração de pessoal (VIEIRA, 2007).

3.2 Gestão do Trabalho em Saúde

A Gestão do Trabalho no SUS é a *“política que 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”* (BRASIL, 2009b, p.28).

O Departamento de Gestão e da Regulação do Trabalho em Saúde (DEGERTS), integrante da estrutura da SGTES, é responsável pela proposição, incentivo, acompanhamento e elaboração de políticas de gestão, negociação e regulação do trabalho em saúde em âmbito nacional (BRASIL, 2009a).

Visando orientar e divulgar seu trabalho, o DEGERTS publicou, em 2009, uma Agenda Positiva, na qual descreve as ações necessárias para alcançar os objetivos do departamento. Devido à importância dessa publicação, não apenas para o DEGERTS, mas para reorientação de todo o sistema de saúde brasileiro, iremos aprofundar nessas ações.

3.2.1 Plano de Carreiras, Cargos e Salários do SUS - PCCS-SUS

O Plano de Carreiras, Cargos e Salários do SUS (PCCS-SUS) é considerado como:

[...]Conjunto de princípios e diretrizes que orientam o ingresso e que instituem oportunidades e estímulos ao desenvolvimento pessoal e profissional dos trabalhadores com o objetivo de contribuir para a qualificação dos serviços prestados. (BRASIL, 2009b, p.34).

É considerado como fundamental para desenvolvimento gerencial dos serviços e, sobretudo, para consolidação do SUS. Ele visa assegurar profissionalização e valorização da força de trabalho, na medida em que ressalta as especificidades do setor saúde (BRASIL, 2009a).

Devido à autonomia dos gestores locais (municipais e estaduais), a publicação da DEGERTS contém apenas diretrizes para construção de um PCCS-SUS, servindo, desta forma, como referencial na elaboração de PCCS locais.

Segundo essa publicação, na construção de um PCCS, devem ser observados os seguintes critérios:

- **Gestão democrática:** criação de uma comissão paritária de carreira, composta por representantes de gestores e trabalhadores. Cabe à comissão propor sugestão do PCCS, acompanhar e avaliar a implantação e realizar a atualização do plano.
- **Perspectivas de desenvolvimento de carreira:** deve abranger uma política de ingresso, evolução e avaliação de desempenho (pessoal e organizacional). Merece destaque a construção de um Plano Institucional de Desenvolvimento de Pessoal, objetivando a qualificação e evolução permanente dos trabalhadores.
- **Avaliação de desempenho:** deve ser um processo coletivo que envolve a instituição, chefia imediata, equipe de trabalho e o usuário. Tais processos de avaliação podem abranger o desenvolvimento dos profissionais, dos grupos de trabalho e dos produtos e serviços gerados pelos diversos órgãos de prestação de serviços onde o SUS se expressa.
- **Carreira unificada:** Os planos devem ter estruturas semelhantes em todos os órgãos do sistema. Isto possibilitará uma carreira única no SUS, independente do órgão em que o trabalhador esteja vinculado. A mobilidade do trabalhador no SUS seria feita sem perdas dos benefícios adquiridos na carreira (BRASIL, 2011).

3.2.2 Programa Nacional de Desprecarização do Trabalho no SUS

Como discutido anteriormente, o contexto neoliberal das décadas de 80 e 90 estimulou a flexibilização das formas de contrato e de trabalho, consolidada pelas reformas administrativas do Estado. A partir dessa reforma, o Estado brasileiro

passou a adotar diversas modalidades de vinculação, muitas vezes de caráter precário. Esta precariedade diz respeito à desobediência às normas vigentes do direito administrativo e do direito do trabalho (BRASIL, 2009a).

A constituição brasileira estabeleceu o concurso público, sob a égide de um regime unificado de trabalho, como forma universal de provimento dos cargos em todas as instituições públicas. Além de respeitar o ordenamento jurídico vigente, o concurso público privilegia o princípio do mérito e da competência na construção da administração estatal, reduzindo a possibilidade do serviço público refletir interesses particulares e patrimonialistas (BRASIL, 2009a).

A precarização dos vínculos no setor público desvirtuou o papel a ser desempenhado pelos servidores públicos. Eles deveriam estar associados a uma missão institucional específica, sua admissão no serviço público deveria ser por meio de concurso público e sua ascensão ser resultado do seu tempo de serviço e mérito. A estabilidade do servidor deriva estabilidade das políticas institucionais, como interesse público (MENDONÇA, 2007).

As ações de despreciação objetivam a adoção do Regime Jurídico Único (RJU) da União ou da Consolidação das Leis Trabalhistas (CLT), com ocupação, via concurso público, dos cargos e empregos públicos, que garantam a estabilidade para o trabalhador, além do direito à previdência social e oportunidades de carreira (NOGUEIRA, 2010).

A orientação, desta forma, possibilitará superar um grave problema dos serviços públicos no país, apontado por Paim (2009): a descontinuidade administrativa por questões político-partidárias e a rotatividade de profissionais e trabalhadores de saúde, decorrente de contratos de trabalho precários.

3.2.3 Regulação do trabalho em saúde

Regulação do trabalho diz respeito às regulamentações jurídico-legais, éticas ou administrativas que, a partir da intervenção do Estado demarcam campos de exercício de atividade. Com a desregulação do trabalho em saúde da década de 90,

surgiram profissões e ocupações sem o controle do Estado, com dissociação entre os especialistas existentes e os que formam anualmente e a real necessidade da população. Considerando que saúde é um bem público, compete ao Estado dispor sobre a sua regulamentação, fiscalização e controle, adequando o interesse particular ao interesse público (BRASIL, 2010).

3.2.4 Negociação do trabalho no SUS

Negociação coletiva não é um termo novo no mundo do trabalho, sendo um mecanismo necessário para o aprofundamento ou apaziguamento da crise. É um processo de colaboração ou cooperação entre os diferentes atores ou como mecanismo de harmonização ou gerenciamento de conflitos. Os instrumentos de gestão e negociação coletiva e sua institucionalização têm sido cada vez mais estimulados pelos entes governamentais (BARALDI, 2010).

As Mesas de Negociação Permanente do SUS são os espaços permanentes de tratamento de conflitos entre gestores e profissionais do SUS e reafirmam e reforçam uma característica essencial do sistema de saúde brasileiro: a lógica da negociação e o pacto entre os seus diversos atores (BRASIL, 2009a).

3.2.5 Estruturação e qualificação da Gestão do Trabalho e Educação no SUS

Tendo consciência da falta de estrutura e da pouca relevância, ou mesmo inexistência, de setores de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde em grande parte das secretarias municipais de saúde o DEGERTS incentiva, por meio do Programa de Qualificação e Estruturação da Gestão do Trabalho e da Educação no SUS (ProgeSUS), instituído pela Portaria/GM nº 2. 261, de 22 de setembro de 2006, a modernização destes setores. As ações concentram-se em cooperação técnica e financeira (BRASIL, 2006; 2009a).

3.2.6 Sistema Gerencial de Informações em Gestão do Trabalho em Saúde

Objetivando aprimorar o acesso a informações em todas as esferas administrativas do SUS, o DEGERTS estruturará sistemas de informação sobre o mercado de trabalho, a fim de que sejam utilizados como instrumentos para a tomada de decisões e formulação de políticas de gestão do trabalho (BRASIL, 2009a).

3.2.7 Exercício profissional no MERCOSUL

Estas ações visam compatibilizar e assegurar o reconhecimento mútuo no âmbito do MERCOSUL e cadastro de dados dos profissionais que exercem ou pretendam exercer sua profissão no exterior ou em áreas de fronteira (BRASIL, 2009a).

3.3 Gestão da Educação na Saúde

O Departamento de Educação na Saúde (DEGES), ligado à SGTES, é responsável pela proposição e formulação de políticas relativas: à formação, ao desenvolvimento profissional e à educação permanente dos trabalhadores da Saúde em todos os níveis de escolaridade, na perspectiva do fortalecimento do SUS (Brasil, 2009b). Dentre estas ações, ao se considerar os objetivos deste trabalho, destaca-se a discussão sobre a educação permanente e seus objetivos.

Entendem-se como Educação Permanente as ações educativas embasadas na problematização do próprio processo de trabalho, tendo como objetivo a transformação desse processo. O processo de trabalho é, dessa forma, (re)valorizado como centro privilegiado de aprendizagem (BRASIL, 2009b, 2011).

Para que a prática da Educação Permanente se consolide é fundamental que, durante o processo de planejamento, execução e avaliação, ocorra o diálogo multiprofissional e, quando necessário, intersetorial, tendo em vista que surgirão concepções distintas sobre o mesmo processo de trabalho, possibilitando a aproximação de uma atenção integral e de qualidade (BRASIL, 2011).

3.4 A Gestão Municipal do Trabalho e da Educação em Saúde

O SUS, por meio de suas diretrizes organizativas, estimulou a descentralização político-administrativa dos serviços para os municípios. Hoje, de fato, podemos afirmar que temos um sistema nacional com foco municipal, o que se denomina “municipalização” (MACHADO, 2005).

O município se tornou responsável pela integralidade da atenção à saúde da sua população, exercendo essa responsabilidade de forma solidária com o estado e a União. Além disso, todo município deve assumir integralmente a gerência de toda a

rede pública de serviços de atenção básica e pactuar o acesso a ações e serviços de atenção especializada (BRASIL, 2007b).

O Termo de Compromisso de Gestão Municipal, parte integrante do Pacto pela Saúde, especifica o papel dos municípios no SUS. Dentre as várias ações a serem desenvolvidas, destacam-se, devido aos objetivos deste trabalho, as ações referentes à Gestão do trabalho e da Educação na Saúde (BRASIL, 2007b).

No que se refere especificadamente à Gestão do Trabalho, cabe aos municípios (BRASIL, 2007b):

- Promover e desenvolver políticas de gestão do trabalho, considerando os princípios da humanização, da participação e da democratização das relações de trabalho.
- Adotar vínculos de trabalho que garantam os direitos sociais e previdenciários dos trabalhadores.
- Estabelecer, sempre que possível, espaços de negociação permanente entre trabalhadores e gestores.
- Desenvolver estudos e propor estratégias e financiamento tripartite com vistas à adoção de políticas referentes aos recursos humanos descentralizados.
- Considerar as diretrizes nacionais para PCCS-SUS, quando da elaboração, implementação e/ou reformulação dos planos locais.
- Implementar e pactuar diretrizes para políticas de educação e gestão do trabalho que favoreçam o provimento e a fixação de trabalhadores da saúde.

Já em relação à Gestão da Educação na Saúde, cabe aos municípios (BRASIL, 2007b):

- Formular e promover a gestão da educação permanente e processos relativos à mesma, orientados pela integralidade da atenção, criando quando for o caso, estruturas de coordenação e de execução da política de formação e desenvolvimento, participando no seu financiamento.
- Promover diretamente ou em cooperação com o estado, municípios e com a União, processos conjuntos de educação permanente.
- Apoiar e promover a aproximação dos movimentos de educação popular em saúde na formação dos profissionais da saúde.
- Incentivar junto à rede de ensino, no âmbito municipal, a realização de ações educativas e de conhecimento do SUS.
- Articular e cooperar com a construção e implementação de iniciativas para a mudança na graduação das profissões de saúde, de acordo com as diretrizes do SUS.
- Promover e articular junto às Escolas Técnicas de Saúde uma nova orientação para a formação de profissionais técnicos para o SUS.

O Termo de Compromisso de Gestão Municipal, ao trazer essas ações mínimas da área de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, torna-se importante instrumento de acompanhamento e avaliação nesta área.

4 OBJETIVOS

4.1 Geral

Relatar a experiência da Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde das Equipes de Saúde da Família de Catas Altas trazendo propostas para intervenção e aprimoramento desta área.

4.2 Específicos

Discutir o processo de Gestão do Trabalho (admissão, vínculos, Plano de Carreira, Cargos e Salários, Condições de Trabalho, espaço de negociação permanente).

Discutir o processo de Gestão da Educação na Saúde (educação permanente, intersetorialidade, periodicidade, plano pedagógico, avaliações).

Propor alternativas ao modelo implantado.

5 METODOLOGIA

O presente estudo foi realizado a partir de uma revisão bibliográfica sobre o tema Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, buscando adequá-lo ao processo de trabalho da estratégia de Saúde da Família de Catas Altas–MG.

Para descrever o modelo presente no município foram utilizados dados referentes à estrutura municipal, sua rede de assistência à saúde, a organização da estratégia de Saúde da Família local e o modelo de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde utilizado atualmente.

Estes dados foram coletados em sites de domínio público (IBGE, DATASUS, Fundo Nacional de Saúde, SIOPS), documentos, leis e outras publicações locais (Plano Municipal de Saúde, Relatório de Gestão, Leis municipais, entre outros).

Para a identificação das ações já em curso referentes à Gestão do Trabalho e da Educação foram selecionadas publicações de literatura especializada (Textos-Módulos CEABSF; livros-texto; consulta à Biblioteca Virtual de Saúde, legislação pertinente). Foi dada preferência para produções científicas do período entre 2003 e 2011, baseando-se na conformidade dos limites dos assuntos aos objetivos do presente estudo. Os principais descritores utilizados para a pesquisa foram: **Saúde da Família conjugado com as palavras Gestão do Trabalho na Saúde; Gestão da Educação na Saúde.**

A partir da discussão entre o modelo atual e a literatura especializada, foi desenvolvido um plano de intervenção, que objetiva a implantação adequada de novas estratégias de gestão para o município.

6 PROPOSIÇÕES

6.1 Catas Altas e seus Serviços de Saúde: breve histórico

Localizado a 120 quilômetros da capital Belo Horizonte o município de Catas Altas possui pouco mais de 300 anos tendo a sua independência político-administrativa apenas em 1997, quando se emancipou de Santa Bárbara (Lei Municipal Nº12.030 de 21 de dezembro de 1995). A primeira administração municipal foi no período de 1997/2000, estando hoje em sua quarta administração (CATAS ALTAS, 2008).

A extração de minério de ferro é a principal atividade econômica e, em conjunto com outras atividades, estimulou o crescimento demográfico. A população local era de 2.429 habitantes em 1950, aumentando para 3.304 em 1996. Atualmente possui cerca de **4.846** sendo essencialmente urbana (87,5%) (CATAS ALTAS, 2008; IBGE, 2011).

Durante o período anterior à emancipação, Catas Altas era um distrito afastado da sede municipal (15 quilômetros por estrada de terra em condições ruins) e os serviços públicos existentes eram esporádicos e de qualidade questionável. Os serviços de saúde eram realizados precariamente em um posto de saúde em condições inadequadas de estrutura física, materiais e equipamentos insatisfatórios, além de funcionários em escala reduzida (CATAS ALTAS, 2008). Poucos dados e informações sobre estes serviços estão disponíveis atualmente, devido à ausência de registros e controle das ações.

Devido a sua emancipação, Catas Altas ganhou independência político-administrativa e passou a gerir seus recursos, priorizando a qualidade de vida de sua população. Houve conquistas na melhoria do acesso ao município (estradas asfaltadas), as unidades públicas (incluídas as de saúde) passaram por transformações significativas e foi criado um Estatuto dos Servidores Municipais (lei municipal 136/2002) e realizado o primeiro concurso público (2003) (CATAS ALTAS, 2008).

A receita municipal variou bastante nos últimos três anos (devido à crise financeira da mineração), ficando em 15, 12 e 19 milhões de reais em 2008, 2009 e 2010 respectivamente, representando gasto médio respectivo de 24%, 27% e 20% do seu orçamento com os serviços de saúde. Segundo os dados avaliados, metade dos gastos foi com a atenção básica (SIOPS).

Devido ao pequeno porte do município, os serviços de saúde foram organizados com especial destaque à Atenção Básica, sendo realizada pelas equipes de saúde da família desde 1998 (Catas Altas, 2008). As ações realizadas por estas equipes incluem a promoção da saúde, a prevenção das doenças, a assistência básica e o encaminhamento e acompanhamento dos serviços de média e alta complexidade, tendo desta forma papel central nas ações de saúde.

Com a implantação do Plano Diretor de Regionalização de Minas Gerais, Catas Altas passou a pertencer à Microrregião de Itabira e Macrorregião Centro. Atualmente participa do Consórcio Intermunicipal de Saúde do Médio Piracicaba (CISMEPI). Alguns serviços de média complexidade são realizados no município, sendo de estrutura própria (fisioterapia, psicologia, psiquiatria, alguns serviços de análises clínicas e pequenas cirurgias) ou da rede SUS e CISMEPI (raios-x, ultrassonografia, atendimento hospitalar, algumas consultas médicas especializadas, fonoaudiologia, cirurgias).

O Conselho Municipal de Saúde foi implantado em 1997 e realiza reuniões mensais, sendo composto conforme exige a legislação: cinco representantes de usuários e cinco representantes do governo local, dos trabalhadores e prestadores de serviço. Segundo lei específica, o presidente do Conselho é eleito por votação entre os membros do Conselho (Catas Altas, 2008).

As Conferências de Saúde acontecem, conforme determinação de lei municipal, a cada dois anos, já foram realizadas oito Conferências. A composição dos delegados das conferências também é conforme determinação legal, seguindo os princípios da paridade. Este ano, como em outros municípios, a VIII Conferência Municipal de Saúde de Catas Altas seguiu as determinações da 14ª Conferência Nacional de

Saúde, tendo como tema principal: *"Todos usam o SUS! SUS na Seguridade Social - Política Pública, Patrimônio do Povo Brasileiro"*.

A atual gestão de Catas Altas teve início em 2009, a partir da mudança do quadro político do município via eleições municipais. Após estes dois anos de administração o novo governo já se consolidou e implantou suas formas de organizar as políticas públicas.

A Secretaria Municipal de Saúde funciona no prédio do Centro de Saúde, onde também são realizados os atendimentos clínicos (médicos, fisioterápicos, odontológicos, nutricionais), a vigilância em saúde, análises clínicas laboratoriais e atendimentos de urgência ambulatorial. As duas equipes de saúde da família do município também estão vinculadas a esta unidade de saúde.

Além deste prédio, o município conta atualmente com um posto de saúde localizado no distrito Morro d'Água Quente, distanciado 13 quilômetros da sede, por estrada asfaltada. O posto está em boas condições físicas devido a uma obra de ampliação recente (salas de consulta de enfermagem e médica, consultório odontológico e sala de vacinação), entretanto, ainda necessita de equipamentos e móveis adequados a essa nova estrutura. Esse distrito é uma microárea de atuação de uma das equipes de saúde da família, que realiza ações assistenciais também nessa unidade.

Não existe estrutura hospitalar no município, sendo utilizado, quando necessário o Hospital da Santa Casa de Santa Bárbara, que se localiza a 16 quilômetros de Catas Altas por estrada asfaltada.

A dispensação de medicamentos ocorre na estrutura da Farmácia de Minas, construída em parceria com o governo do estado. A Farmácia de Minas se localiza ao lado do Centro de Saúde municipal, facilitando acesso dos usuários e contato do farmacêutico com os demais profissionais.

6.2 Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde em Catas Altas

A Secretaria Municipal de Saúde está dividida em setores para melhor organização das ações. Basicamente existe um setor assistencial e outro administrativo, divididos da seguinte forma:

- Setor Assistencial: Estratégia de Saúde da Família, Saúde Bucal, Vigilância em Saúde, Setor de Enfermagem, Atendimento Nutricional, Assistência Farmacêutica, Setor de Fisioterapia, Laboratório de Análises Clínicas e Serviços Médicos Especializados.
- Setor Administrativo: Secretária de Saúde, Setor de Tratamento Fora do Município (TFD), Informação em Saúde, Controle e Avaliação, Serviços Gerais e Recursos Humanos.

O Setor Assistencial é responsável pelas ações de saúde propriamente ditas, sendo considerada atividade finalística desta secretaria: Promover a saúde da população.

O Setor Administrativo, por sua vez, é responsável por manter as condições de funcionamento do Setor Assistencial. Neste setor são tomadas as decisões, avaliações e monitoramento das ações assistenciais. Ele dá o suporte adequado à assistência, garantindo acesso a informações, dados, materiais, encaminhamento, transporte e recursos necessários para o bom funcionamento do serviço.

Para que os serviços sejam prestados com qualidade e de forma contínua é essencial que haja profissionais, de ambos os setores, em quantidade suficiente e que estejam preparados qualitativamente para o trabalho. Segundo informações do setor de Recursos Humanos, atualmente, a Secretaria Municipal de Saúde de Catas Altas conta com 68 funcionários, sendo 56 da assistência e 12 do administrativo. Os vínculos empregatícios são demonstrados na tabela 1.

Tabela 1- Vínculos empregatícios dos funcionários da Secretaria Municipal de Saúde de Catas Altas, distribuídos pelo setor de trabalho, referente ao mês de setembro de 2011.

Setor / Vínculo	Estatutário Concursado	Contrato Temporário	Cargo de confiança	TOTAL
Assistencial (incluindo ESF)	18	37	1	56
ESF	7	13	0	20
Administrativo	6	3	3	12
TOTAL	24	40	4	68

Fonte: Setor de Recursos Humanos da Secretaria Municipal de Saúde de Catas Altas, setembro de 2011.

Pelos dados da Tabela 1 foi possível observar que apenas 24 (35%) funcionários dessa secretaria possuem cargo público estatutário, conquistado via concurso público, sendo, desta forma, estáveis e com possibilidade de carreira pública. Essa situação se repete quando se observa apenas os trabalhadores da ESF, é possível visualizar que apenas 7 funcionários são concursados (35%).

A Secretaria Municipal de Saúde, por meio da assinatura do Termo de Compromisso de Gestão Municipal (Pacto pela Saúde) assume a realização de adoção vínculos de trabalho que garantam os direitos sociais e previdenciários dos trabalhadores. Apesar de ambos os vínculos profissionais (servidor concursado e servidor com contrato temporário) serem regidos pelo Estatuto do Servidor Público municipal, o grande número de trabalhadores temporários demonstra uma fragilidade de vínculo para a maior parte dos trabalhadores, estando esses em situação precária.

Quanto à forma de ingresso nos cargos temporários, a gestão municipal vem se esforçando para seguir as determinações legais, realizando seleção pública. Entretanto, devido à baixa qualificação da força de trabalho local, mesmo com a seleção pública, torna-se extremamente necessário à realização de uma qualificação inicial para esses trabalhadores, garantindo qualidade dos serviços.

O município não possui programas de Educação Permanente, principalmente se considerarmos a articulação entre os setores e adequação à realidade local. A Secretaria Municipal de Saúde, apesar de inserir nas suas diretrizes do Relatório Anual de Gestão (ano base 2010) a necessidade de “capacitar os profissionais da área”, não possui programa de educação permanente de seus funcionários (CATAS ALTAS, 2011).

O que ocorre normalmente é a liberação dos profissionais para realização de cursos fora do município. Apesar de ser uma boa iniciativa, não é suficiente para garantir a qualificação da grande maioria dos profissionais dessa secretaria. Isso se justifica pela obrigatoriedade do profissional ter a iniciativa de buscar um caminho para qualificar-se, sendo realizado, muitas vezes, diante das necessidades individuais de crescimento profissional, e distante da necessidade do serviço. Além disso, o que ocorre é o grande número de profissionais de nível superior se qualificando para diversas áreas (muitas delas diferentes da atuação do profissional no município) e os profissionais de nível técnico e médio sem participar de nenhum processo de aperfeiçoamento profissional.

No caso da ESF, especificamente, ocorre uma ação diferenciada de todos os outros setores da secretaria municipal de saúde: reunião semanal entre coordenação e a equipe de saúde da família, visando interação e resolução coletiva dos problemas. Neste espaço é realizada a capacitação da equipe, que, apesar de ter bons objetivos, não se articula com os outros setores da secretaria de saúde e nem sempre está baseada no processo de trabalho, o que poderia potencializar a prática educativa e possibilitar intervenção na realidade e alterar os processos de trabalho, um dos objetivos da educação permanente.

O município, de uma forma geral, possui boas condições de trabalho, no que se refere às instalações físicas, equipamentos e materiais, além da boa relação do número de equipes de saúde da família e população (2 equipes para 4.500 habitantes). Apesar desta condição, ainda chama atenção a dificuldade de compra de equipamentos e materiais para o exercício pleno do trabalho, sendo necessário

construir os processos e os instrumentos específicos que assegurem a continuidade das ações (CATAS ALTAS, 2008).

O Plano de Carreiras, Cargos e Salários (PCCS) do município é regido pela lei municipal nº 136/2002 (Estatuto do Servidor Público do Município de Catas Altas), sendo alterada pelas leis nº 223/2007 (Plano de Cargos, Carreiras e Vencimentos), 253/2009 (altera licença maternidade), 259/2009 (insere o direito de insalubridade e periculosidade).

O PCCS municipal garante Progressão (2% a cada dois anos) e Promoção (3% após 16 anos) por tempo de serviço para servidores efetivos, dependendo de avaliação institucional. Essa avaliação, entretanto, encontra-se atrasada, com trabalhadores com o tempo de serviço suficiente para receber a progressão e que ainda não foram, nem mesmo, avaliados. A gestão municipal contratou uma empresa privada para organizar e acelerar o processo de avaliação de desempenho.

O acréscimo no vencimento referente à escolaridade e qualificação profissional é outro ponto polêmico do PCCS, pois, atualmente, só atende ao setor da educação, ficando os trabalhadores da saúde, e demais servidores, fora deste processo.

O direito à insalubridade e periculosidade, por sua vez, apesar de ser garantido em lei municipal desde 2009, não se consolida na prática. A caracterização da insalubridade ou periculosidade, a ser realizada por engenheiro ou médico do trabalho, ainda não foi oficializada pela administração municipal.

6.3 Plano de Intervenção Proposto

Diante da exposição da situação municipal e das diretrizes propostas pela SGTES para a organização da Gestão do Trabalho e Educação na Saúde, é necessário fazer a formulação de propostas para qualificação da gestão e conseqüentemente da atenção à saúde. Estas propostas utilizarão como referencial teórico a “Agenda positiva” publicada pela DEGERTS e o “Termo de Compromisso da Gestão Municipal” do Pacto pela Saúde.

Inicialmente, é essencial considerar a qualificação da estrutura de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde municipal, que atualmente está limitada a um Setor de Recursos Humanos. Se na atualidade não existe um profissional exclusivo para esta finalidade, e as atividades se resumem em controle de férias e envio da frequência dos profissionais para o Setor de Pagamentos, a locação de um profissional exclusivamente para esta área e a garantia de acesso a informações e equipamentos necessários para execução do trabalho possibilitará o desenvolvimento de ações mais complexas. A transformação do Setor de Recursos Humanos em um Setor de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde, com a estrutura necessária é, assim, a primeira ação a ser realizada.

A desprecarização dos vínculos de trabalho deve ser uma prioridade da administração municipal. A continuidade dos serviços públicos, programas e projetos são afetados pela instabilidade de grande maioria dos funcionários. Os vínculos precários geram insatisfação e insegurança.

Não é viável a manutenção de apenas **35%** dos servidores da saúde com vínculo estatutário, sendo a inserção dos profissionais via concurso público a solução para este problema. Apesar do município ter realizado um concurso recentemente se faz necessário a convocação destes profissionais.

Devido ao grande número de profissionais que serão inseridos no serviço, essa convocação deve ser estudada e planejada, visando não criar mais transtornos na instituição. Trocar em um dia mais da metade da força de trabalho poderá gerar transtornos difíceis de serem controlados pela gestão local. Caberia ao setor de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde a coordenação desse processo, fazendo posteriormente avaliação permanente, alertando em tempo hábil ao gestor local a necessidade de um novo concurso.

Além da inserção gradual desses profissionais, deve-se considerar também que esta deve ser acompanhada de práticas de educação permanente, também geridas pelo setor de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde. As ações devem ser planejadas juntamente com os outros setores da secretaria municipal de saúde, identificando as

necessidades das equipes. A combinação destas ações diminuirá os conflitos e as dificuldades dos diferentes setores desta secretaria em absorver a nova e considerável força de trabalho.

Se por um lado é importante considerar a necessidade da qualificação dos novos profissionais, por outro é essencial que as práticas educativas evoluam em todos os setores e se desenvolvam de forma permanente. A adoção da Educação Permanente como estratégia de qualificação da mão de obra e reestruturação dos processos de trabalho deve ser objetivo institucional. Nesta ação, o setor de gestão do Trabalho e Educação na Saúde é fundamental.

Este novo setor, se fortalecido adequadamente, poderá controlar esse processo, identificando demandas, organizando ações e garantindo a infraestrutura necessária, em conjunto com os outros setores. Nessas ações, devem ser desenvolvidas práticas educativas com características multiprofissionais e intersetoriais, baseadas no próprio processo de trabalho, buscando respostas a problemas reais do serviço. A metodologia problematizadora deve nortear esse trabalho, que além de qualificar os profissionais, promoverá melhorias na atenção ao usuário.

Para que as ações de educação permanente tenham efeito, entretanto, é importante o engajamento dos trabalhadores e a retenção desses em seus postos de trabalho. Como discutimos anteriormente, uma das maiores dificuldades encontradas para qualificar a mão de obra do SUS é a rotatividade profissional. Apesar de sabermos que a origem deste fenômeno é multifatorial, sabemos também que um profissional com vínculo estatutário, qualificado, bem remunerado e que tenha perspectivas em sua carreira terá mais motivos para permanecer no município.

Para isso, é extremamente necessária a criação de um Plano de Carreiras, Cargos e Salários (PCCS) que seja adequado aos trabalhadores e que seja viável aos cofres públicos. A criação desse Plano deverá seguir as diretrizes nacionais publicadas pelo Ministério da Saúde, principalmente no que tange a:

- **Gestão democrática:** Deve ser criada uma comissão paritária de carreira, composta por representantes de gestores e trabalhadores. Caberá à comissão propor sugestão do PCCS, acompanhar e avaliar a implantação e realizar a atualização do plano. A organização deste trabalho deve ser do setor de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde, que trará para o grupo as informações pertinentes para a construção do Plano, bem como trará modelos a serem seguidos. O resultado deste trabalho coletivo deverá ser enviado para a Câmara dos Vereadores e aprovado em forma de Lei.
- **Perspectivas de desenvolvimento de carreira:** O plano deve abranger uma política de ingresso, evolução e avaliação de desempenho (pessoal e organizacional). O Plano Institucional de Desenvolvimento de Pessoal, articulado com o PCCS, irá proporcionar o desenvolvimento das ações de Educação Permanente citadas anteriormente, fomentando uma política de formação e desenvolvimento profissional e institucional.
- **Avaliação de desempenho:** Esta etapa deverá ser um processo coletivo que envolve a instituição, chefia imediata, equipe de trabalho e o usuário. Tais processos de avaliação abrangerão o desenvolvimento individual e institucional, avaliando os resultados alcançados na atenção ao usuário e a qualificação da força de trabalho.

Este processo, devido a sua complexidade, deverá ser realizado coletivamente e organizado pelo setor de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde, que deverá desenvolver, acompanhar e avaliar permanentemente estas ações, propondo mudanças quando necessárias.

A construção de uma gestão democrática e participativa deverá estar baseada em um constante diálogo entre gestor e trabalhadores. A criação de um espaço de negociação permanente entre estes deverá ter como objetivo a discussão de pontos importantes para os dois lados, como a questão da carreira pública, as condições de trabalho e os resultados alcançados pela instituição. Isto trará transparência e aperfeiçoamento das ações, beneficiando em última instância o usuário.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Diante do estudo realizado, pode-se ter as seguintes considerações finais:

- É evidente a necessidade de aperfeiçoar a Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde para alcançar melhores resultados com os recursos disponíveis.
- É primordial a estruturação de um setor de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde, ultrapassando os limites de um Setor de Recursos Humanos e orientando o desenvolvimento das ações desta área.
- É urgente a convocação planejada dos profissionais aprovados no último concurso público, reduzindo o grande número de contratos temporários em situação de precariedade.
- É essencial a estruturação dos programas de educação permanente baseadas na metodologia problematizadora, que deverão ser realizadas por equipes multiprofissionais e intersetoriais, baseadas no próprio processo de trabalho, buscando respostas a problemas reais do serviço.
- É necessário reestruturar o PCCS, baseando-se em um trabalho coletivo e preocupando-se com a melhoria da atenção aos usuários do SUS. Este plano deve possibilitar o desenvolvimento de carreira, valorizar o tempo de trabalho e a qualificação profissional, além dos resultados alcançados individualmente e institucionalmente.
- É importante a criação de um espaço de negociação permanente entre gestor e trabalhadores, enfrentando os conflitos e interesses e trazendo respostas mais adequadas e democráticas aos desafios da atenção à saúde.

8 REFERÊNCIAS

BARALDI, S. Negociação coletiva em saúde *In*: NOGUEIRA, R. P. **Tendências na evolução do emprego e nas relações de trabalho em saúde: a situação internacional e no Brasil**. Brasília: UNB/CEAM/NESP/ObservaRH, cap.2, 47-65, 2010.

BRASIL. **Portaria/GM nº 2. 261**, de 22 de setembro de 2006.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **A Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde / Conselho Nacional de Secretários de Saúde**. – Brasília: CONASS, 2011. 120 p. (Coleção Para Entender a Gestão do SUS 2011, 9).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional da Atenção Básica**. Brasília: MS, 4ªed., 2007a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão e Regulação do Trabalho em Saúde. **Câmara de regulação do trabalho em saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2.ed., 2010.

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 do Departamento de Gestão e Regulação do Trabalho em Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 3.ed., 2009a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Departamento de Apoio à Descentralização. **Termo de compromisso de gestão municipal / Ministério da Saúde, Secretaria-Executiva, Departamento de Apoio à Descentralização**. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2007b. 48 p.: il. – (Série E. Legislação de Saúde).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. **Glossário temático: gestão do trabalho e da educação na saúde / Ministério da Saúde, Secretaria-Executiva, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde**. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2009b.

CATAS ALTAS. Lei Municipal 136. **Estatuto do Servidor Público do Município de Catas Altas**. 2002.

CATAS ALTAS. Lei Municipal 223. **Plano de Cargos Carreiras e Vencimentos**. 2007.

CATAS ALTAS. Lei Municipal 253. **Altera o direito à licença maternidade**. 2009a.

CATAS ALTAS. Lei Municipal 259. **Dispõe sobre o direito de insalubridade e periculosidade**. 2009b.

CATAS ALTAS. Secretaria Municipal de Saúde e Assistência Social. **Relatório de Gestão – 2008**. Catas Altas, 2008.

CATAS ALTAS. Secretaria Municipal de Saúde e Assistência Social. **Relatório Anual de Gestão do Município de Catas Altas – Ano de Exercício – 2010**. Catas Altas, 2011.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **IBGE Cidades@**. <http://www.ibge.gov.br/cidadesat/link.php?codmun=311535>. Acesso em 15/07/2011.

MACHADO, M.H. Trabalhadores da saúde e sua trajetória na reforma sanitária. *In*: LIMA, N.A; GERSCHMAN, S.; EDLER, F.C., SUÁREZ, J.M. (orgs). **Saúde e democracia: historia e perspectivas do SUS**. Rio de Janeiro. Editora Fiocruz, 2005.

MALTA, D.C.; CEZÁRIO, A.C.; MOURA, L. de; MORAIS NETO, O.L; SILVA JUNIOR, J.B. A construção da vigilância e prevenção das doenças crônicas não transmissíveis no contexto do Sistema Único de Saúde. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, 2006; 15(1): 47 – 65.

MENDONÇA, M.H.M. de; MARTINS, M.I.C; GIOVANELLA, L.; ESCOREL, S. Desafios para gestão do trabalho a partir de experiências exitosas de expansão da Estratégia de Saúde da Família. **Ciência & Saúde Coletiva**, 15(5): 2355-2365, 2010.

MENDONÇA, M.H.M. O SUS e a política de recursos humanos em Saúde. **Divulgação em Saúde para Debate**, Rio de Janeiro, nº40, 0.7-12, junho 2007.

NOGUEIRA, R.P. Problemas de gestão e Regulação do trabalho no SUS *In*: _____ **Tendências na evolução do emprego e nas relações de trabalho em saúde: a gestão de recursos humanos no Sistema Único de Saúde**. Brasília: UNB/CEAM/NESP/ObservaRH, cap.2, 47-65, 2010.

PAIM, J.S. **O que é o SUS**. Rio de janeiro: Editora Fiocruz, 2009.

PRATA, P.R. A Transição Epidemiológica no Brasil. **Cad. Saúde Públ.**, Rio de Janeiro, 8 (2): 168-175, abr/jun, 1992.

ROSA, W.A.G.; LABATE, R.C. Programa Saúde da Família: a construção de um novo modelo de assistência. **Rev Latino-am Enfermagem**, 2005 novembro/dezembro; 13(6): 1027-34.

SCHRAMM, J.M.A.; OLIVEIRA, A.F. de; LEITE, I. da C.; VALENTE, J.G.; GADELHA, Â.M.J.; PORTELA, M.C.; CAMPOS, M.R. Transição epidemiológica e o estudo de carga de doença no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, 9(4): 897-908, 2004.

VIEIRA, M. As políticas de gestão do trabalho no Sistema Único de Saúde e o Agente Comunitário de Saúde *In*: FONSECA, A.F. **O processo histórico do trabalho em Saúde**. Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz, cap. 5, 139-154, 2007.