



I Simpósio Internacional de Gestão de Recursos Humanos no Setor Saúde – SES/SP

Desafios da descentralização na Gestão do Trabalho

Paulo Henrique D'Ângelo Seixas – CRH/SES-SP
Maio/2008



Posição do CONASS

- Política de desprecarização, grandes expectativas, apoio entusiástico
- Intensa atuação do Conass no Gestão de Pessoal
- Estudo: preocupação com a desorganização e a baixa priorização da área
- Consenso: compromisso com a reestruturação e com a desprecarização das relações de trabalho
- Garantia plena dos direitos trabalhistas e previdenciários
- Criação de PCCS, e reestruturação do setor

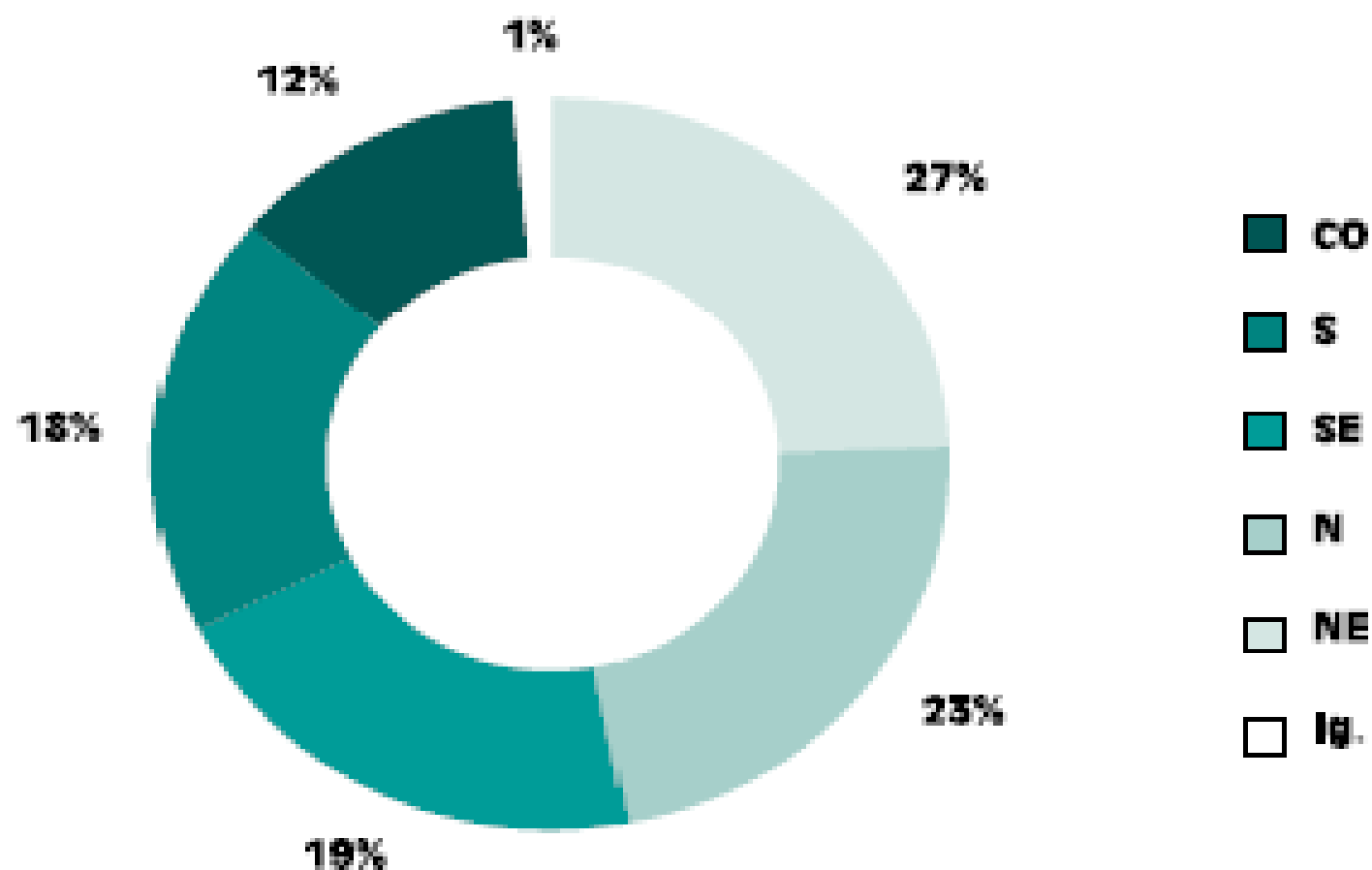


Posição do Conass

- Necessário respeitar as diferenças e características específicas dos estados e municípios

Gráfico 1.

Distribuição Regional dos Secretários Municipais de Saúde



Fonte: Avaliação de Tendências e Prioridades sobre Recursos Humanos de Saúde, 2002.

Tabela 1.

Distribuição Regional dos Secretários Municipais de Saúde

Distribuição Regional	N.º	%
NE	19	26,0
N	17	23,3
SE	14	19,2
S	13	17,8
CO	9	12,3
Ig.	1	1,4
Total	73	100,0

Fonte: Avaliação de Tendências e Prioridades sobre Recursos Humanos de Saúde, 2002.

Tabela 5.

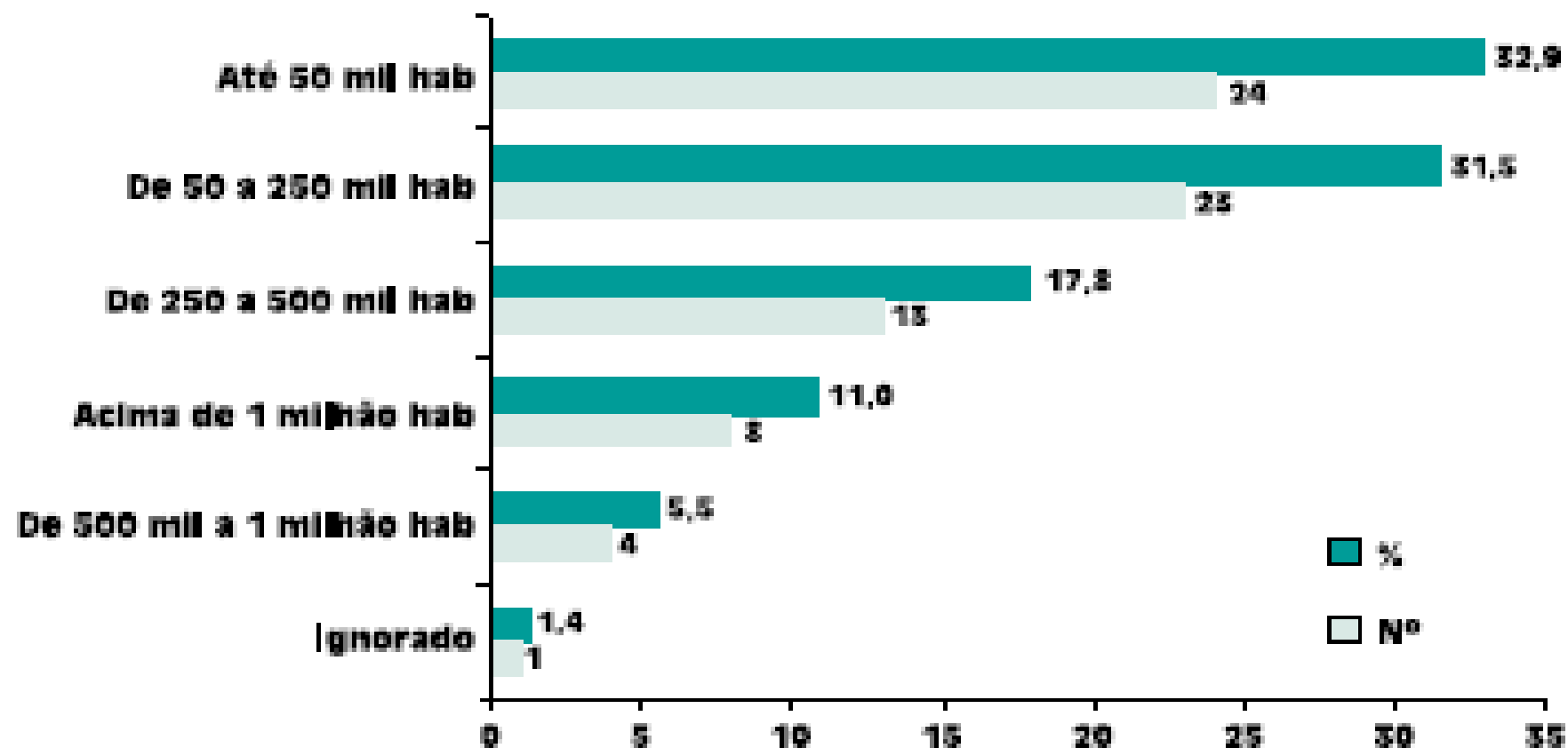
Entidades Representantes dos Trabalhadores

Tipo de Entidade	N.º	%
Entidade Sindical	37	46,3
Conselho Profissional	20	25,0
Associação Profissional	18	22,5
Federação	5	6,3
Total	80	100,0

Fonte: Avaliação de Tendências e Prioridades sobre Recursos Humanos de Saúde, 2002.

Gráfico 3.

Distribuição dos Secretários Municipais de Saúde pela População Residente dos Municípios



Fonte: Avaliação de Tendências e Prioridades sobre Recursos Humanos de Saúde, 2002.

Tabela 4.

Distribuição dos Secretários Municipais de Saúde pela Modalidade de Gestão dos Municípios

Modalidade de Gestão	N.º	%
Plena do Sistema	40	54,8
PAB	32	43,8
Ignorado	1	1,4
Total	73	100,0


Fonte: Avaliação de Tendências e Prioridades sobre Recursos Humanos de Saúde, 2002.

Tabela 5.

Entidades Representantes dos Trabalhadores


Tipo de Entidade	N.º	%
Entidade Sindical	37	46,3
Conselho Profissional	20	25,0
Associação Profissional	18	22,5
Federação	5	6,3
Total	80	100,0

Fonte: Avaliação de Tendências e Prioridades sobre Recursos Humanos de Saúde, 2002.




Questionamento: Proporção de trabalhadores do SUS em condições de informalidade nos próximos 10 anos.

Opção	Grupo		Total (%)
	Gestores (%)	Trabalhadores (%)	
Será menor	44,4	41,3	42,8
Permanecerá como está	2,8	2,5	2,6
Aumentará um pouco	31,9	18,8	25,0
Aumentará bastante	20,8	37,5	29,6
Total	100,0	100,0	100,0



Questionamento: Terceirização através de entidades sem fins lucrativos no futuro.

Opção	Grupo		Total (%)
	Gestores (%)	Trabalhadores (%)	
Menos utilizada	21,9	35,0	28,8
Mantida na proporção atual	8,2	8,8	8,5
Um pouco mais expandida	32,9	30,0	31,4
Bastante expandida	37,0	26,3	31,4
Total	100,0	100,0	100,0




Questionamento: Via principal de acesso para entrada de novos trabalhadores no SUS.

Opção	Grupo		Total (%)
	Gestores (%)	Trabalhadores (%)	
Concurso público	54,8	60,0	57,5
Terceirização	32,9	21,3	26,8
Contratos temporários e precários	4,1	12,5	8,5
Outras alternativas	8,2	6,3	7,2
Total	100,0	100,0	100,0

Questionamento: Desenvolvimento no SUS de uma política de RH que destaque a estruturação de carreiras na administração central e na rede oficial de prestação direta de serviços?

Opção	Grupo		Total (%)
	Gestores (%)	Trabalhadores (%)	
Não	9,6	6,3	7,8
Pouco provável	58,9	38,8	48,4
Bastante provável	21,9	28,8	25,5
Sim	9,6	26,3	18,3
Total	100,0	100,0	100,0



Questionamento: Avaliação de desempenho será amplamente adotada nos próximos anos no SUS.

Opção	Grupo		Total (%)
	Gestores (%)	Trabalhadores (%)	
Não	4,1	10,0	7,2
Pouco provável	31,5	20,0	25,5
Bastante provável	37,0	37,5	37,3
Sim	27,4	32,5	30,1
Total	100,0	100,0	100,0

Questionamento: O compromisso das universidades com a formação e qualificação de pessoal para o SUS tenderão a crescer substancialmente nos próximos 10anos?


Opção	Grupo		Total (%)
	Gestores (%)	Trabalhadores (%)	
Não	1,4	3,8	2,6
Pouco provável	6,8	12,5	9,8
Bastante provável	45,2	37,5	41,2
Sim	46,6	46,3	46,4
Total	100,0	100,0	100,0

Forma que as necessidades de profissionais médicos no SUS deveriam ser atendidas, nos hospitais e serviços especializados.

Opção	Grupo		Total (%)
	Gestores (%)	Trabalhadores (%)	
Exclusivamente pela forma direta de vinculação, como servidor celetista	12,5	11,3	11,8
Exclusivamente pela forma direta de vinculação, como servidor estatutário	8,3	47,5	28,9
Predominantemente pelas formas indiretas de vinculação, desde que sejam atendidos os direitos do trabalhador	13,9	8,8	11,2
Por meio de uma composição entre servidores estatutários, celetistas e formas indireta de vinculação	23,6	17,5	20,4
Por qualquer forma de vinculação desde que sejam satisfeitas as necessidades de atendimento da população	41,7	15,0	27,6
Total	100,0	100,0	100,0

Forma que as necessidades de profissionais médicos no SUS deveriam ser atendidas, no Programa Saúde da Família.

Opção	Grupo		Total (%)
	Gestores (%)	Trabalhadores (%)	
Exclusivamente pela forma direta de vinculação, como servidor celetista	18,1	18,8	18,4
Exclusivamente pela forma direta de vinculação, como servidor estatutário	13,9	45,0	30,3
Predominantemente pelas formas indiretas de vinculação, desde que sejam atendidos os direitos do trabalhador	19,4	2,5	10,5
Por meio de uma composição entre servidores estatutários, celetistas e formas indiretas de vinculação	16,7	17,5	17,1
Por qualquer forma de vinculação desde que sejam satisfeitas as necessidades de atendimento da população	31,9	16,3	23,7
Total	100,0	100,0	100,0



Questionamento: Estímulos a ser usados para aumentar a produtividade do trabalho e o compromisso do pessoal na gestão do SUS, em ordem de menor para maior importância.

Grupo	
Gestores	Trabalhadores
Negociação coletiva	Estabilidade
Estabilidade	Negociação coletiva
Educação continuada	Participação na gestão
Participação na gestão	Criação de carreiras
Criação de carreiras	Educação continuada
Melhoria salarial	Melhoria salarial

Questionamento: Forma mais adequada de resolver o problema da vinculação institucional do Agente Comunitário de Saúde

Opção	Grupo		Total (%)
	Gestores (%)	Trabalhadores (%)	
Admitindo-o como servidor público	19,2	37,7	28,7
Contratando-o como trabalhador celetista de uma organização da comunidade	15,1	11,7	13,3
Contratando-o como trabalhador celetista de qualquer tipo de organização sem fins lucrativos	20,5	11,7	16,0
Por qualquer forma de vinculação, desde que se garanta a continuidade do seu trabalho e de sua remuneração	13,7	6,5	10,0
Contratando-o por qualquer forma de vinculação, desde que seus direitos de trabalhador assalariado sejam assegurados	31,5	32,5	32,0
Total	100,0	100,0	100,0



Conclusões

- Gestores

- Pragmatismo – como for possível
- Concurso Público e Terceirização



Recursos Humanos no SUS: análise das despesas e vínculos trabalhistas e institucionais praticados municípios do Estado de São Paulo



Introdução

Contexto proposto pelas Legislações

- Lei Complementar Nº 101/2000 – Lei de Responsabilidade Fiscal, principalmente pelo Limite de Despesa de Pessoal
- Emenda Constitucional 29



Objetivos

Geral

- Analisar as despesas com Recursos Humanos em Saúde nos municípios do Estado de São Paulo.



Objetivos

- ***Específicos***
- Verificar a despesas com recursos humanos em saúde, considerando o total de despesas com recursos humanos da administração municipal;
- Estudar as formas de vínculos institucionais existentes no Setor Saúde;
- Determinar a porcentagem de despesas com recursos humanos no Setor Saúde com funcionários municipais, considerando as despesas totais em saúde;
- Analisar as despesas decorrentes de terceirização, considerando as despesas totais em saúde municipais;
- Formular e validar instrumento de pesquisa junto aos municípios.



Metodologia

- ***Fase I***

- A) Estudo a partir da análise de dados secundários em série histórica (2002, 2003 e 2004).

Principais fontes dos dados utilizados:

SIOPS, TCE/SP, TCM/SP

Os dados secundários foram armazenados e analisados em Software SPSS.



Metodologia

- Com o intento de responder aos objetivos da pesquisa, foram criados alguns indicadores. Sendo estes:
- Despesa de pessoal em saúde/ Despesa pessoal total municipal- %
- Despesa de pessoal em saúde/ Despesa total em saúde - %
- Despesa de terceirização pessoa jurídica em Saúde / Despesa total em saúde - %



Metodologia

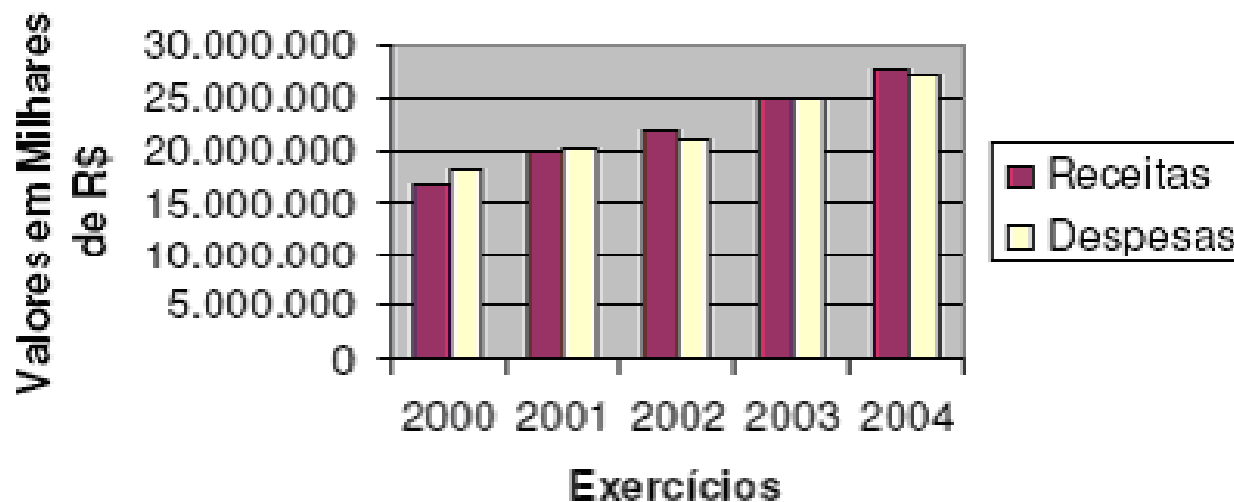
Universo da Pesquisa – Estado de São Paulo

Órgãos Reguladores:

- Tribunal de Contas do Estado: 644 municípios
- Tribunal de Contas do Município : capital

Cenário orçamentário dos municípios do Estado

TCESP – Execução Orçamentária



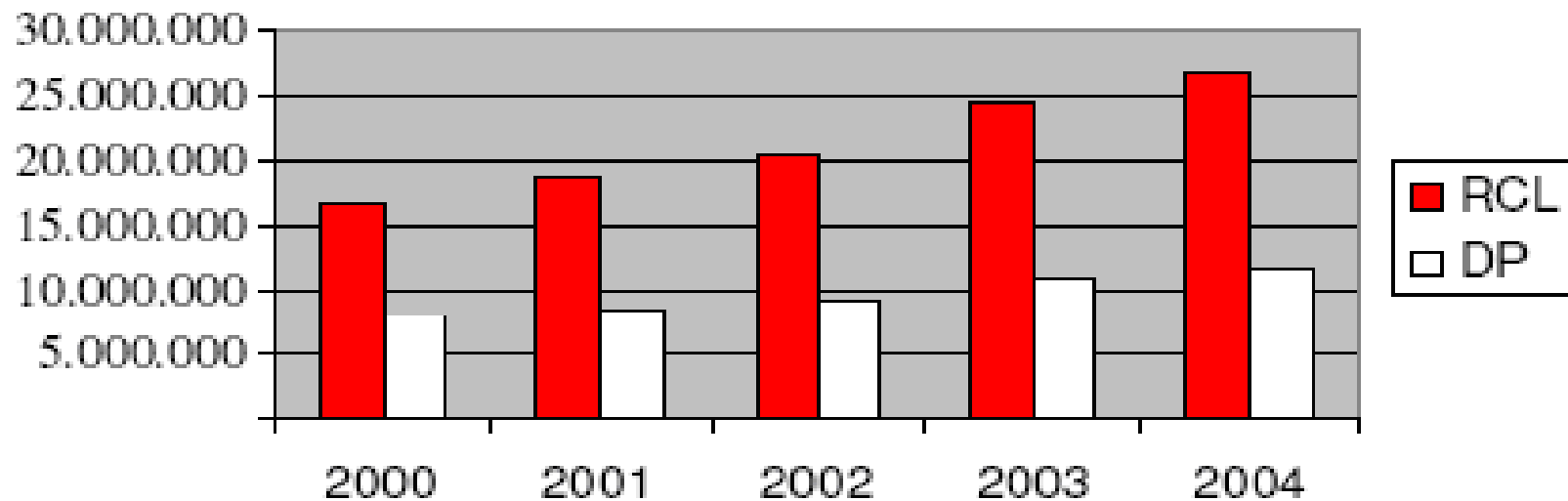


Cenário orçamentário dos municípios do Estado

Despesas com Pessoal- Municípios com situação irregular

Exercícios	Quantidade de Municípios
2000	60
2001	27
2002	12
2003	10
2004	17

Cenário orçamentário dos municípios do Estado de São Paulo



RCL- Receita Corrente
líquida

DP- Despesa de
Pessoal

Fonte: TCESP,2006



Emenda 29

Cumprimento do Limite Proposto Pela EC 29

- A grande maioria dos municípios do estado de São Paulo cumpre os patamares mínimos da EC 29. Em 2004, 599 municípios (92,9%) cumpriram a EC 29, 42 municípios (6,5%) não atingiram o patamar necessário e 4 (0,6%) municípios não enviaram os dados para cálculo. (SIOPS, 2006)

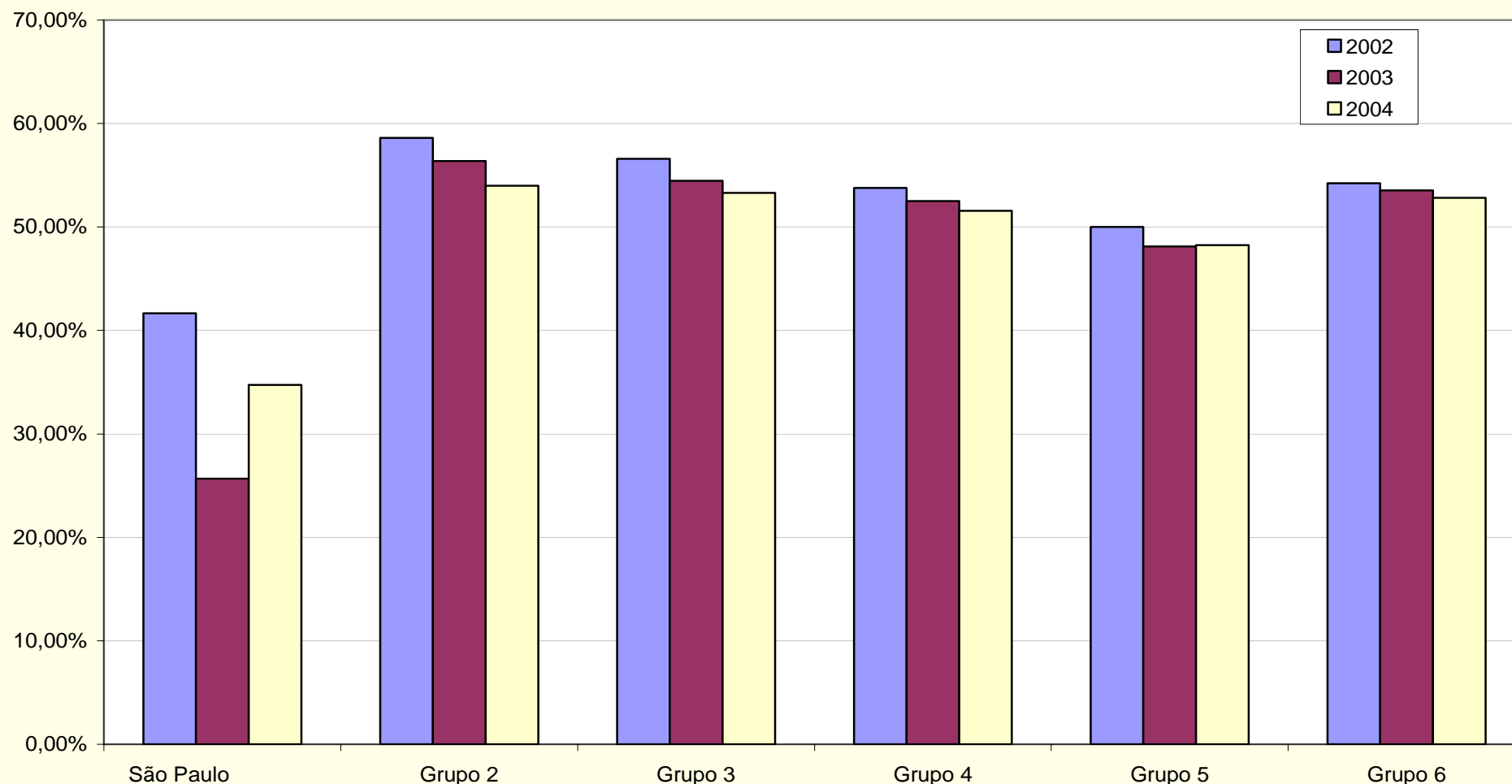


Metodologia

Grupos por porte populacional

- Foi proposta uma análise dos dados agrupados por porte populacional:
- 405 municípios com menos de 20 mil habitantes **(6)**
- 120 municípios entre 20 e 50 mil habitantes **(5)**
- 49 municípios entre 50 a 100 mil habitantes **(4)**
- 62 municípios entre 100 e 500 mil habitantes **(3)**
- 8 municípios com mais de 500 mil habitantes **(2)**
- São Paulo **(1)**

Média da proporção de Desp RH Saúde em relação às Desp Totais Saúde. Municípios de SP por grupo e São Paulo, 2002 a 2004.



•Grupos de municípios: (1) São Paulo; (2) 8 municípios com mais de 500 mil habitantes; (3) 62 municípios entre 100 e 500 mil habitantes; (4) 49 municípios entre 50 a 100 mil habitantes; (5) 120 municípios entre 20 e 50 mil habitantes; (6) 405 municípios com menos de 20 mil habitantes.

Fonte: Relatório de Pesquisa – ObservaRHSP/FGV - 2006



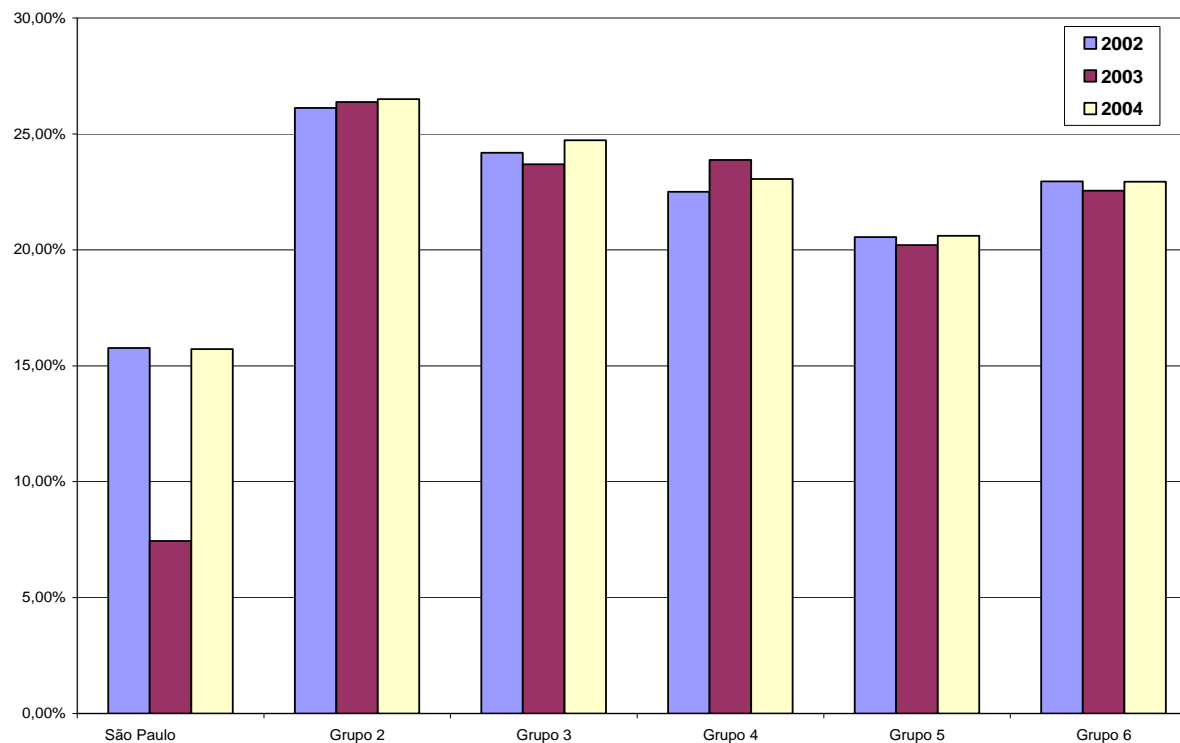
Resultados

Despesas com Pessoal saúde/ Despesas totais em Saúde

- Redução em quase todos os grupos, com exceção São Paulo e Grupo 5 (20 á 50 mil hab)
- Nos grupos (2, 3, 4, 5 e 6) a média de gastos com Recursos Humanos foi de 52,08% no ano de 2004. Podemos dizer que, em média, 52,08% das despesas totais com saúde referem-se a gastos com funcionários municipais do setor saúde

Resultados

Média da proporção de Desp RH Saúde em relação às Desp RH Total. Municípios de São Paulo por grupo. 2002 a 2004.



Média da proporção de Desp RH Saúde em relação às Desp RH Total. Municípios de SP por grupo e São Paulo, 2002 a 2004.

	São Paulo	Grupo 2	Grupo 3	Grupo 4	Grupo 5	Grupo 6
2002	15,77%	26,13%	24,19%	22,51%	20,55%	22,95%
2003	7,44%	26,38%	23,69%	23,88%	20,21%	22,56%
2004	15,72%	26,50%	24,73%	23,06%	20,61%	22,95%

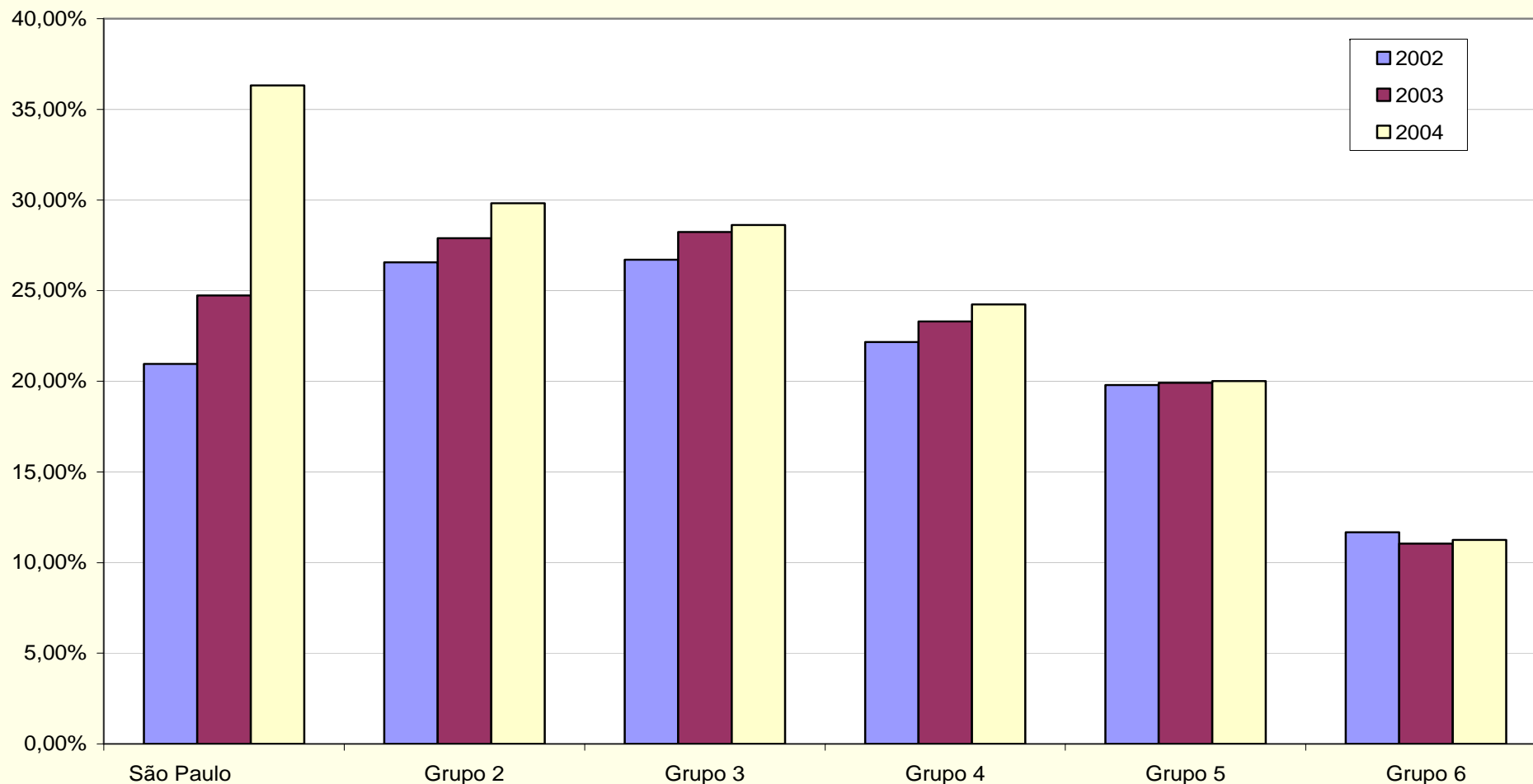


Resultados

Desp. Pessoal Saúde/ Desp. Pessoal Total

- Observa-se que as médias das proporções mantiveram-se constantes entre as faixas 22-28% nos grupos (4, 5, 6 e 2) em todos os anos analisados

Média da proporção de Desp Terceiros PJ em relação às Desp Totais Saúde. Municípios de SP por grupo e São Paulo, 2002 a 2004.



• Grupos de municípios: (1) São Paulo; (2) 8 municípios com mais de 500 mil habitantes; (3) 62 municípios entre 100 e 500 mil habitantes; (4) 49 municípios entre 50 a 100 mil habitantes; (5) 120 municípios entre 20 e 50 mil habitantes; (6) 405 municípios com menos de 20 mil habitantes.

Fonte: Relatório de Pesquisa – ObservaRHSP/FGV - 2006



Resultado

- Incremento no % gasto com pessoa jurídica em relação ao total de despesa com saúde, à exceção dos municípios menores



Considerações

- Diminuição na proporção dos gastos com recursos humanos em saúde
- Aumento na proporção de gastos com terceiros pessoa jurídica
- Formas de parceria identificadas no piloto revelam despesas com terceiros não contabilizadas como Despesas de Pessoal
- Necessidade de confirmação de hipóteses em amostra representativa dos municípios
- Investigação de municípios com comportamento atípico (capital)



Objetivos Específicos

- Caracterizar os vínculos trabalhistas praticados pela administração direta municipal no setor saúde;
- Estudar as formas de vínculos institucionais entre a gestão municipal com as instituições prestadoras de serviços de saúde (contratos, convênios e contrato de gestão);
- Investigar as principais motivações dos gestores municipais para a adoção dos vínculos trabalhistas com os serviços da administração direta no setor saúde (cumprimento da Lei de Responsabilidade Fiscal, EC 29 e mais recentemente EC 51);



Objetivos Específicos

- Investigar a existência de mecanismos de monitoramento e supervisão formais nos serviços contratados e/ou conveniados, principalmente no que tange aos vínculos trabalhistas.
- Caracterizar em amostra intencional os principais vínculos trabalhistas praticados pelas organizações prestadoras de serviços de saúde na rede pública municipal;
- Identificar (por meio da percepção dos gestores) as vantagens e desvantagens da adoção de diferentes vínculos institucionais.



Hipóteses

- Há uma tendência de redução de novas contratações pela administração direta, em consonância com os limites propostos pela Lei de Responsabilidade Fiscal, - municípios pequenos?
- Em conseqüência, há um aumento de contratações de serviços (contratos, termos de convênio e contrato de gestão)



Metodologia

- Planejamento amostral
- Análise dos dados secundários do ano 2005 (análise comparativa com a série 2001-2004)
- Seleção de amostra representativa dos municípios do Estado de São Paulo
- Critérios: porte populacional e análise dos dados secundários (estudo anterior)



Metodologia

- Variáveis selecionadas para o planejamento amostral:
 1. Despesa de Rh em saúde *per capita*
 2. Despesa com terceiros (PJ) *per capita*

Para a amostra foram consideradas as médias dos anos 2002/2003/2004

Justificativa: variações dos anos, estabelecimento de padrão de comportamento das despesas

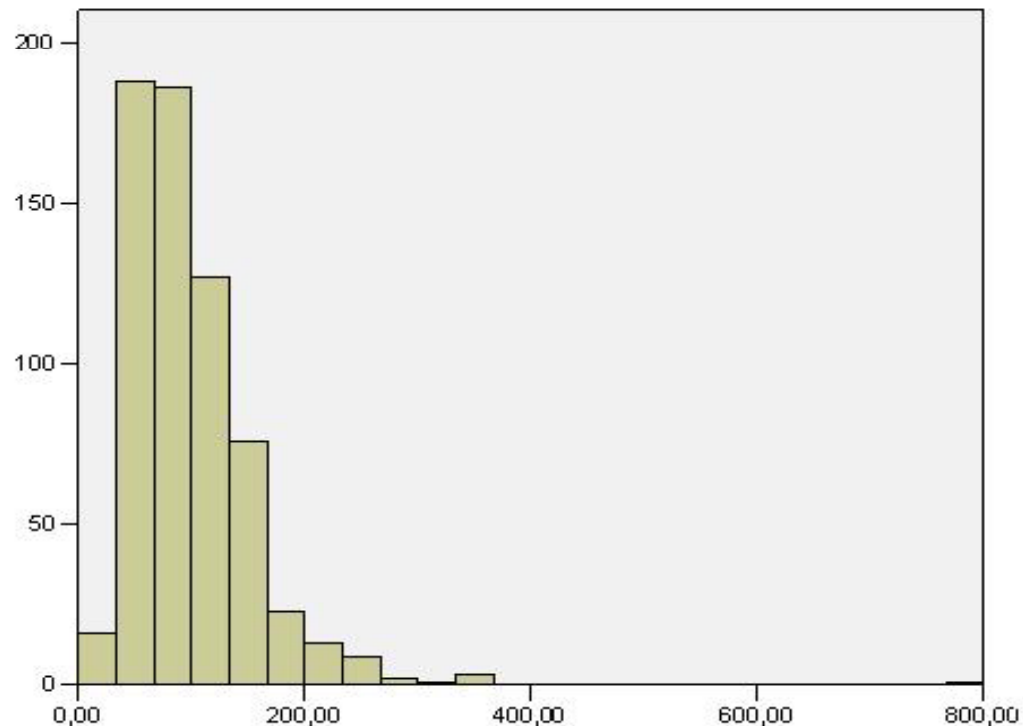


Metodologia

Plano Amostral

- Formados 4 estratos, de acordo com o comportamento das variáveis selecionadas, além do porte (G, MG, GG,MM,P, PP), além do grupo de municípios com mais de 500 mil habitantes.
- Amostra calculada: 78 municípios
- Análise específica dos municípios com comportamento anômalo dos indicadores selecionados (grupo de 8 municípios).

Per capita Rh em Saúde- Municípios de São Paulo



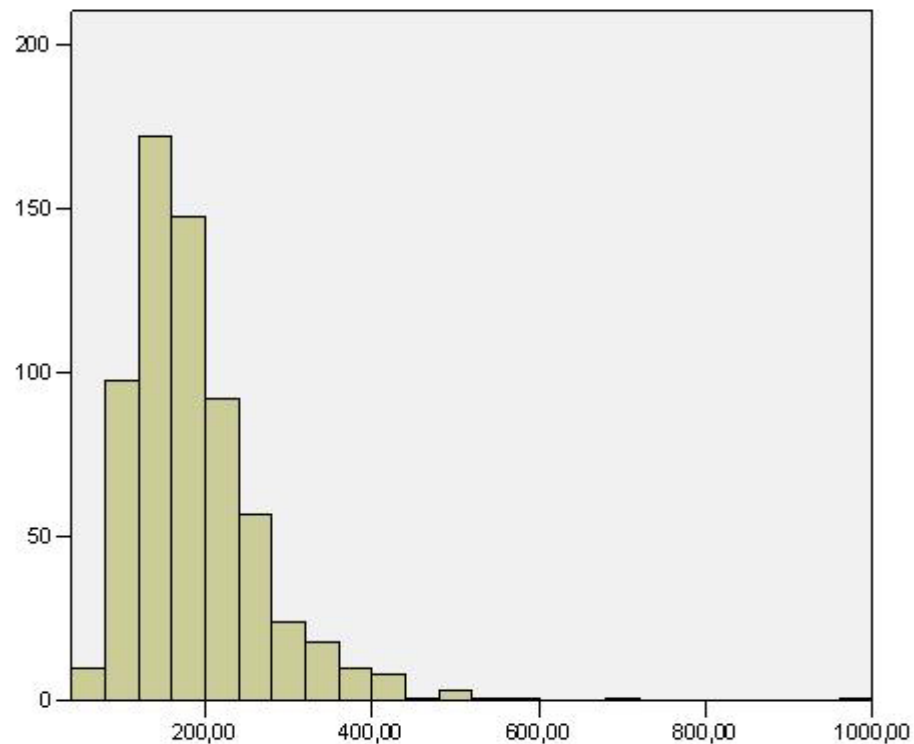
Média: 98,81 reais

Mínimo: 9,13 reais

Maximo: 781, 77

Dados: SIOPS (2002,2003 e 2004)

Per capita em Despesas com Saúde: Municípios de São Paulo



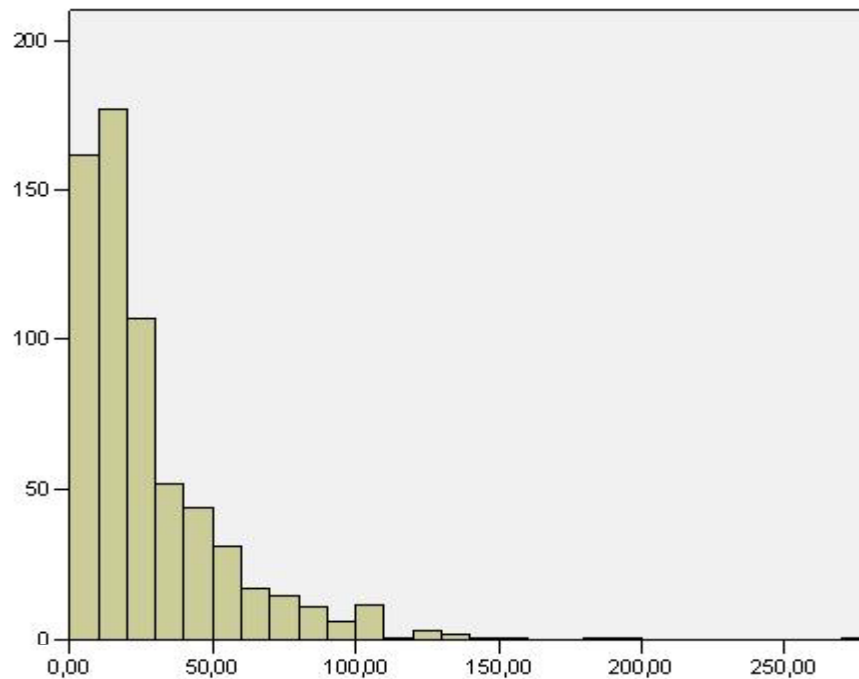
Média: 187,43 reais

Mínimo: 54,57 reais

Máximo: 993,37 reais

Dados: SIOPS (2002,2003 e 2004)

Per capita Terceiros PJ : Municípios de São Paulo



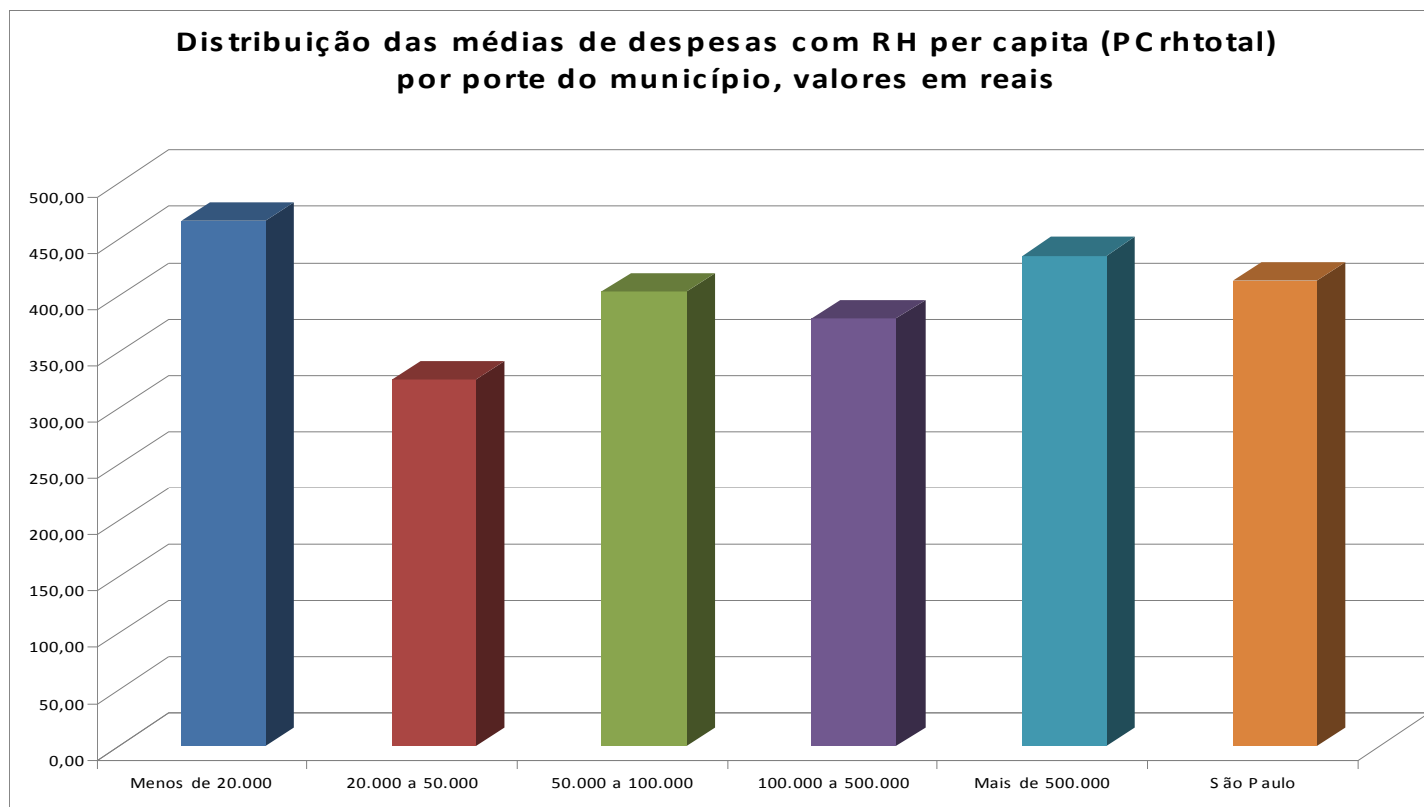
Média: 28,55 reais

Mínimo: 2,34 reais

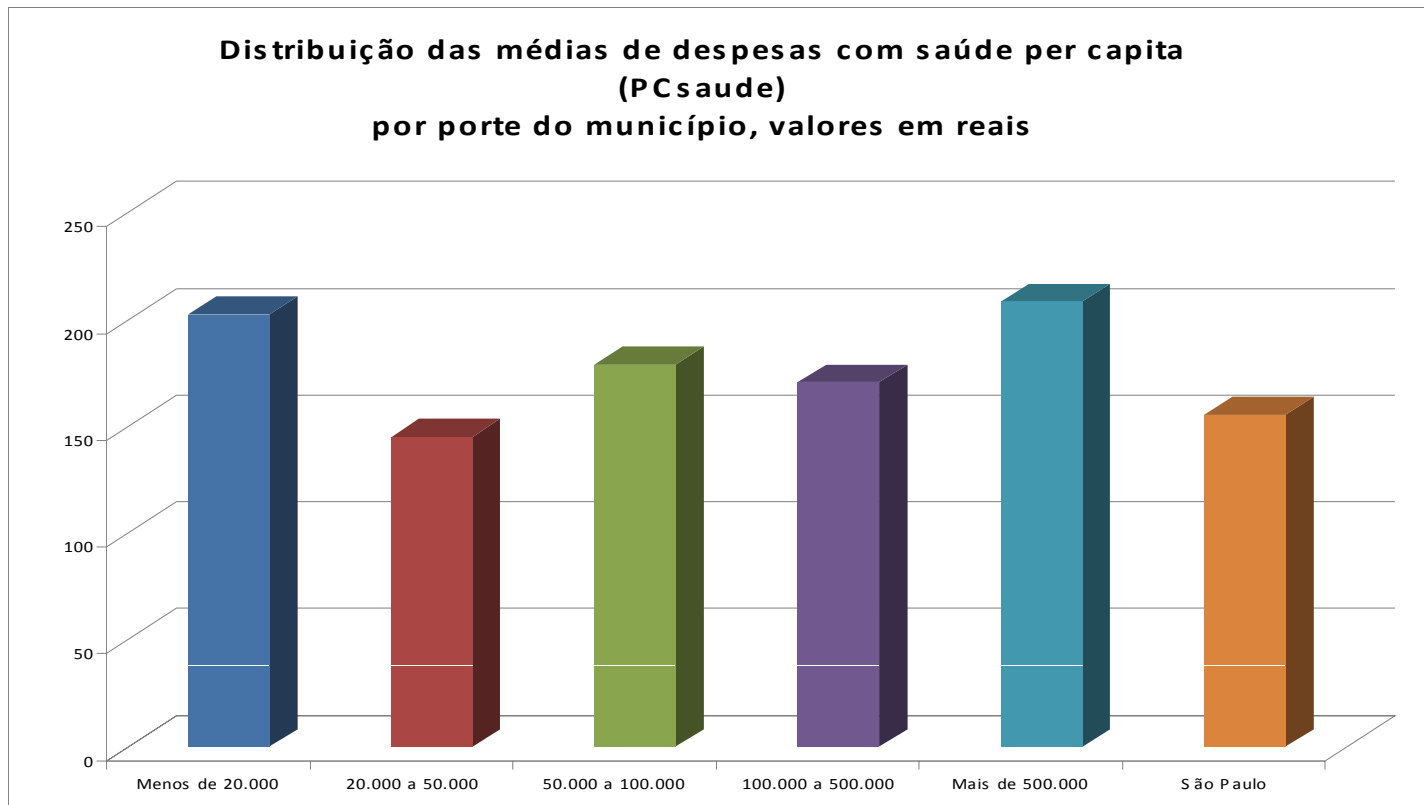
Máximo: 277,05 reais

Dados: SIOPS (2002,2003 e 2004)

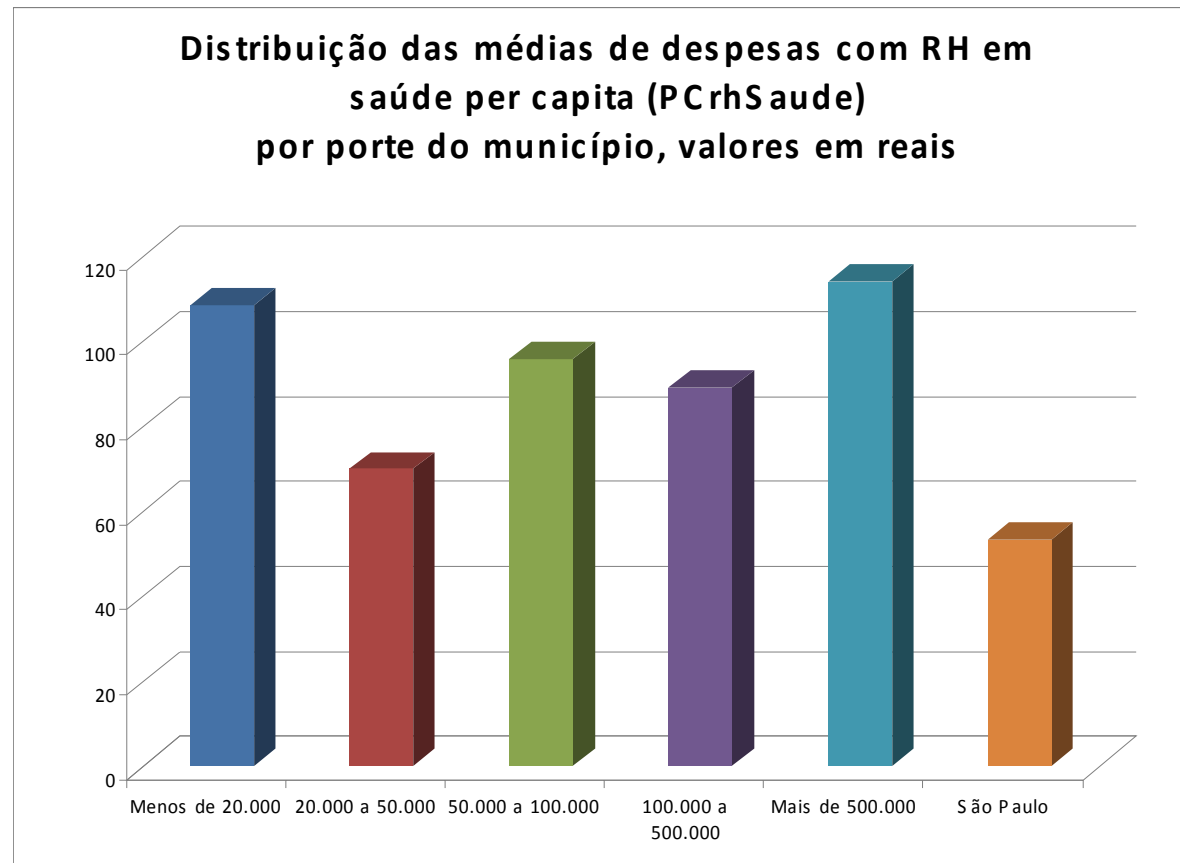
Per capita de Recursos Humanos Total- Administração Direta municipal



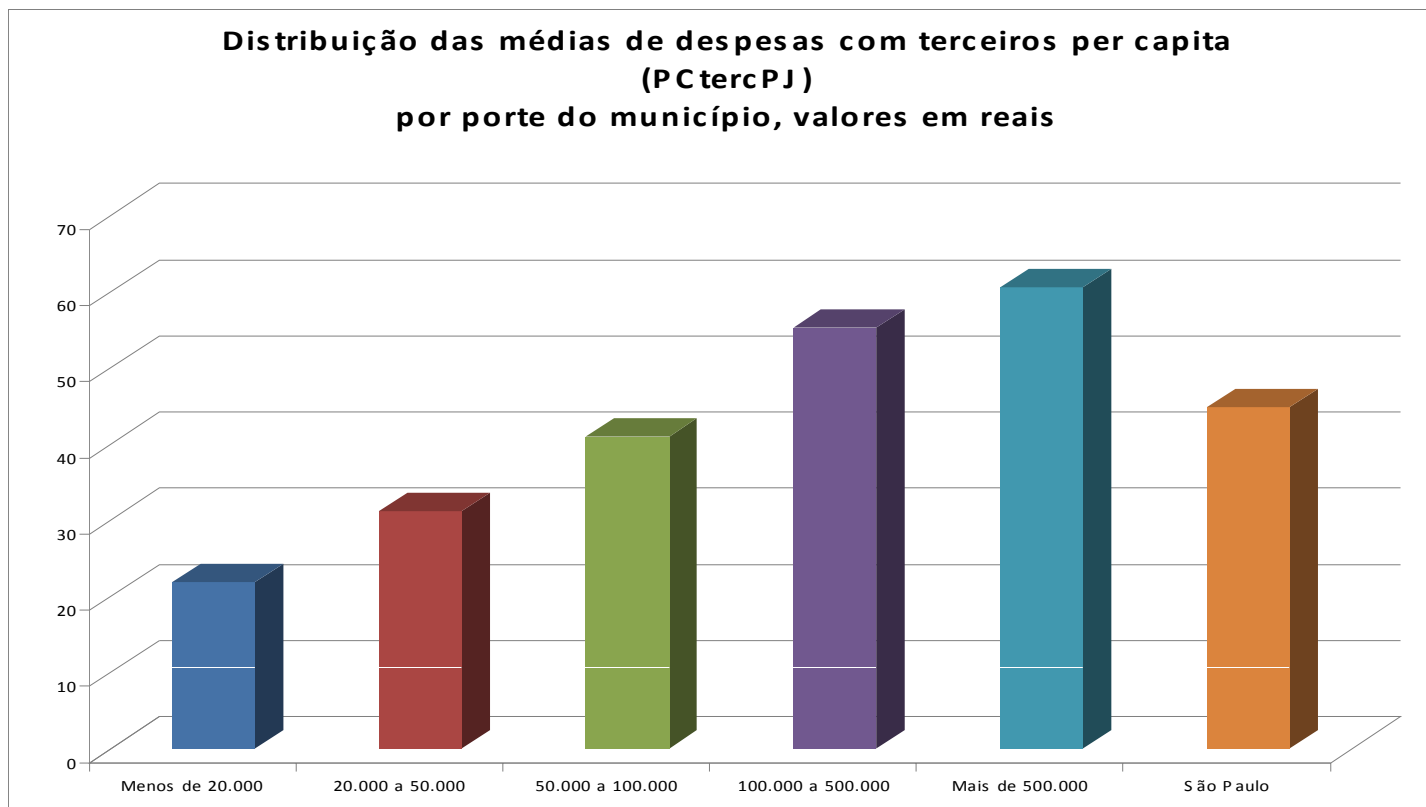
Per capita de Despesas com Saúde Municipal



Per capita de Despesas com RH - Saúde



Per capita com Terceiros- PJ





Desafios dos Gestores Municipais

- Dificuldade na captação e fixação de profissionais médicos na AB (baixos salários, insuficiência de profissionais na região, falta de comprometimento)
- Médicos especialistas: dificuldade de captação. Soluções: convênios com hospitais, contratação de empresas de médicos, consórcios municipais0



Desafios dos Gestores Municipais

- Emenda 51:
- Dificuldade na incorporação de ACS no padrão de lotação municipal (incertezas na continuidade do PSF).
- LRF
- Dificuldades na formulação de editais de seleção (perfil específico do profissional)



Questões Norteadoras

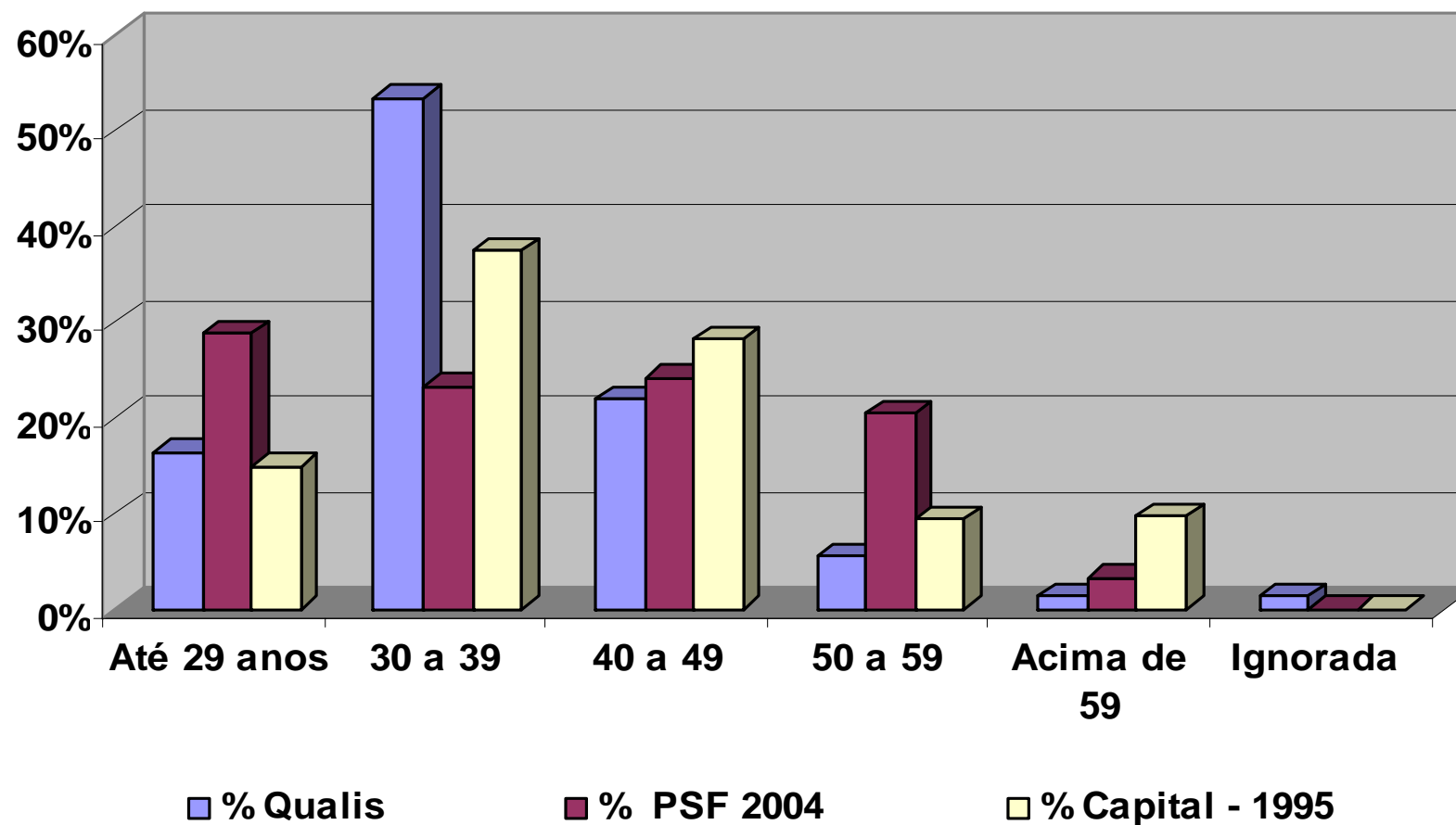
- Vínculo e Formas de Contratação
 - Agentes contratantes
 - Alternativas
 - Categorias
- Permanência dos Profissionais
 - Estímulo á permanência
 - Carreira
 - Fatores que influenciam
- Remuneração
 - Diferenças regionais
 - Capacidade de pagamento municipal
 - Incentivos variáveis



Estudos

- Contratação e Qualidade do Emprego no PSF no Brasil – Nescon/2001
- Delphi – Avaliação de Tendências e Perspectivas sobre recursos Humanos em Saúde – Rede de Observatório de Recursos Humanos 2002
- Perfil dos Médicos – MS/CFM/Fiocruz- 1995; Qualis/ Fapesp – município de São Paulo – 1999/2000; Unesco – município de São Paulo 2004; Observatório de RH de SP – 2006
- ObservaRHSP – GV- Saúde – gastos municipais com RH em saúde 2006
- Em andamento – RH na atenção primária em São Paulo – ObservaRHSP-CEALAG/CNPQ; Escolhas Gerenciais na gestão de RH em São Paulo– ObservaRHSP – GV- Saúde

Faixa Etária dos Médicos do Qualis 1997 x PSF 2004 x Capital 1995

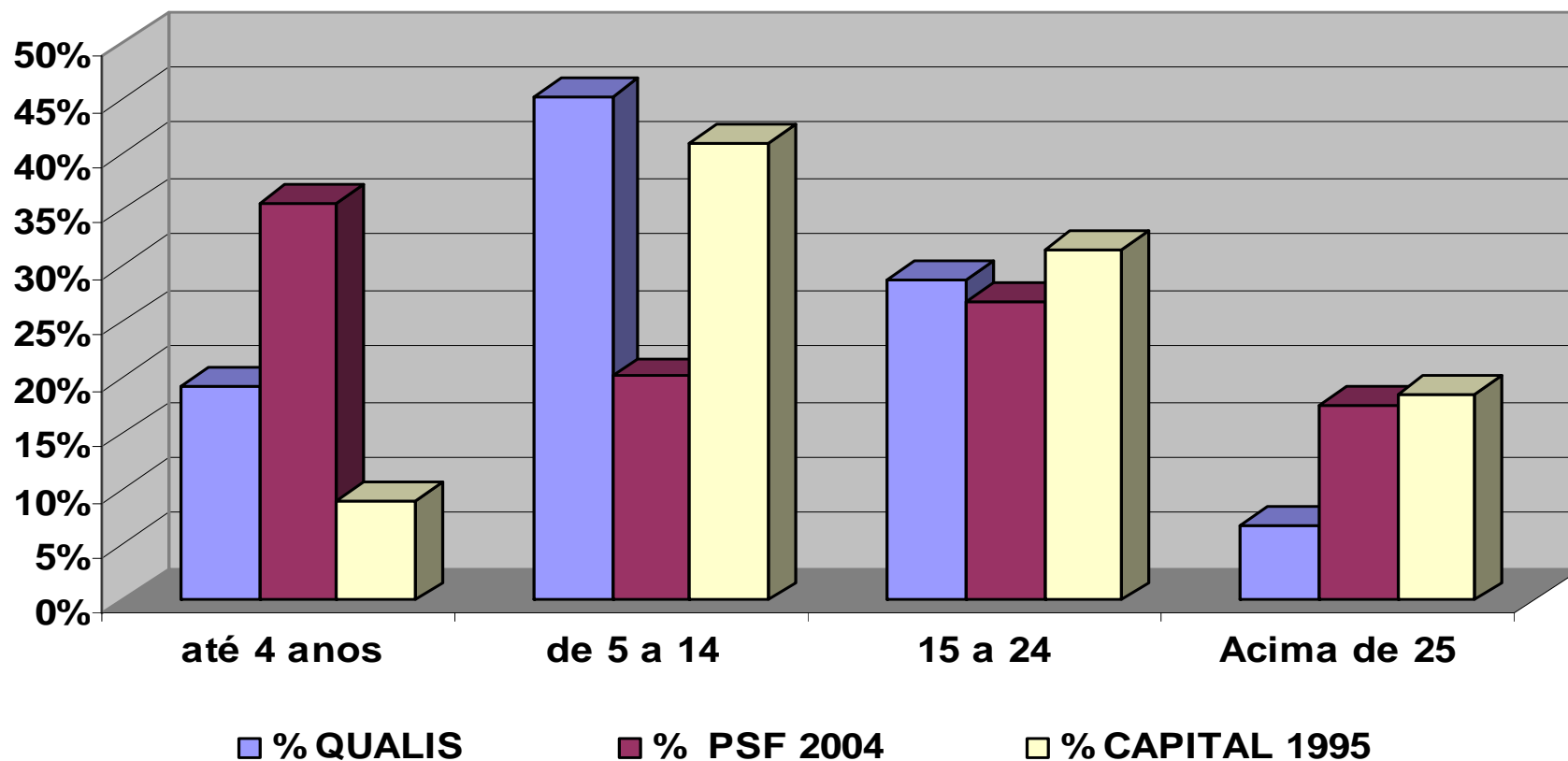


Fonte: Pesquisa FAPESP-1999

Relatório Consultoria UNESCO/PMS – Estratégia de Saúde da Família, 2005

Pesquisa “Perfil dos Médicos no Brasil” – MS/CFM/FIOCRUZ, 1995

Tempo de Formado dos Médicos do Qualis 1997 x PSF 2004 x Capital 1995

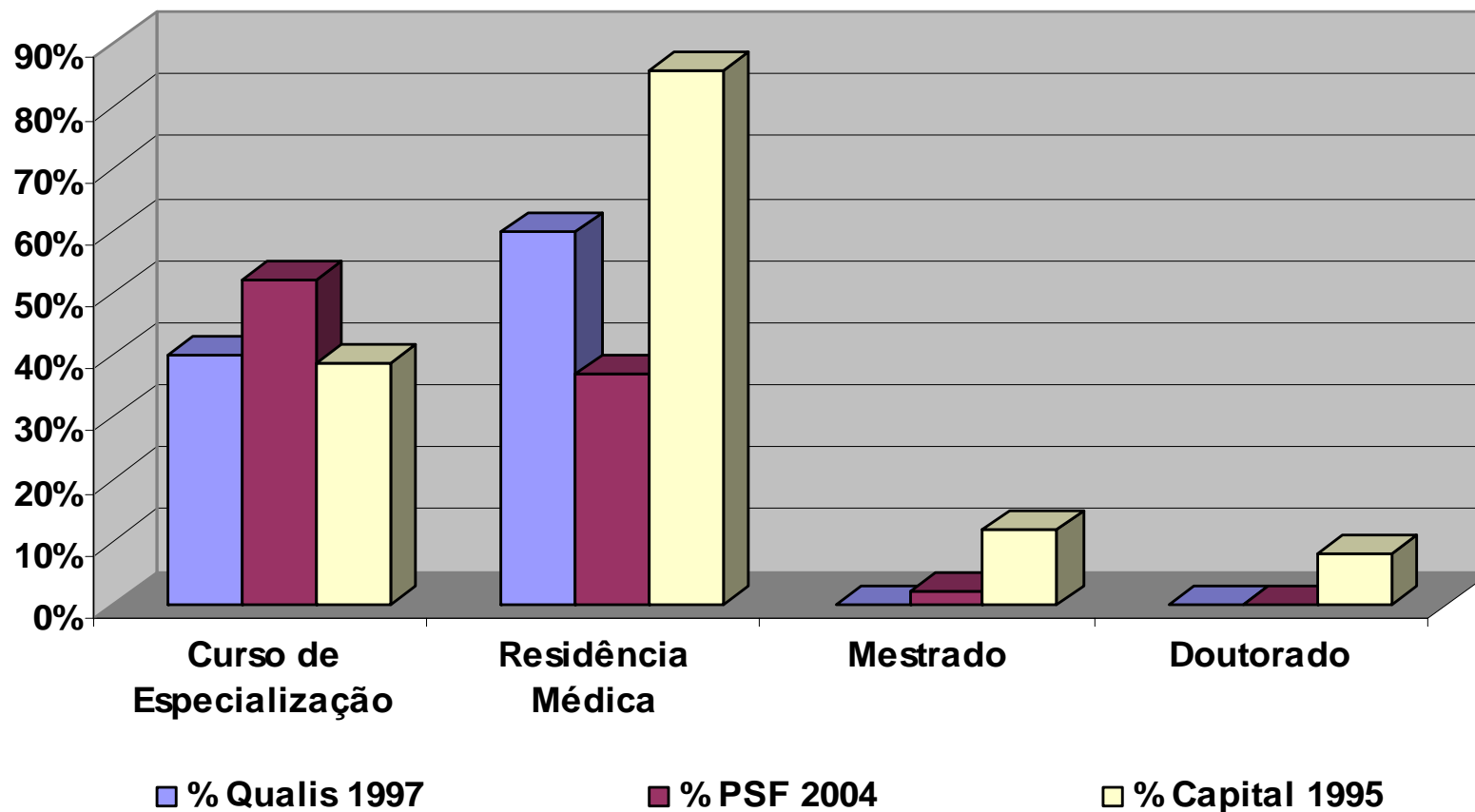


Fonte: Pesquisa FAPESP-1999

Relatório Consultoria UNESCO/PMS – Estratégia de Saúde da Família, 2005

Pesquisa “Perfil dos Médicos no Brasil” – MS/CFM/FIOCRUZ, 1995

Especialização dos Médicos do Qualis 1997 x PSF 2004 x Capital 1995

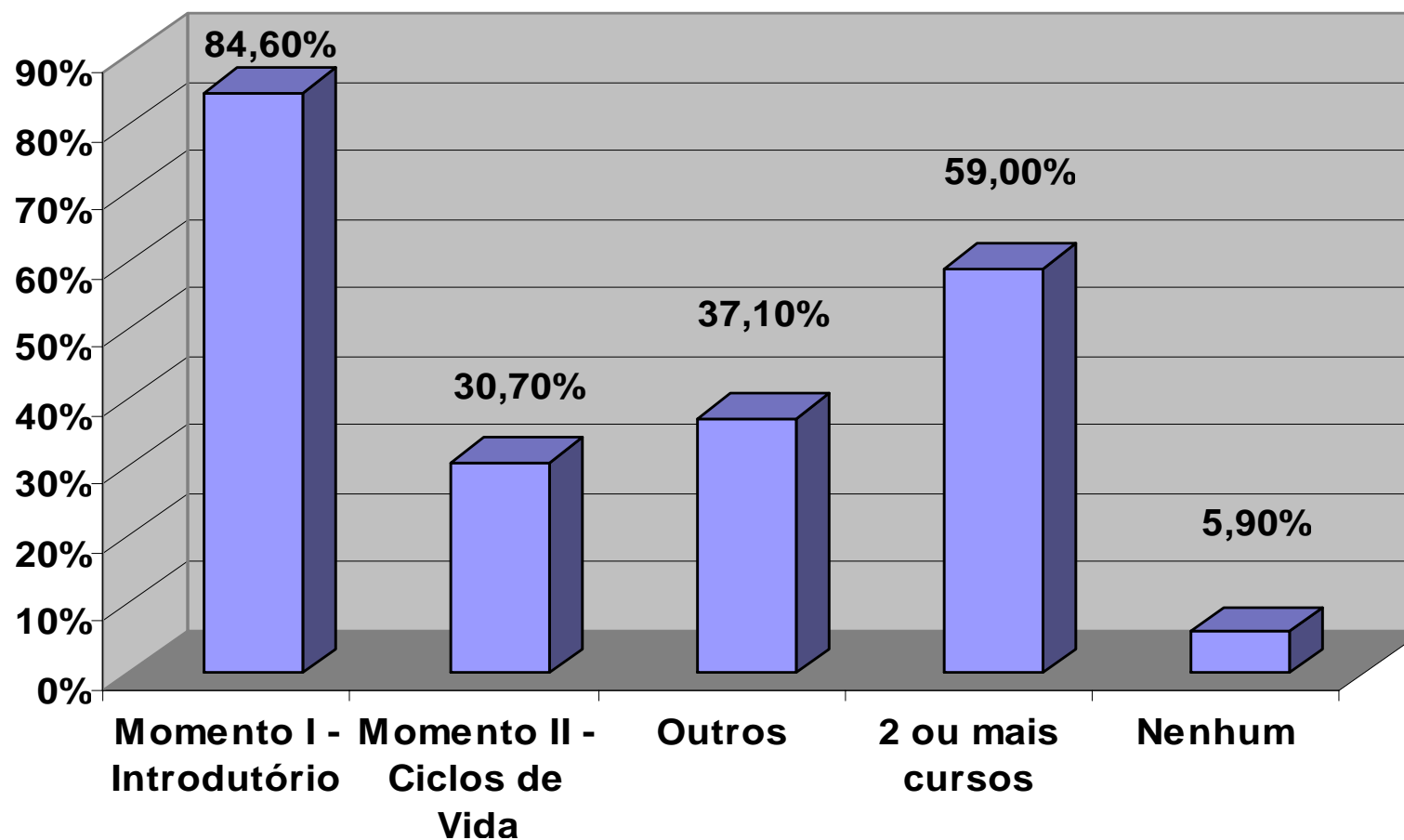


Fonte: Pesquisa FAPESP-1999

Relatório Consultoria UNESCO/PMS – Estratégia de Saúde da Família, 2005

Pesquisa “Perfil dos Médicos no Brasil” – MS/CFM/FIOCRUZ, 1995

% de Médicos segundo capacitação - PSF/2004



Fonte: Relatório Consultoria UNESCO/PMS – Estratégia de Saúde da Família, 2005



Diferentes perfis

- Oportunistas
- Insatisfeitos
- Altruístas
- Vocacionados



Parceiros

- Faixa Etária/ Tempo de Formado
- Especialização
- Cursos Realizados



Diferentes parceiros

- **Formadores**
 - Profissionais jovens
 - Alto investimento na formação/ especialização
- **Requalificadores**
 - Profissionais mais experientes
 - Investimento na qualificação
- **Empregadores**
 - Contratação no mercado
- **Complexos**
 - Perfis mixtos



Rotatividade e satisfação

- Alta satisfação geral – relacional/equipe – stress (Band of Brothers)
- Grande insatisfação – demanda e falta de referência
Fonte: PMS/Unesco - 2005
- Tensão entre projeto e realidade
- Alta rotatividade
 - Capacitação
 - Distância
 - Disponibilidade de material
- Baixa Rotatividade
 - Reconhecimento da instituição parceira

Cláudia Campos – mestrado FGV – porque o médico não fica?



Novas Informações

- PSF – 50% terceirização – fora São Paulo
- 22% de instáveis
- 6% de precarização

- AB – baixa terceirização/ disponibilidade de profissionais?



Perspectivas

- É necessário superar as relações precarizadas
- Manual de parceria
 - O que deve ser assumido pelo parceiro, o que é responsabilidade conjunta
 - Compromisso com a qualificação - PITS
 - Incentivos - desempenho
- Perspectivas profissionais – para onde vai o Médico de Família
 - Plantão, Gestão do cuidado de média complexidade, Equipes Educadoras
 - Capacidade de abordar as diferentes expectativas
 - Flexibilidade na gestão
 - Pactos regionais de remuneração



Perspectivas

- Estratégias educacionais
 - CIES – cerca de 40% das atividades relacionadas com atenção básica
 - Aproximadamente entre 60 a 70% dos profissionais
 - Cursos de especialização x módulos adequados às necessidades do profissional e do serviço
 - Trabalho em equipe/ atuação em comunidade / abordagem familiar
 - Equipes formadoras / discussão de caso - assessorias/ construção do conhecimento a partir da discussão compartilhada na realidade local
 - Telemedicina e educação a distância
- Integração efetiva no sistema – referência e contra-referência



Questões

- A Lei de Responsabilidade Fiscal é um forte direcionador das práticas de gestão do trabalho – terceirização – inclusive na saúde
- Como conviver com o conflito indução à terceirização/ novos modelos de gestão/ gestão própria
- Na gestão própria – como criar mecanismos internos de maior agilidade para a gestão de pessoal – reposição automática, temporários, mecanismos de flexibilidade de remuneração, diferenciação em função do desempenho – avaliação de desempenho



Questões

- PCCS fundamental – especificidade, perspectiva – desempenho x estagnação
- A implantação do PCCS só faz sentido se estiver associada a um dimensionamento adequado da força de trabalho a ser incorporada - planejamento; se for competitiva no mercado; se estiver associada a uma política de avaliação de desempenho bem construída



Questões

- Aprendizado da negociação – limites e possibilidades
- Como discutir os recursos adicionais por dentro do pacto de gestão



Questões

- No processo de capacitação - apoios à gestão x cursos de atualização
- Linhas de discussão, cooperação, registros de experiências



Obrigado!!!

Contato: pseixas@saude.sp.gov.br