



UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA
INSTITUTO DE SAÚDE COLETIVA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA
*MESTRADO PROFISSIONALIZANTE EM SAÚDE COLETIVA - CONCENTRAÇÃO:
VIGILÂNCIA SANITÁRIA*

**FORMULAÇÃO DE POLÍTICA DE RECURSOS HUMANOS EM
VIGILÂNCIA SANITÁRIA**

Cláudia Cristina Santiago Gomes
Salvador - Ba
Julho, 2009.

Cláudia Cristina Santiago Gomes

Formulação de Política de Recursos Humanos em Vigilância Sanitária

Dissertação apresentada ao
Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva
do Instituto de Saúde Coletiva
da Universidade Federal da Bahia
para obtenção do título de Mestre.

Orientação: Jairnilson Silva Paim

Brasília - DF
Junho, 2009.

Ficha Catalográfica

Elaboração: Biblioteca do Instituto de Saúde Coletiva

G633f Gomes, Claudia Cristina Santiago.

Formulação de política de recursos humanos em vigilância sanitária / Claudia

Cristina Santiago Gomes - Salvador: C. C. S. Gomes, 2009.

102p.

Orientador(a): Prof^o. Dr^o. Jairnilson Silva Paim.

Dissertação (mestrado) - Instituto de Saúde Coletiva. Universidade Federal da Bahia.

1. Política de Saúde. 2. Recursos Humanos em Saúde. 3. Planejamento em Saúde. 4. Vigilância Sanitária. I. Título.

CDU 614.2



Universidade Federal da Bahia
Instituto de Saúde Coletiva – ISC
Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva

Cláudia Cristina Santiago Gomes

“-Formulação de Política de Recursos Humanos em Vigilância Sanitária”.

A Comissão Examinadora abaixo assinada, aprova a Dissertação, apresentada em sessão pública ao Programa de Pós-Graduação do Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia.

Data de defesa: 01 de julho de 2009

Banca Examinadora:

Prof. Jaimilson Silva Paim / ISC - UFBA

Profa. Solange Véloso Vianna / Escola de Nutrição - UFBA

Profa. Maria Cristina da Costa Marques / Faculdade de Saúde Pública – USP

Salvador
2009

AGRADECIMENTOS

Ao “universo”, por ter conspirado para que esse trabalho fosse finalizado a contento.

A minha mãe, por ter me ensinado que posso tudo na vida, desde que não infrinja a minha dignidade e o respeito ao outro.

A toda minha família, principalmente minha irmã, irmãos e tias, por acreditarem em minha capacidade e ficarem na torcida sempre!

A Jairnilson Paim, por ter me orientado com o carinho e o rigor de um mestre.

Aos docentes da UFBA, que provocaram reflexões e conclusões fundamentais na construção do meu conhecimento em saúde coletiva e vigilância sanitária.

Aos professores avaliadores desse estudo: Carmem Teixeira, Solange Viana e Maria Cristina da Costa Marques, que contribuíram enormemente para que esse trabalho chegasse a uma qualidade satisfatória.

Aos informantes-chave, pelo carinho e generosidade em colaborar com meu estudo.

Aos colegas da Ubhem/Nuvig/Anvisa, por entenderem o meu momento, as minhas ausências e o meu estresse nas horas de grande pressão.

À Geni Neumann pelo afeto, apoio, incentivo e sugestões valiosas.

A Rodrigo Brito e Dulce Bergmann, pelas sugestões e apoio na hora necessária.

A Flávia, Lívia e Luisa pela convivência carinhosa e pelo incentivo.

Às amigas Pat Brown, Alessandra Torres, Gloria Latuf e Milena Bitencourt pela amizade, apoio logístico, estímulo e pelas boas gargalhadas nos momentos de “pausa”.

A todas as pessoas que nesses anos de vigilância sanitária e Anvisa, entre consensos e dissensos, contribuíram para minha formação profissional e torceram para que mais essa etapa fosse vencida!

Prezado amigo...
Eu continuo aqui mesmo
Aperfeiçoando o imperfeito
Dando um tempo, dando um jeito
Desprezando a perfeição
Que a perfeição é uma meta
Defendida pelo goleiro
Que joga na seleção
E eu não sou Pelé nem nada
Se muito for, eu sou um Tostão
Fazer um gol nessa partida não é fácil, meu irmão

Gilberto Gil

RESUMO

Esse trabalho descreve a construção da política de recursos humanos em vigilância sanitária (PRH-Visa) para estados e municípios desencadeada pela Anvisa, visando a responder as seguintes indagações: como aconteceu o processo de formulação dessa política? Existe uma política planejada de recursos humanos em Visa para estados e municípios? A análise desse processo foi feita à luz de referências teóricas sobre política, política de saúde, planejamento e política de recursos humanos em saúde. Utilizou como categorias de análise certas dimensões correspondentes a etapas da formulação de política de saúde: Imagem-Objetivo, formulação de proposições, análise de proposições, desenho estratégico e formalização da política. A análise documental e de entrevistas com informantes-chave permitiu concluir que não existe uma política planejada e formalizada de recursos humanos em vigilância sanitária para estados e municípios. Entretanto, houve iniciativas nessa perspectiva que possibilitaram reflexões e implementação de ações que possivelmente influíram sobre o SNVS. Apesar de não ter sido aplicado método formal de planejamento pode-se afirmar indícios da existência de um pensamento e uma postura estratégicos na programação das ações. Foram observadas evidências que apontam para as motivações que demandaram esse movimento e alguns efeitos nos dias atuais. Por fim, apresentam-se algumas considerações para a continuidade desse processo, superando problemas do passado e avançando para a formalização de uma política de RH em Visa, consoante com as políticas de saúde do SUS.

Palavras-chave: Política de Saúde; Recursos Humanos em Saúde; Planejamento em Saúde; Vigilância Sanitária.

ABSTRACT

This monograph aims to describe a process started by National Health Surveillance Agency - Anvisa to build up a policy of human resources in sanitary surveillance (Visa) in municipalities and states in Brazil. The following questions should be answered: how did the process of formulating the policy evolved? Is there a planned policy for human resources in municipalities and states Visa? The analysis of the process was based on theoretical references about politics, health policy, planning and human resources for health policy. The categories for analysis were based on dimensions used to describe the steps to formulate the health policy: image-objective definition, formulating propositions, analyzing propositions, strategic project design and policy formulation. Documental analysis and the study of data from key informants interviews led to the conclusion that there is not any formal and planned human resources for sanitary surveillance in municipalities and states. Nevertheless, there were few initiatives leading to reflections that might indicate actions that could possibly have influenced the National System of Health Surveillance- SNVS. Although it was not used any formal method for planning it is possible to identify signs of strategic thoughts and intentions in planning some actions. Some evidences point out motivations to start this movement, and how it might have brought to present consequences. Finally, there are some considerations on alternatives to stimulate the process, overcoming past problems and leading to the formulation of a human resources policy for Health Surveillance, in compliance with the Unified Health System (SUS) Policy.

Key-words: *health policy, human resources for health; planning in health; Health Surveillance.*

SUMÁRIO

LISTA DE SIGLAS	xvi
LISTA DE QUADRO, TABELAS E GRÁFICOS	xvii
APRESENTAÇÃO	- 12 -
CAPÍTULO 1 - CONTEXTUALIZAÇÃO DA VIGILÂNCIA SANITÁRIA NO BRASIL	- 14 -
CAPÍTULO 2 - FORMULAÇÃO DE POLÍTICA DE RECURSOS HUMANOS EM SAÚDE	- 21 -
CAPÍTULO 3 - ELEMENTOS CONCEITUAIS E TEÓRICOS	- 27 -
3.1. POLÍTICA	- 27 -
3.2. FORMULAÇÃO DE POLÍTICA DE SAÚDE E PLANIFICAÇÃO	- 28 -
CAPÍTULO 4 - PERCURSO METODOLÓGICO	- 36 -
4.1. DESENHO DO ESTUDO E PROCEDIMENTOS TÉCNICOS DE COLETA, PROCESSAMENTO E ANÁLISE DOS DADOS	- 36 -
4.2. ASPECTOS ÉTICOS	- 39 -
CAPÍTULO 5 - RESULTADOS	- 40 -
5.1. DESCRIÇÃO DA SITUAÇÃO E DOS PROBLEMAS RELATIVOS A RECURSOS HUMANOS EM VISA NO PERÍODO DE 2000 A 2006	- 41 -
5.2. IMAGEM-OBJETIVO	- 52 -
5.3. PROPOSIÇÕES	- 56 -
5.4. ANÁLISE DAS PROPOSIÇÕES	- 63 -
5.5. ESTRATÉGIAS	- 64 -
5.6. FORMALIZAÇÃO DA POLÍTICA	- 71 -
CAPÍTULO 6 - DISCUSSÃO	- 76 -
CAPÍTULO 7 - CONSIDERAÇÕES FINAIS	- 87 -
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	- 89 -
APÊNDICES	- 96 -
APÊNDICE 1 - LISTA DE INFORMANTES-CHAVE	- 96 -
APÊNDICE 2 - ROTEIRO DE ENTREVISTA	- 97 -
APÊNDICE 3 - DIMENSÕES E SUBDIMENSÕES PARA ANÁLISE DE DADOS COLETADOS	- 99 -
APÊNDICE 4 - LISTA DE DOCUMENTOS ANALISADOS	- 100 -

LISTA DE SIGLAS

Abrasco	Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva
Anvisa	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
Cecovisa	Centro Colaborador em Vigilância Sanitária
Censo Visa	Censo Nacional dos Trabalhadores de Vigilância Sanitária
CIT	Comissão Intergestores Tripartite
CIT Visa	Comitê Consultivo de Vigilância Sanitária no âmbito da Comissão Intergestores Tripartite
Conasems	Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde
Conass	Conselho Nacional de Secretários de Saúde
Conavisa	Conferência Nacional de Vigilância Sanitária
CGTEC	Centro de Gestão do Conhecimento Técnico-Científico
CONEP	Comissão Nacional de Ética em Pesquisa
COPRH	Comitê de Política de Recursos Humanos para a Vigilância Sanitária
CPPS	Centro Pan-Americano de Planificação em Saúde
Degerts	Departamento de Gestão do Trabalho em Saúde
Dicol	Diretoria Colegiada
Gerhu	Gerência de Gestão de Recursos Humanos
GGGAF	Gerência-Geral de Gestão Administrativa e Financeira
GT Visa da Abrasco	Grupo Temático de Vigilância Sanitária da Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva
I-O	Imagem-Objetivo
Mercosul	Mercado Comum do Sul
Nadav	Núcleo de Assessoramento à Descentralização das Ações de Vigilância Sanitária (da Anvisa)
NOB	Norma Operacional Básica
NOB-RH	Norma Operacional Básica de Recursos Humanos em Saúde
Opas	Organização Pan-Americana da Saúde
PCCS	Plano de Cargos, Carreiras e Salários
PDVISA	Plano Diretor de Vigilância Sanitária
PRH-Visa	Política de Recursos Humanos em Vigilância Sanitária
RH	Recursos Humanos
SGETS	Secretaria de Gestão do Trabalho e Educação em Saúde
Simbravisa	Simpósio Brasileiro de Vigilância Sanitária
SNVS	Sistema Nacional de Vigilância Sanitária
SUS	Sistema Único de Saúde
TAM	Termo de Ajuste e Metas
UFBA	Universidade Federal da Bahia
USP	Universidade de São Paulo
Visa	Vigilância Sanitária
Visas	Vigilâncias Sanitárias (no sentido de serviços/órgãos de Vigilância Sanitária)

LISTA DE QUADRO, TABELAS E GRÁFICOS

QUADROS	
Quadro 1	Matriz de Condensação de Significados.
Quadro 2	Matriz de Interpretação de Significados.
Quadro 3	Problemas referentes à Gestão do Trabalho e Educação em Vigilância Sanitária encontrados na análise dos dados coletados.
Quadro 4	Resumo dos itens atribuídos às etapas da formulação de políticas de saúde – CPPS/Opas (1975).
TABELAS	
Tabela 1	Número de estados e municípios com trabalhadores de Vigilância Sanitária. Brasil, 2004.
Tabela 2	Freqüência e percentual de trabalhadores da Vigilância Sanitária, por nível de instrução do cargo, segundo a esfera do vínculo de contrato de trabalho. Brasil, 2004.
GRÁFICOS	
Gráfico 1	Percentual dos trabalhadores de Visa com outra ocupação remunerada na área de Vigilância Sanitária ou em outra área. Brasil, 2004.
FIGURAS	
Figura 1	Esquema da Formulação de Políticas de Saúde de Saúde (CPPS/Opas).
Figura 2	Freqüência e percentual de trabalhadores de Vigilância Sanitária, por estados e regiões. Brasil, 2004.

APRESENTAÇÃO

Esse estudo trata de uma questão entendida como fundamental para a consolidação da política de saúde vigente, sobretudo no que se refere à prevenção de riscos e proteção à saúde da população: a política de recursos humanos em vigilância sanitária (PRH-Visa). Nesse sentido, pretende responder a seguinte pergunta: como aconteceu o processo de formulação da política de RH em Visa para os estados e municípios, estimulado pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa)?

O estudo tem como objetivo central descrever o processo de construção da PRH-Visa para estados e municípios, desencadeado pela Anvisa. Especificamente, pretende identificar demandas políticas que teriam motivado o processo de formulação da PRH-Visa para estados e municípios, descrever etapas e componentes da formulação dessa política e analisar possíveis obstáculos e facilidades identificados no referido processo.

A dissertação está organizada da seguinte forma:

O primeiro momento contextualiza a área da Vigilância Sanitária (Visa) no Brasil como subsistema do Sistema Único de Saúde (SUS), considerando suas características diante da função de mediação da relação produção/consumo, com vistas à prevenção de riscos e proteção da saúde das pessoas. Mostra o Sistema Nacional de Vigilância Sanitária (SNVS), aspectos relacionados com a sua gestão, as características da sua força de trabalho e as necessidades que a área impõe para esses profissionais.

No capítulo seguinte apresenta parâmetros sobre a política de Recursos Humanos em Saúde, características, dilemas e reflexões.

Posteriormente, descreve a metodologia definida para o estudo, as referências teóricas, as dimensões e subdimensões de análise e as ferramentas utilizadas para a coleta de dados.

Em seguida, mostra os resultados encontrados de acordo com os seguintes tópicos: contextualização e descrição dos problemas relativos aos recursos humanos em Visa; imagem-objetivo; formulação de proposições; análise das proposições, estratégias e formalização da política. As evidências produzidas são analisadas à luz dos referenciais teóricos, e apresentadas algumas considerações finais do estudo.

No momento em que se comemoram 10 anos de criação da Anvisa, o presente estudo possibilita o registro histórico de um movimento emanado por essa instituição, em uma de suas áreas de sustentação mais centrais: a gestão do trabalho e a formação dos profissionais que atuam nas Vigilâncias Sanitárias de estados e municípios.

CAPÍTULO 1 - CONTEXTUALIZAÇÃO DA VIGILÂNCIA SANITÁRIA NO BRASIL

O espaço de atuação da Vigilância Sanitária (Visa), previsto na Lei nº 8.080/90 (BRASIL, 1990), abrange a prevenção de riscos e a intervenção em problemas sanitários decorrentes do meio ambiente, da produção e circulação de bens e da prestação de serviços de interesse à saúde:

No Brasil, o termo vigilância sanitária foi empregado para demarcar esse campo da saúde pública, que tem como finalidade maior a proteção da saúde por meio da eliminação ou da redução do risco envolvido no uso e consumo de tecnologias – produtos e serviços – e nas condições ambientais (LUCCHESI, 2001, p. 25).

Como área intrínseca da saúde pública e mediadora da relação entre a produção e o consumo, a Visa exige uma atuação com características intersetoriais, multidisciplinares e em constante atualização (COSTA & SOUTO, 2001; COSTA, 2001). Atua sobre fatores de risco associados a produtos, insumos e serviços relacionados com a saúde, com o ambiente (inclusive o do trabalho), e com a circulação internacional de transporte, cargas e pessoas. A natureza jurídico-política de sua intervenção – disciplinadora da vida em sociedade –, sua abrangência e complexidade técnica e gerencial requerem a integração de práticas sanitárias e o uso concomitante de vários instrumentos, além da participação e controle social (COSTA & ROSENFELD, 2000). A complexidade da vigilância sanitária, portanto, demanda a adoção de diferentes estratégias, instrumentos e tecnologias de intervenção na busca da efetividade da sua prática (COSTA, 2003).

A vigilância sanitária baseou sua atuação, ao longo dos anos, em posturas e ações de aspectos legalistas e cartoriais, priorizando tecnologias de fiscalização e a aplicação de normas sanitárias. As ações de controle sanitário, desde a origem, se pautam na lógica da racionalidade da *ordenação normativa* do que ameaça a vida em sociedade e, desse modo, adquirem características de controle da vida social (COSTA, 2004a).

Muitos são os desafios que o mundo contemporâneo apresenta à vigilância sanitária, em função das grandes mudanças e avanços científicos e tecnológicos. E as tecnologias sujeitas à intervenção da vigilância sanitária buscam adequar-se a esse novo cenário.

A variedade de riscos advindos do estilo da vida moderna tem exigido transformações na forma de atuação da vigilância sanitária (LUCCHESE, 2001; COSTA, 2004a). As interfaces de trabalho da vigilância sanitária, que já extrapolavam o setor saúde, agora ultrapassam os limites políticos e geográficos dos países. O enfrentamento de novas formas de organização econômica em blocos como a União Européia e o Mercosul; o avanço tecnológico aliado ao desequilíbrio estrutural do capitalismo; a emergência e reemergência de doenças com características de pandemias; todos esses aspectos, além de outros fatores, impõem que a vigilância sanitária se avalie e se reformule. Nesse contexto, a questão da transcendência de riscos associados aos produtos e serviços regulados pela Visa adquire contornos que tornam ainda mais complexa a sua atuação (LUCCHESE, 2001).

Soma-se a esses fatores o movimento da Reforma Sanitária Brasileira, que fez emergir novas formas de organização do setor saúde, imprimindo princípios fundamentais como a descentralização e a integralidade das ações de saúde, entre outros, fomentando o debate acerca da mudança do modelo de atenção à saúde e, nessa perspectiva, um novo agir em saúde com o conceito de vigilância da saúde.

No aspecto da gestão, a vigilância sanitária apresenta um cenário marcado por desigualdades:

Os órgãos estaduais e distrital de vigilância sanitária organizam-se de forma diferenciada, compreendendo desde estruturas com maior autonomia administrativa e financeira (...) até a extrema dependência administrativa do nível central da Secretaria Estadual. A maior parte destes órgãos integra a administração direta. Têm eles reduzida autonomia para gerir os recursos orçamentário-financeiros e, geralmente, ocorre baixa articulação com as demais áreas da estrutura das Secretarias Estaduais. Muitos estados não dispõem de regionais de saúde ou instâncias similares, cabendo diretamente ao órgão central de Visa do estado a execução das ações que lhe são próprias, bem como as que não são desenvolvidas pelos municípios (...). Os órgãos municipais de vigilância sanitária encontram-se em situação de estruturação ainda mais heterogênea que a dos estados. Isto é reflexo da heterogeneidade de nossos mais de cinco mil municípios brasileiros, dos quais boa parte tem menos de dez mil habitantes. Há municípios grandes e

médios, com estruturas de Vigilância Sanitária. Todavia, a maior parte dos pequenos municípios tem dificuldade de implementar ações de VISA. Sua reduzida capacidade de arrecadação resulta em dependência dos repasses financeiros federais para o funcionamento dos seus sistemas locais de saúde, causando dificuldades para dispor e fixar recursos humanos em seu território (DE SETA & SILVA, 2001, p. 74 -75).

Agrega-se a essa discussão a formação federativa do Brasil, com destaque para a necessidade de se reforçar a coordenação federativa e aumentar a cooperação entre os entes federados na vigilância sanitária (DE SETA, 2007).

Nesse cenário, há que se considerar, como discute Lucchese (2001), que os riscos associados aos produtos e serviços sob controle sanitário freqüentemente ultrapassam os limites geográficos (municipais, estaduais, interestaduais e até mesmo internacionais). Esse fato reforça a necessidade de que seja estruturado um projeto político para a vigilância sanitária no país que estabeleça as competências formais/legais, principalmente as responsabilidades dos componentes do Sistema Nacional de Vigilância Sanitária (BRITO, 2007).

Essa questão fortalece o debate atual sobre a efetivação do Sistema Único de Saúde, expresso pelo Pacto pela Saúde - Pacto pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão. O Pacto pela Saúde busca superar a fragmentação das políticas e programas no âmbito do SUS, prevê uma estrutura que reforça a organização das regiões sanitárias, institui mecanismos de co-gestão e planejamento regional, fomenta a cooperação técnica entre gestores e propõe formas de aproximar as intervenções de saúde às necessidades loco-regionais. Traz uma importante contribuição quando estabelece como eixo estruturante da descentralização a regionalização solidária e a responsabilização das ações pactuadas pelos entes federados, além dos blocos de financiamento que integram várias fontes de recursos federais (BRASIL, 2006b).

Ainda no aspecto da gestão, a vigilância sanitária convive atualmente com a diversidade de desenhos organizacionais nas três esferas de governo, desde o modelo de agência reguladora a diferentes formatos dentro da administração direta das Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde. Salienta-se ainda a variedade de formas no que se refere ao escopo das competências/atribuições, em que alguns serviços incluem ações de vigilância ambiental e zoonoses, vigilância da saúde do

trabalhador e, ainda, aqueles que se estruturam no modelo de vigilância da saúde (COSTA, 2004a).

Diversos autores concordam que a vigilância sanitária tomou um maior impulso após a criação da Agência Nacional de Vigilância Sanitária: “a institucionalização da Agência foi o fato político determinante para o ingresso da Vigilância Sanitária numa nova etapa de desenvolvimento” (LIMA, 2001, p. 18).

Vários fatores são atribuídos a esse marco: o incremento financeiro; a criação de canais de comunicação com a sociedade; a maior visibilidade das ações; a estruturação do Sistema Nacional de Vigilância Sanitária; e o apoio ao processo de descentralização das ações de Visa aliada à implementação da Norma Operacional Básica publicada em 1996 (NOB/96), no que se refere a repasses regulares e automáticos a estados e municípios (SILVEIRA, 2006).

No que diz respeito ao financiamento, é preciso enfatizar a importância do Termo de Ajuste e Metas (TAM) como a ferramenta impulsionadora para o incremento financeiro das ações de vigilância sanitária voltadas para a média e alta complexidade. Vários efeitos positivos do TAM podem ser destacados, como a melhoria organizacional, estrutural e logística dos serviços de vigilância sanitária, além do avanço na representatividade política da Visa em fóruns do SUS como a Comissão Intergestores Tripartite (CIT), a Associação Brasileira de Pós-graduação em Saúde Coletiva (Abrasco), as Câmaras Técnicas e as próprias Secretarias Estaduais de Saúde. O investimento do TAM na capacitação das equipes de Visa também é reconhecido pelos estados. Entretanto, alguns aspectos negativos podem ser verificados, como a fragilidade no processo de monitoramento e avaliação dos indicadores e o não-alcance de objetivos e metas estabelecidos (BRITO, 2007).

O reconhecimento da relevância da Anvisa no processo de construção do SNVS foi determinante para a escolha do recorte desse estudo, que tem como ponto de partida esse marco, uma vez que, ao ser instituída, a Agência coloca o desenvolvimento de recursos humanos para a vigilância sanitária no centro das discussões. Os autores que estudam esse tema concordam que há uma fragilidade na formação e capacitação dos profissionais e destacam a relevância da qualificação dessa força de trabalho para que se cumpram os objetivos da Visa

definidos pelo SUS (COSTA & SOUTO, 2001; LUCCHESE, 2001; LIMA, 2001; COSTA, 2005).

Os trabalhadores de vigilância sanitária até então eram capacitados no desempenho da sua rotina de trabalho, por meio da transmissão da experiência de colegas e chefes, ou sozinhos, através da leitura de normas e manuais. Reconhece-se aqui a importância do treinamento em serviço como um importante mecanismo de aprendizagem do *saber prático* que envolve a construção do conhecimento em Visa. Contudo, observa-se que esse tipo de capacitação é realizado muitas vezes informalmente, sem preocupação pedagógica e aprendizagem crítico-reflexiva. Além disso, a formação em Visa – de nível técnico e de pós-graduação – por instituições formais de ensino era insuficiente, sobretudo nas regiões mais remotas do país (COSTA, 2005; COSTA & SOUTO, 2001). Em algumas regiões, observa-se um isolamento da Vigilância Sanitária, notadamente em relação às instâncias de produção do conhecimento e formação de profissionais, o que configura um grande problema para o aprimoramento e legitimidade de sua atuação (COSTA & SOUTO, 2001).

Essas questões referentes aos trabalhadores de Visa se agregam àquelas afetas à natureza de seu campo, tornando ainda mais complexa a gestão do trabalho e a educação dos seus profissionais.

Como mencionado anteriormente, a variedade de tipos e graus de complexidade de tecnologias envolvidas nos produtos e serviços regulados pela Visa confere a ela uma natureza de alta especialização, exigindo conhecimentos de diferentes disciplinas (LUCCHESE, 2001). Essa diversidade de formação e a demanda por diferentes conhecimentos requerem processos educativos que ultrapassem o paradigma biológico-curativista e adotem uma abordagem voltada para a proteção e a promoção da saúde (COSTA, 2005).

Nos primeiros anos de criação da Anvisa e “formalização do SNVS”,¹ enquanto um subsistema do SUS, foi colocada em pauta a discussão acerca da formulação de uma política de desenvolvimento de recursos humanos para a

¹ Pela Lei nº 9.782/99.

vigilância sanitária.² Este tema se destacou pelo reconhecimento da relevância do papel dos trabalhadores de vigilância sanitária para a efetivação das atribuições desse subsistema, objetivando buscar soluções para as questões abordadas sobre a gestão do trabalho e formação em Visa e, conseqüentemente, àquelas inerentes à área.

A PRH-Visa, em consonância com as demais políticas de saúde e seus desdobramentos em projetos e programas, “constitui-se na promoção do desenvolvimento da força de trabalho do setor”, por meio de ações que envolvem o “planejamento, a formação e capacitação, a gestão, a regulação e seu contínuo aperfeiçoamento, com vistas ao alcance da universalidade, integralidade, eqüidade das ações de saúde e aumento do controle social” (FEKETE, 2001, p. 101).

Buscando concretizar ações voltadas para os profissionais de Visa, foi criado naquele momento o Comitê de Política de Recursos Humanos (COPRH), como um espaço transversal de reflexões, debates e proposição para a temática.³

O COPRH, por meio da sua Secretaria Executiva, promoveu diversas oportunidades de reunião de atores estratégicos para a discussão do delineamento de diretrizes e de um plano de trabalho de recursos humanos para a vigilância sanitária.⁴ A criação desse comitê teve como propósito racionalizar e imprimir direcionalidade às iniciativas existentes. Esta instância provocou um amplo processo de discussão, que resultou na identificação de problemas e na definição de prioridades como o apoio ao desenvolvimento de recursos humanos de estados e municípios, o fomento à pesquisa e difusão do conhecimento, além de ações de formação e gestão do trabalho da Anvisa (FEKETE, 2001).

² Foram realizadas oficinas de trabalhos no âmbito do Conass, Opas e Abrasco visando discutir e traçar estratégias de apoio aos estados na estruturação da vigilância sanitária, notadamente na questão do desenvolvimento da política de recursos humanos. Essas atividades serão melhor descritas ao longo dessa dissertação.

³ Importante salientar, nesse ponto do estudo, que se utilizou como recorte temporal o período de existência do COPRH. Em função disso, faz-se necessário apresentar informações sobre essa instância da Anvisa.

⁴ Ao longo desse trabalho será mencionado o processo de construção, bem como o conteúdo dessas diretrizes e do plano de trabalho.

Nos capítulos seguintes serão apresentadas mais informações sobre essas iniciativas.

Apesar dos movimentos, pode-se considerar que as questões relativas à gestão do SNVS (funcionamento, organização, composição e recursos) ainda são pouco exploradas na área de Visa, sobretudo a temática de política de desenvolvimento de recursos humanos para a vigilância sanitária.

CAPÍTULO 2 - FORMULAÇÃO DE POLÍTICA DE RECURSOS HUMANOS EM SAÚDE

A política de recursos humanos em saúde envolve prioritariamente dois sistemas fundamentais: a formação e preparação de profissionais para o trabalho e a gestão do trabalho em saúde. Esses sistemas são inter-relacionados, sendo que um interfere na efetividade do outro, e constituem-se nos pilares da política de recursos humanos em saúde (BRASIL, 2003c).

A formulação e a implementação de políticas de recursos humanos em saúde no Brasil convivem com dilemas fundamentais que precisam ser administrados. As relações entre educação, trabalho e saúde têm adquirido contornos de embates ideológicos, onde os setores responsáveis pela regulação e normalização das formações, do trabalho e dos processos de trabalho, representados, na esfera federal, pelos Ministérios da Educação, do Trabalho e da Saúde, buscam firmar a primazia de um sobre outros. Na tentativa de resolver esse conflito, a Constituição Federal, em seu art. 200, previu para o Sistema Único de Saúde a competência de “ordenar a formação de recursos humanos na área da saúde” (BRASIL, 1988). No entanto, essa atribuição nunca foi entendida a contento pela área. Tanto que a Lei Orgânica da Saúde, as conferências de saúde e outros movimentos não são claros quando se referem a essa premissa institucional, o que reflete em dificuldades para definir ações direcionadas ao seu cumprimento (SANTANA & CHRISTÓFARO, 2001).

Há um entendimento de que as questões fundamentais para a consolidação do SUS são a descentralização das ações, o financiamento, o controle social e os recursos humanos. Entre elas, a “mais complexa e que vem sofrendo maior processo de desregulamentação dentro da política de reforma de estado no país é a dos recursos humanos” (BRASIL, 2002, p. 15).

Além disso, a mudança do modelo de atenção em saúde, com foco na atenção básica e na municipalização do sistema de saúde, fatores importantes para o cumprimento da premissa constitucional, dos princípios e diretrizes do SUS, trazem demandas de gestão difícil de serem superadas. A descentralização e os repasses financeiros não resolveram as dificuldades de gestão de estados, mas principalmente dos municípios, uma vez que não transferiram automaticamente capacidade gestora para essas instâncias. Ao contrário, aprofundaram problemas e criaram outros, na busca por soluções e arranjos que atendessem as necessidades do sistema de saúde vigente (PIERANTONI; VARELA; FRANÇA, 2004).

Pierantoni (2001) traz, de forma didática, três dimensões fundamentais para a área de recursos humanos, resultantes da Reforma Sanitária Brasileira, que precisam ser analisadas mais profundamente: a dimensão gerencial, voltada para a gerência dos sistemas e dos serviços de saúde; a dimensão estrutural, relacionada com o provimento e a preparação de pessoal; e a dimensão regulatória, associada à interação entre o processo de trabalho e a regulamentação profissional.

A primeira dimensão refere-se às questões que envolvem o gerenciamento de pessoas visando à efetividade da atenção à saúde. Nos debates atuais sobre a gestão do trabalho é recorrente a tensão entre estabilidade x flexibilidade dos vínculos dos trabalhadores em saúde.

A estabilidade do funcionalismo público tem origem na defesa *weberiana* de uma burocracia profissionalizada. A estabilidade profissional está ligada à estabilidade institucional e à busca de imunidade contra as ingerências políticas, a descontinuidade e o descumprimento de metas institucionais.

Já a flexibilidade procura atender à reforma administrativa do Estado, que visa soluções gerenciais para o atendimento das demandas contemporâneas de adequação às rápidas mudanças e avanços tecnológicos, onde o gerenciamento de pessoal precisa ser criativo e maleável. As relações de trabalho e a preparação de pessoas devem ser compatíveis com essa nova realidade.

Entretanto, ambas as opções têm seus pontos positivos e negativos. Enquanto a estabilidade engessa o gerenciamento, limita a criatividade e a mobilidade profissional, a flexibilização dos vínculos pode precarizar as relações,

deixando os trabalhadores descobertos dos seus direitos trabalhistas e constitucionais (NOGUEIRA, 1996). No caso da vigilância sanitária essa tensão torna-se ainda mais complicada. Por ser uma atividade exclusiva de Estado e investida do poder de polícia, parece ser a estabilidade a solução para os vínculos dos trabalhadores da área. Entretanto, pelo fato de sua ação ser voltada para o gerenciamento de riscos e por sua mediação na relação produção/consumo, essa área deve ser atualizada *pari passu* com as inovações tecnológicas e requer mobilidade, criatividade e flexibilidade no gerenciamento de seus recursos humanos. Esse conflito é motivo de muitas discussões, inclusive no que se refere à criação de Planos de Cargos, Carreiras e Salários no SUS (PCCS-SUS) onde a igualdade de direitos e a isonomia salarial são a tônica.

Outros fatores devem ser listados nessa primeira dimensão, como a diversidade de formas de remuneração (por incentivos, produtividade e procedimentos, entre outras), a dificuldade de avaliar o desempenho dos trabalhadores, a alta rotatividade, a duplicidade de vínculos no setor, a temporalidade dos contratos, a interferência política, entre outros.

Um ponto relevante nessa dimensão é a falta de um PCCS-SUS para balizar o gerenciamento de recursos humanos em saúde. O plano de cargos, carreira e salários, além da possibilidade de sanar os problemas pontuados acima, visa superar outras questões como progressão, promoção, movimentação, pisos e tetos salariais, distribuição de cargos comissionados, entre outras questões.

Salienta-se aqui que a criação de um Plano de Cargos, Carreiras e Salários para o SUS não é consenso entre os gestores e trabalhadores da saúde, uma vez que pode significar engessamento da máquina e retorno a padrões incoerentes com a atual administração gerencial. A própria peculiaridade da vigilância sanitária, que faz imposições na atuação dos trabalhadores e exige dedicação exclusiva, precisa ser considerada nesse debate.

Para tentar ultrapassar essas dificuldades, e também as referentes ao desenvolvimento de profissionais de saúde sobre as quais falaremos a seguir, a 10ª Conferência Nacional de Saúde propõe a elaboração da Norma Operacional Básica de Recursos Humanos para o SUS (NOB/RH-SUS), influenciada pela efetividade das Normas Operacionais para a gestão do SUS (BRASIL, 2002).

O documento Princípios e Diretrizes para a Norma Operacional Básica de Recursos Humanos para o SUS aponta para esse instrumento, produzido de forma participativa com representantes de sociedade organizada, e reafirma “a importância do trabalho, a necessidade de valorização dos profissionais na implantação dos modelos assistenciais e a regulação das relações de trabalho no setor Saúde” (BRASIL, 2002). A NOB/RH-SUS tem como objetivo estabelecer parâmetros para a gestão do trabalho no SUS e fornecer subsídios para a construção legitimada de uma política de recursos humanos para o SUS. Esse documento traz também princípios e diretrizes para a política de desenvolvimento dos trabalhadores do SUS.

A segunda dimensão mencionada por Pierantoni refere-se aos aspectos estruturais de recursos humanos em saúde, focados na preparação de profissionais para atender a demanda do setor.

Ressalta-se nesse item que a formação em saúde no Brasil não se mostra coerente com o sistema de saúde adotado no país. Existe um distanciamento entre os sistemas de educação e de saúde que interfere no modelo de atenção à saúde seguido pelo SUS. A formação em saúde ainda está ancorada pelo modelo *flexneriano* em que o processo saúde-doença tem um forte caráter clínico/biologicista. Além disso, as estratégias metodológicas precisam ser adequadas à pluralidade das necessidades da área de saúde.

No que se refere ao quantitativo de profissionais para atender a área, uma das dificuldades diz respeito à predominância do ensino privado e à distribuição não-equânime de escolas nas regiões brasileiras. Observa-se ainda uma lacuna de profissionais de saúde nas regiões mais periféricas do país, notadamente na região norte.⁵ Nessa relação de profissionais deve ser inserido também o gestor em saúde. A capacidade gerencial dos profissionais que coordenam as ações de saúde, em todas as esferas de governo, ainda estaria aquém das necessidades do setor.

⁵ Um item também significativo nessa dimensão é a necessidade da inclusão de profissionais de outras áreas do conhecimento no setor saúde, como administradores, economistas, engenheiros, físicos e tantos outros. A inserção desses trabalhadores na saúde requer formação específica, e nem o próprio setor saúde está preparado para qualificá-los.

Não se pode esquecer, ainda, da formação do maior contingente dos trabalhadores da área da saúde: os profissionais de nível médio. É consenso que a profissionalização desses trabalhadores é fundamental para a consolidação do modelo de atenção que se busca e do Sistema Único de Saúde. As dificuldades descritas para a formação dos profissionais de nível superior são também encontradas na formação dos profissionais de nível médio.

Na área de vigilância sanitária essas questões são bastante relevantes. Por ser uma área de conhecimento científico em construção, por se localizar na intercessão de várias disciplinas, pela sua natureza abrangente e complexa, entre outros aspectos, as restrições mencionadas para a formação profissional tornam-se ainda mais profundas.⁶

Portanto, para alguns autores, o propósito do desenvolvimento de RH para a saúde deve ser colocar um instrumento de transformação ao alcance dos trabalhadores de saúde, que se dispõem a sair da condição de objetos para sujeitos, que problematizam sua realidade e se colocam como agentes ativos de transformação (ROVERE, 1993).

A terceira dimensão apontada é aquela que faz menção a aspectos regulatórios, à interação entre os diversos sistemas que envolvem a questão de recursos humanos em saúde. A necessidade de espaços de intersectorialidade com várias outras políticas sociais como a educacional, que determina a formação dos profissionais da área, a administrativa e a jurídico-legal, que regula as relações de trabalho e as profissões, é imprescindível para a efetividade e a legitimidade das ações voltadas para os recursos humanos em saúde. A regulação da formação e do exercício profissional em saúde é fundamental para assegurar a governabilidade⁷ e a efetividade do SUS.

A política de recursos humanos em saúde, que abrange as políticas de RH dos subsetores do SUS, entre elas a de vigilância sanitária, deve considerar essas

⁶ Nesse particular, merecem destaque na referida dimensão a produção do conhecimento e a formação de docentes e pesquisadores para a saúde, consideradas numa fase incipiente diante do tamanho da demanda da área.

⁷ Governabilidade, segundo Carlos Matus (1987), refere-se à relação entre as variáveis que o ator controla e as que ele não controla.

dimensões apontadas. Segundo a autora citada, “as intervenções realizadas na área da saúde foram capazes de modificar, de forma irreversível, organizações estatais e reorganizar pactos federativos e sociais, mas não alcançaram, de forma similar, os responsáveis pela execução dessas políticas – os recursos humanos (RH)” (PIERANTONI, 2001, p. 342).

CAPÍTULO 3 - ELEMENTOS CONCEITUAIS E TEÓRICOS

3.1. POLÍTICA

A falta de uma teoria de produção social que apóie a análise das realidades faz com que cada um produza a sua própria síntese situacional baseado nas suas intuições e experiências (MATUS, 1987). Descrever, portanto, esse momento vivido pelo Sistema Nacional de Vigilância Sanitária referente ao desenvolvimento da sua força de trabalho à luz de uma teoria é deslocá-la das percepções individuais e personificadas para um lugar que a qualifique como um fato histórico, dotado de caráter científico.

O termo política pode ser empregado para designar “a esfera das ações que têm relação direta ou indireta com a conquista e o exercício do poder último (supremo ou soberano) sobre uma comunidade de indivíduos em um território” (BOBBIO, 2003, p. 137). Assim, para entender a política é imprescindível considerar as relações de poder entre grupos e indivíduos. O poder pode ser definido como sendo a “capacidade de um sujeito influir, condicionar e determinar o comportamento de outro indivíduo” (BOBBIO, 2003, p. 137) e classificado, de acordo com os meios para atingir os fins desejados, como poder político, poder econômico e poder ideológico.

“Toda ação política é uma ação social em duplo sentido: interindividual e grupal. Mas nem toda ação social é política” (BOBBIO, 2003, p. 142). A ação social pode estar inserida em outras esferas, como, por exemplo, na esfera econômica ou ideológica. Entretanto, é importante salientar que a divisão desses poderes existe, mas as linhas que os separam são tênues e há articulação entre eles.

Ao tratar de política e direito, “o que torna eficazes as leis não é a palavra da lei, mas sim o poder de quem tem em suas mãos a força de uma nação” (BOBBIO, 2003, p. 151). Essa frase remete ao que este autor define como “poder autorizado” e

legítimo, reconhecido quando exercido por justa razão e por quem está autorizado por uma norma ou conjunto de normas a exercê-lo. No caso da saúde, essa política pública pode ser assim definida:

Resposta social (ação ou omissão) de uma organização (como o estado) diante das condições de saúde dos indivíduos e das populações e seus determinantes, bem como em relação à produção, distribuição, gestão e regulação de bens e serviços que afetam a saúde humana e o ambiente (PAIM & TEIXEIRA, 2006, p. 74).

Esses autores incluem nessa definição duas dimensões: a do poder em saúde, que remete à tomada de decisão – *politics* –, e a da esfera das diretrizes, planos e programas em saúde – *policy* (PAIM, 2003).

As definições acima ajudam a buscar respostas para algumas perguntas que permeiam esse estudo como, por exemplo: existe uma política *formulada* de recursos humanos para a vigilância sanitária? Essa política chegou a ser implementada?

3.2. FORMULAÇÃO DE POLÍTICA DE SAÚDE E PLANIFICAÇÃO

O “ciclo de vida” de desenvolvimento de uma política envolve fases distintas, entre elas a formulação e a implementação (VIANA, 1997). Nesse estudo, será priorizada a fase de formulação da política, assim definida:

El proceso mediante el cual la autoridad política establece los objetivos generales que pretende alcanzar y los medios a través de los cuales se deberá actuar para lograrlo, así como la anunciación de ambos en términos claros y precisos (CPPS/OPAS, 1975, p. 35).

Considerando-se o foco na formulação de política de recursos humanos, área-meio do trabalho em Visa, cabe destacar que

las demandas políticas en el proceso político en salud pueden no estar directamente relacionadas con las necesidades de salud... en realidad las decisiones políticas más frecuentes y las que generan más conflictos, se refieren a los medios (organización, recursos y regulaciones funcionales) y no los fines (servicios y salud) (CPPS/OPAS, 1975, p. 29).

Essas definições apontam para o planejamento de ações, isto é, o “*cálculo que precede y preside la acción*” (MATUS, 1987, p. 26). Destaca-se essa afirmação para colocar como ponto de referência das análises que envolvem esse trabalho a formulação de políticas planejadas de recursos em Visa para estados e municípios.

A planificação de ações influencia a organização das práticas de saúde, tornando-as coerentes com diretrizes institucionais e fornecendo subsídios para a implementação das políticas de saúde: “as práticas de planejamento estariam dirigidas a organizar práticas de saúde, uma das formas de implementar políticas de saúde” (VILASBÔAS & PAIM, 2008).

Muito se refletiu sobre a questão da planificação em saúde nos anos subseqüentes à publicação desse texto do Centro Pan-Americano de Planificação em Saúde (CPPS) e faz-se pertinente atualizar algumas definições e elementos que compõem as etapas apresentadas, bem como a abordagem em que elas se situam. Para isso utilizaremos como referência as teorias de Carlos Matus e Mario Testa, como enfoque e método de planificação em saúde.

Mario Testa, motivado pelo desprestígio da planificação diante dos fracassos nas tentativas de transformações sociais de países da América Latina, formula o que denominou de pensamento estratégico. Define-o como “comportamentos organizacionais destinados ao manejo de situações em que seja preciso superar obstáculos que se oponham à conquista de um objetivo” (TESTA, 1995, p. 15). Esclarece que o pensamento estratégico é mais que uma maneira de alcançar a meta:

A estratégia não é uma maneira de alcançar a meta, mas uma maneira de se colocar em situação de se aproximar para alcançar a meta: ganhar espaço, ganhar tempo, estabelecer condições favoráveis ao nosso próprio desempenho... (TESTA, 1995, p. 15).

Refere-se a Beufre, segundo o qual a estratégia seria “uma manobra destinada a ganhar liberdade de ação” (TESTA, 1995, p. 15). Portanto, entende o

planejamento mais como um pensamento estratégico, como enfoque e não como método. Indica um modo de entender os problemas de saúde e os processos de planejamento voltados para o comportamento dos atores sociais, enfatizando as relações de poder e considerando as ações de saúde também como práticas ideológicas (GIOVANELLA, 1990).

Nessa perspectiva, traz definições importantes de serem consideradas nesse estudo: a política, como uma proposta de distribuição de poder, e a *estratégia* para além de uma forma de implementação de uma política. Segundo ele, a política pode emergir como o objetivo da estratégia, como esta pode ser vista como o instrumento da política, interagindo “em um diálogo circular” (TESTA, 1995, p. 23).

Uma vez que o foco deste trabalho está voltado para a descrição da formulação de política, tomando como referência o pensamento estratégico, é relevante entender a questão da relação de poder tratada por ele. O poder é colocado nessa abordagem como fator central nas análises das organizações e fundamental na capacidade transformadora dos sujeitos (SANTOS, 2007).

Para Testa, o poder é encarado como uma ação consciente, exercida por aqueles que buscam a liberdade. Assim, as relações de poder no campo da saúde podem ser expressas em três âmbitos distintos: o poder administrativo – que atua no nível do manejo dos recursos –, o poder técnico – que atua no funcionamento do setor saúde –, e o poder político – que se apresenta para a defesa dos interesses dos grupos envolvidos no setor, na mobilização de grupos sociais.⁸

O momento institucional de formulação da política em questão, que corresponde aos primeiros anos de existência da Anvisa e formalização do SNVS, merece destaque, uma vez que é relevante analisar os fatores que determinam o comportamento das instituições e grupos sociais a que as políticas são dirigidas (PUENTES-MARKIDES & HURTADO, 1994). Por isso, torna-se interessante identificar as demandas políticas que motivaram o movimento de reflexões e

⁸ Embora com ênfase distinta, Carlos Matus também valoriza a estratégia, ao entender a planificação como “*la constante e incesante articulación da estrategia y la táctica que guía nuestra acción en el día a día... es una mediación entre el conocimiento y la acción*” (MATUS, 1987, p. 360).

debates acerca do tema, partindo da premissa de que *“planteada una demanda política, los agentes sociales interesados buscarán darle el más alto contenido tensional posible para que sea admitida y procesada por el subsistema político formal de salud...”* (CPPS/OPAS, 1975, p. 27).

Esse texto do CPPS aponta a formulação da política como *“componente essencial y primário del proceso de planificación”* (CPPS/OPAS, 1975, p. 33) e ressalta que não é possível planejar sem uma formulação de política adequada. No processo de formulação de política caberia à autoridade política estabelecer os objetivos e metas a serem atingidos e os meios para alcançá-los. Não menos importante é a publicização clara e precisa desses itens (PAIM, 1997).

Partindo da definição de formulação de políticas mencionado acima, o texto acrescenta que é fundamental que as políticas de saúde sejam bem formuladas e originem ações sólidas e coerentes, apontando para um planejamento que expresse as decisões em planos, programas e projetos que conduzam às ações propostas. Nesse sentido, apresenta os seguintes passos para a formulação de políticas:

Figura 1: Esquema da Formulação de Políticas de Saúde (CPPS/Opas)



1 - Definição da imagem-objetivo

A definição da imagem-objetivo refere-se à visão de futuro, à situação futura desejada que norteará todo o processo de formulação da política. Paim (1997) ressalta que, em sua gênese, a imagem-objetivo envolve a ideologia e o conhecimento da situação de saúde. Esses elementos precisam ser levados em conta na construção desse futuro almejado.

2 - Formulação de proposições

A etapa seguinte, de formulação das proposições, é construída a partir da imagem-objetivo e da situação atual. Assim, as políticas apontam para um caminho entre a situação presente e a imagem-objetivo. É nesse momento que são definidos os objetivos específicos, prazos e meios para se chegar ao futuro desejado. O texto dispõe de algumas orientações que buscam evitar incoerências, contradições, avanços e retrocessos, que são:

- o reconhecimento do macro-problema que envolve a imagem-objetivo;
- a identificação e definição dos problemas analisados à luz da situação desejada e de acordo com a situação atual (tempo político, por ex.);
- a seleção de soluções de acordo com critérios políticos, técnicos e administrativos;
- o estabelecimento de prioridades dentre os problemas e as soluções selecionados;
- a construção de proposições políticas, definindo objetivos e meios de alcançá-los, levando em consideração as prioridades estabelecidas.

3 - Análise das proposições

Após a formulação das proposições, é imprescindível a análise das propostas elaboradas, em três dimensões: análise de factibilidade, análise de coerência e análise de viabilidade das proposições.

Na análise de factibilidade analisa-se a eficácia e eficiência de cada proposta definida. Nessa fase serão apreciados de forma crítica a tecnologia disponível, os recursos disponíveis, além da organização técnico-administrativa e técnico-operacional adequada.

Na análise de coerência verifica-se a coerência interna – compatibilidade das propostas com a política de saúde de âmbito geral – e a coerência externa – com o

conjunto de políticas nacionais, sobretudo aquelas que, de alguma forma, influem ou são influenciadas pelas proposições definidas.

Já a análise de viabilidade procura conhecer o impacto das proposições nos grupos sociais que envolvem a política em formulação, bem como seus interesses, apoio ou resistências a elas.

4 - Desenho estratégico

Essa etapa compreende à identificação de meios, intensidades e oportunidades de ação de acordo com o apoio e/ou resistências advindas dos grupos sociais envolvidos. Para o desenho das estratégias, consideram-se as relações de poder existentes na situação em que a política se insere.⁹

5 - Formalização da política

A formulação da política se completa com o momento de formalização das proposições por meio de documentos que as apresentem de forma clara e consistente. Importante salientar que as fases anteriores são imprescindíveis e os documentos formais da política deverão expressar o resultado dessa construção. As políticas podem ser formalizadas por meio de instrumentos jurídicos ou, nos âmbitos técnico-administrativo e técnico-operacional, expressas em planos, programas e projetos.

Relevante salientar nesse ponto que, de acordo com a formalidade da aplicação do planejamento, esta ação pode se configurar de duas formas: por desenho estruturado, formal; ou por outro não-estruturado, de caráter mais informal (VILASBÔAS & PAIM, 2008).

⁹ A estratégia pode ser definida ainda como a “forma de implementação de uma política”, de modo que, numa visão mais funcionalista, “a política é o objetivo e a estratégia o instrumento para alcançá-la” (TESTA,1995, p. 22).

O componente tecnológico das práticas de planejamento, constituído por saberes operantes e saberes práticos, pode assumir a conformação de um cálculo sistemático, articulando o conhecimento com a ação e o presente com o futuro. A depender do grau de formalização do cálculo, poderá haver várias formas de expressão tecnológica das práticas de planejamento: um formato estruturado, mediante procedimentos formalizados para a elaboração de propostas de ação cotejadas com a análise da situação, fundamentadas em análises de coerência, suficiência e viabilidade das proposições; um formato não-estruturado, constituindo-se como um cálculo estratégico sistemático, sem atender a requisitos de formalidade (VILASBÔAS & PAIM, 2008, p. 1240).

Ainda segundo esses autores, as práticas não estruturadas de planejamento são práticas “mais flexíveis e informais, no sentido de não disporem de uma estrutura metodológica bem definida, mais próxima da noção de cálculo estratégico e de ação comunicativa”¹⁰ (VILASBÔAS & PAIM, 2008).

No caso específico da planificação de recursos humanos para a saúde, na perspectiva do pensamento estratégico, trata-se do desenvolvimento teórico-conceitual e metodológico da reflexão e cálculo dos sujeitos que, individual ou coletivamente, participam tomando decisões em todo o processo de gestão do trabalho e formação dos profissionais de saúde, visando atender ao modelo de atenção vigente (ROVERE, 1993).

O processo de desenvolvimento de recursos humanos para a saúde compreenderia todo o processo de educação de pessoas e grupos, da educação formal à capacitação realizada ao longo da vida profissional. Todo esse processo é determinado por fatores econômicos, sociais e culturais. Assim, a planificação estratégica de recursos humanos para a saúde pode ser definida como um planejamento de intervenções que diferentes atores ou forças sociais realizam sobre o processo de desenvolvimento de RH para a saúde. Nessa abordagem, o desenvolvimento de RH em saúde é considerado um objeto dinâmico e de transformação socialmente determinada por diversos fatores já mencionados (ROVERE, 1993).

¹⁰ Ainda assim, os referidos autores manifestam certa preocupação sobre a não institucionalização de práticas estruturadas de planejamento que podem impactar desfavoravelmente no processo, deixando de oferecer o apoio necessário às ações sistemáticas de programação, monitoramento e avaliação das atividades realizadas pelas instituições (VILASBÔAS & PAIM, 2008).

Vale ressaltar que a formulação e a implementação da política de recursos humanos em saúde não prescindem da planificação das ações que a envolve. Ao contrário, a planificação entendida como um direcionamento das ações humanas com vistas a uma finalidade pretendida interage com a formulação de política de forma intrínseca, tornando-se necessária (VILASBÔAS & PAIM, 2008).

Ao ser o braço da política que opera práticas racionalizadoras para fazer com que se realizem projetos sociais dados, através da produção social, em que se inclui a da assistência à saúde, o planejamento expressa-se como um saber operante, tecnológico, cuja ação estratégica está em realizar aquele projeto. Inspirados na idéia foucaultiana do poder como a ação de determinados sujeitos sobre as ações de outros (...), afirmaremos que o planejamento e gestão, "technicalizando a política", desenvolvem saberes operantes de sua ação que representam tecnologias de poder, ferramentas de exercício de poderes, porque facultam modos de agir sobre as ações de outros. Relembremos que, no caso do gestor público, tal poder reside em sua legitimação social como agente do Estado, gerente (agente da empresa) e, ainda, profissional da saúde (agente da ciência) (SCHRAIBER et al., 1999, p. 233).

CAPÍTULO 4 - PERCURSO METODOLÓGICO

4.1. DESENHO DO ESTUDO E PROCEDIMENTOS TÉCNICOS DE COLETA, PROCESSAMENTO E ANÁLISE DOS DADOS

Foi realizado um estudo de caso único, de caráter descritivo e exploratório. O recorte temporal se circunscreve ao período de 2000 a 2006, que compreende a existência do Comitê de Política de Recursos Humanos para a Visa (COPRH).

Foram utilizados como fontes de evidências documentos, publicações, registros de arquivos de computador, informações disponíveis na internet, gerados no âmbito da Anvisa, além de entrevistas semi-estruturadas com informantes-chave.

Os textos que subsidiaram o estudo se encontram em formato de documentos institucionais, portarias, termos de referência e relatórios de oficinas de trabalho e seminários, boletins informativos da Anvisa e relatórios de gestão do COPRH e da Anvisa.

Utilizaram-se também informações constantes nas publicações do relatório final da Conferência Nacional de Vigilância Sanitária, da Conferência Nacional de Gestão do Trabalho e Educação em Saúde, do Plano Diretor de Vigilância Sanitária (PDVISA), além de outras. O Pacto pela Saúde, sobretudo o Pacto de Gestão e as normas atuais que prevêm diretrizes para a gestão do trabalho e educação em saúde, também foram consultados.

No caso das entrevistas semi-estruturadas, realizadas com profissionais envolvidos com a construção dessa política (Apêndice 1), tiveram como guia um roteiro previamente elaborado (Apêndice 2) sem, no entanto, limitar a liberdade de expressão dos entrevistados ou a possibilidade de aprofundar questões importantes que surgiram naquele momento.

Os profissionais entrevistados foram considerados informantes-chave, por sua participação estratégica (política – técnica – administrativa) na questão de RH para a vigilância sanitária. Nessa perspectiva, foram entrevistados os diretores-presidentes da Anvisa do período do estudo e um dos diretores que integrou a Diretoria Colegiada da Anvisa, que supervisionou o COPRH. Além desses profissionais que compunham o poder decisório da instituição, foram entrevistados assessores que atuaram na coordenação das ações do COPRH. Entrevistou-se também o coordenador da câmara técnica de Visa do Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass) – instância representativa dos estados nas discussões de assuntos no âmbito da Vigilância Sanitária.

Para o processamento, consolidação e análise dos dados coletados foram utilizadas matrizes de análise para as quais foram transferidos fragmentos de entrevistas e de documentos relacionados com as dimensões e subdimensões expressas no Apêndice 3.

Para a análise dos dados foi utilizada a técnica de condensação de significados (KVALE, 1996), que consiste na síntese de significados encontrados no conteúdo, principalmente das entrevistas e documentos analisados, mas também de idéias e percepções registradas. Esses significados foram descritos de forma condensada, porém sem perder a essência original, transformando longos trechos de textos em notas mais curtas, possibilitando sistematizar e facilitar o trabalho de análise.

Importante destacar que essa abordagem metodológica se baseia numa hipótese interpretativa, mas com a objetividade que permite obter a imparcialidade exigida pelo método científico.

Essa etapa do estudo foi composta por dois momentos: o primeiro, de classificação dos dados nas categorias de análise e condensação de significados. O segundo, de interpretação dos significados.

A primeira fase permitiu proceder à classificação e à condensação dos trechos dos documentos e das entrevistas de forma particularizada.

Assim, para cada documento ou entrevista analisada foi aplicada uma matriz de classificação e condensação de significados, de acordo com o modelo abaixo.

QUADRO 1 - MATRIZ DE CONDENSAÇÃO DE SIGNIFICADOS

DOCUMENTO: REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA:			
CONTEXTO (político/econômico/social/cultural)			
DIMENSÃO:			
UNIDADE DE ANÁLISE (Trecho de documento ou de entrevista)	SUBDIMENSÕES	EIXO (Ponto focal)	CONDENSAÇÃO DE SIGNIFICADOS

Na segunda fase, procurou-se agrupar todos os documentos e entrevistas em uma única matriz, buscando visualizar todos os significados dentro de uma mesma categoria de análise (dimensões e subdimensões). Esse procedimento possibilitou a aproximação dos trechos e significados e permitiu apreciá-los sob um ponto de vista referenciado nos marcos teóricos e nas perspectivas do estudo, especialmente as coerências, consensos e dissensos, facilitando assim a interpretação. Para esse momento foi utilizada a matriz a seguir.

QUADRO 2 - MATRIZ DE INTERPRETAÇÃO DE SIGNIFICADOS

DIMENSÃO:				
SUBDIMENSÕES				
UNIDADE DE ANÁLISE (Trecho do documento)	FONTE	EIXO (Ponto focal)	CONDENSAÇÃO DE SIGNIFICADOS	INTERPRETAÇÃO DE SIGNIFICADOS

4.2. ASPECTOS ÉTICOS

O projeto da investigação foi submetido ao Centro de Gestão do Conhecimento Técnico-científico (CGTEC) da Anvisa – área que tem a atribuição de participar da formulação e da implementação da política de gestão da educação, do conhecimento e do trabalho para o SNVS –, com o intuito de dar ciência dos propósitos e escopo do trabalho, além de possibilitar o acesso a documentos, arquivos e outras fontes de dados de posse desse Centro. Foi, também, apresentado à Comissão de Ética em Pesquisa do Instituto de Saúde Coletiva da UFBA e aprovado por ela. Todos os participantes da pesquisa foram informados dos objetivos e dos direitos de participação voluntária; garantia do sigilo de sua identidade; direito de recusar-se a responder qualquer questão; e de desistir de participar da pesquisa em qualquer de suas fases. Todos os participantes da pesquisa assinaram o ofício de consentimento livre e esclarecido.

CAPÍTULO 5 - RESULTADOS

Os documentos analisados expõem a situação da força de trabalho da área de Vigilância Sanitária no período definido para esse estudo, no que se refere à gestão do trabalho, mas principalmente ao desenvolvimento de seus profissionais.

Para esse estudo, como explicitado no capítulo que descreve o percurso metodológico, foram utilizados como fontes de dados documentos gerados no âmbito da Anvisa e entrevistas com informantes-chave. A análise dos dados coletados indicou que não há referência formal de Política de Recursos Humanos em Vigilância Sanitária para estados e municípios configurada em documento, norma ou resoluções.

Diante dessa constatação, cabe lembrar que a política pública em saúde pode ser entendida como uma resposta social de ação ou omissão do Estado (e as instituições que o compõem) diante da situação de saúde (PAIM & TEIXEIRA, 2006). Portanto, é relevante destacar que a não formulação de uma determinada política pode tratar-se, também, de uma política.

Na política em questão – de RH em Visa –, as análises sugerem que foi tomada a opção pela omissão da política, uma vez que existiam outras prioridades no período estudado (2000 a 2006) na busca por edificar a “nova” organização que nascia, a Anvisa. Essa afirmação é comum nos relatos dos entrevistados. Havia muito a ser feito no sentido de estruturar os processos de trabalho, fluxos, compor quadros de pessoal, organizar a gestão da Anvisa e do SNVS, pensar o financiamento das ações, entre outras demandas.

Existia a clareza dos dirigentes da Anvisa sobre os problemas afeitos à gestão do trabalho em Visa, à formação e qualificação de seus profissionais, além da fragilidade na produção do conhecimento em vigilância sanitária. Por isso, nos discursos era enfatizada a importância do debate acerca das questões de recursos humanos. Mas, na prática, as prioridades dos dirigentes da Anvisa naquele

momento eram outras. No entanto, por considerarem a questão de extrema importância, foi dada “carta branca” para que as reflexões e as iniciativas na área de recursos humanos em Visa fossem acontecendo. Pode-se dizer, assim, que os primeiros movimentos da Anvisa em direção a uma política de Recursos Humanos foram mais desencadeados pelo nível técnico-administrativo ou gerencial do que pelo político.

Neste estudo foi feito um esforço de identificar nas fontes de dados examinadas certos indícios de política explícita de recursos humanos em Visa (PRH-Visa) para estados e municípios. Buscou-se, também, por meio das fontes investigadas, reconhecer os problemas existentes e analisar a situação do período do estudo.

5.1. DESCRIÇÃO DA SITUAÇÃO E DOS PROBLEMAS RELATIVOS A RECURSOS HUMANOS EM VISA NO PERÍODO DE 2000 A 2006

O documento da I Conferência Nacional de Vigilância Sanitária (Conavisa) faz um diagnóstico da força de trabalho da área de Visa que aponta para a carência de profissionais em termos quantitativos e qualitativos e identifica também a ausência de planos de carreira e de uma política de RH para a Vigilância Sanitária que abranja todo o SNVS. Ressalta, ainda, a não-priorização, por parte dos gestores das três esferas de governo, da busca de soluções para os problemas identificados.

Reconhece o “insignificante investimento em pesquisa e desenvolvimento tecnológico, o que impede a redução da defasagem de conhecimento entre a vigilância sanitária e o setor produtivo”¹¹ (BRASIL, 2001, p. 32). Cita a dificuldade de operacionalização dos processos formativos para a área de Visa em função da heterogeneidade de perfis de formação dos trabalhadores, a complexidade e

¹¹ Esta afirmação remete para a necessidade de formulação e implementação de processos formativos que atualizem e qualifiquem os trabalhadores da Vigilância Sanitária de todos os níveis de governo.

abrangência do campo, a fragilidade do marco teórico conceitual, bem como as “constantes mudanças no processo de trabalho e nas concepções de controle sanitário, em face da incorporação de novas tecnologias que podem agregar novos riscos à saúde da população e ao meio ambiente” (BRASIL, 2001, p. 33), entre outros fatores.

De um modo geral, os documentos analisados reconhecem que as ações de Visa são “voltadas prioritariamente para o atendimento à demanda espontânea e às denúncias, com planejamento e programação de ações pouco sistemáticas” (BRASIL, 2001), o que gera duplicidade de ações e inconsistências. Esse fato se configura em um obstáculo para a formulação de políticas da área, inclusive a política de recursos humanos.

Somados a isso, o “despreparo e pouca qualificação de gestores municipais e estaduais para coordenar o processo de descentralização da Vigilância Sanitária” (BRASIL, 2001, p. 34) e a dificuldade na gestão e desenvolvimento de recursos humanos resultam em processos de qualificação “fragmentados, insuficientes, desconectados com os serviços e processos de trabalho” (BRASIL, 2001, p. 35).

Cabe explicar que as conferências nacionais de saúde são instrumentos de controle social do SUS e que seus debates e propostas representam os anseios da sociedade, que nem sempre coincidem com o discurso institucional. Na construção de políticas de saúde podem expressar o discurso contra-hegemônico, uma vez que refletem embates entre forças político-ideológicas e as práticas institucionais. Constituem espaço de diagnóstico, negociação e legitimação de propostas, projetos e políticas.

A partir dessa Conferência, foi realizado o Censo Visa, em 2004, com a finalidade de caracterizar a força de trabalho da Vigilância Sanitária, buscando construir subsídios para a formulação da política de Recursos Humanos em Vigilância Sanitária.

É importante ressaltar que a realização do Censo caracterizou-se como uma iniciativa para conhecer e valorizar os trabalhadores de Visa, na perspectiva de um novo modelo de gestão de pessoas e de ordenamento do sistema. Embora o tema e as informações necessárias à gestão não tenham sido esgotados, espera-se que os dados levantados revelem os pontos críticos para a implementação de uma política de recursos humanos e que suscitem discussões sobre as transformações necessárias à consolidação do Sistema de Vigilância Sanitária no país” (BRASIL, 2005c, p. 15).

O Censo Nacional de Vigilância Sanitária revelou que, entre os 32.135 trabalhadores dessa área, 10.447 eram de nível superior e 21.590 de nível médio/elementar. O maior percentual de trabalhadores de Visa (67%) concentra-se na esfera municipal – sendo que a maioria destes profissionais está vinculada aos municípios com menos de 20 mil habitantes –, seguido da esfera estadual (17%) e da federal, com 15,6% do total de trabalhadores. Na Tabela 1 observa-se a existência de trabalhadores de Visa em 4.814 municípios e em todos os estados e no Distrito Federal.

Tabela 1 – Número de estados e municípios com trabalhadores de Vigilância Sanitária. Brasil, 2004.

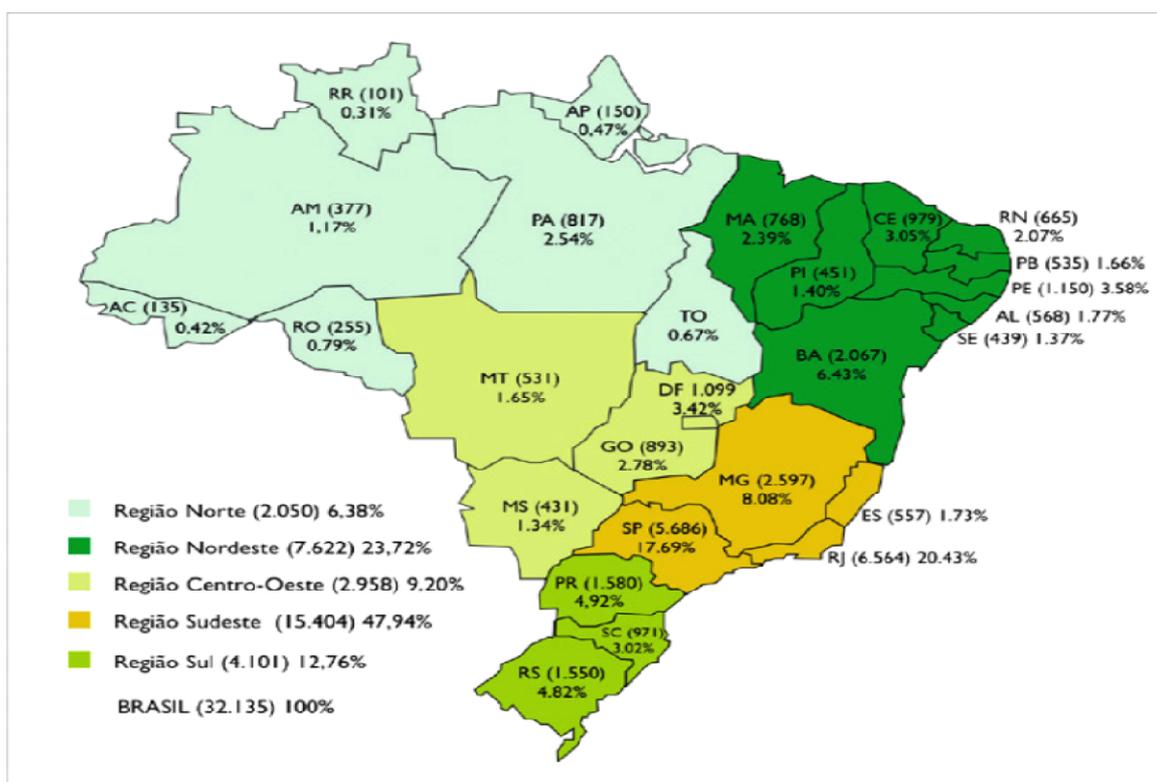
Unidade territorial	Nº de estados e municípios com trabalhadores de Visa
Estados/Distrito Federal	27
Municípios	4.814
Municípios-capitais	26
Municípios com menos de 20 mil hab.	3.016
Municípios com 20 a 50 mil hab.	929
Municípios com 50 a 100 mil hab.	317
Municípios com 100 a 200 mil hab.	119
Municípios com 200 mil hab. ou mais	88
Sem informação municipal	319

Fonte: Censo Nacional dos Trabalhadores de Vigilância Sanitária, Anvisa, 2004

Além da inexistência de profissionais de Visa em 13% dos municípios brasileiros e a diversificada distribuição geográfica dos seus trabalhadores, o Censo registra a fragilidade dos vínculos de trabalho, os baixos salários, a acumulação de

empregos dentro e fora da Visa, podendo suscitar conflito de interesses, além da frágil qualificação dos profissionais (BRASIL, 2005c). A distribuição de pessoal é desproporcional se considerarmos “a complexidade dos processos produtivos e sociais que neles ocorrem” (BRASIL, 2005c), como mostra a figura abaixo.

Figura 2 – Frequência e percentual de trabalhadores de Vigilância Sanitária, por estados e regiões. Brasil, 2004.

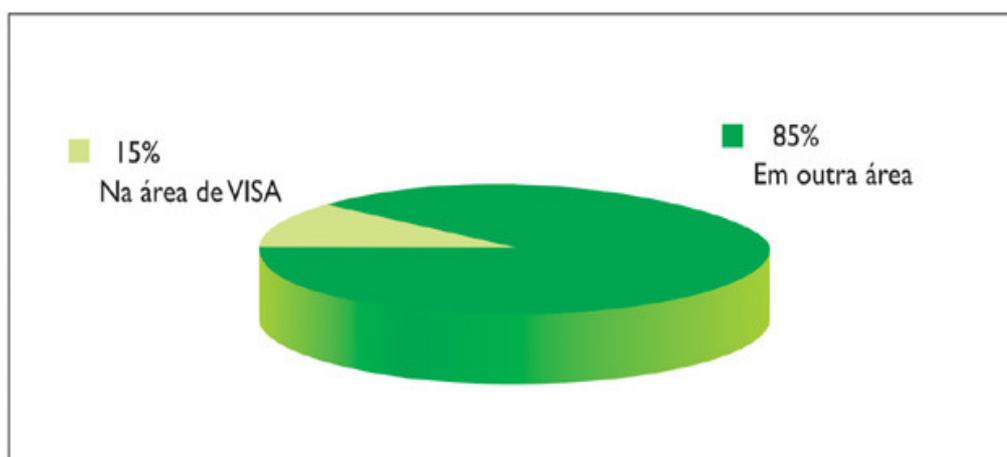


Fonte: Censo Nacional dos Trabalhadores de Vigilância Sanitária, Anvisa, 2004

Uma das dificuldades para o provimento de pessoal nessa área diz respeito à remuneração prevista para os profissionais, que não condiz com as exigências e limitações da sua atuação (impedimento de assunção de cargos e responsabilidades técnicas em setores e estabelecimentos regulados pela Visa, exigência de alta especialização, trabalhadores responsáveis judicialmente por suas ações, necessidade de dedicação exclusiva, etc.). O fato de 85% dos profissionais de Visa informarem ter outro trabalho, buscando complementação salarial, pode gerar conflitos de interesse no desempenho das atividades de vigilância, uma vez que o

segundo vínculo, na grande maioria, se efetiva em setores e estabelecimentos regulados pela Visa (BRASIL, 2005c).

Gráfico 1 – Percentual dos trabalhadores de Visa com outra ocupação remunerada na área de Vigilância Sanitária ou em outra área. Brasil, 2004.



Fonte: Censo Nacional dos Trabalhadores de Vigilância Sanitária, Anvisa, 2004

A baixa remuneração praticada pela Visa é assinalada como um dos motivos da alta rotatividade de pessoal no setor, uma vez que os profissionais, sobretudo os de nível superior que apresentam bom nível de qualificação, são captados pelo mercado pela oferta de melhor salário (BRASIL, 2005c). O documento considera a hipótese de que a rotatividade dos profissionais na área se deve, também, à não realização de concursos públicos e à inexistência de planos de cargos, carreiras e salários (PCCS).

Esse quadro de remuneração insuficiente e a precarização do trabalho, aliado à ausência de incentivos e à falta de mecanismos de fixação dos trabalhadores, leva à migração para outras áreas e responde pela alta rotatividade existente nos serviços, impedindo que haja acúmulo de conhecimentos e a construção da inteligência sanitária (BRASIL, 2005c, p. 69).

Uma questão proeminente nos documentos analisados é a ausência de discussão de propostas relativas à gestão do trabalho em Visa. Mesmo diante da ênfase da necessidade de implementação de planos de cargos, carreiras e salários, definição de diretrizes para contratação de pessoal, concurso público, construção de

carreiras, entre outras ações, fica claro que a preocupação, naquele período, centrava-se no componente da qualificação e formação dos profissionais, em detrimento de outras dimensões como a gestão do trabalho.

No que se refere à escolaridade dos profissionais que compõem a área de Vigilância Sanitária, o Censo mostrou que 67,3% do total de trabalhadores são de nível médio e 59,1% são de nível superior. A existência desse grande contingente de profissionais de nível médio/elementar configura um problema para a efetividade das ações de Visa e abre uma demanda por qualificação e formação desses trabalhadores (BRASIL, 2005c).

Tabela 2 - Frequência e percentual de trabalhadores da Vigilância Sanitária, por nível de instrução do cargo, segundo a esfera do vínculo de contrato de trabalho. Brasil, 2004.

Esfera do vínculo do contrato de trabalho	Nível de instrução do cargo			
	Nível médio/elementar		Nível superior	
	Frequência	%	Frequência	%
TOTAL	21.590	100,0	10.447	100,0
Federal	4.102	19,0	902	8,6
Estadual	2.906	13,5	2.548	24,4
Municipal	13.003	60,2	6.177	59,1
Municípios-capitais	1.188	5,5	1.357	13,0
Municípios com menos de 20 mil hab.	4.485	20,8	1.717	16,4
Municípios com 20 a 50 mil hab.	2.680	12,4	1.018	9,7
Municípios com 50 a 100 mil hab.	1.560	7,2	662	6,3
Municípios com 100 a 200 mil hab.	1.138	5,3	484	4,6
Municípios com 200 mil hab. ou mais	1.854	8,6	909	8,7
Sem informação municipal	99	0,5	30	0,3
Outros tipos de vínculo não informados por esfera	1.311	6,1	669	6,4
Mais de um tipo de vínculo do contrato de trabalho	150	0,7	114	1,1
Vínculo não informado	118	0,5	37	

Notas: 1. Os totais de trabalhadores (NM/NE e NS) correspondem àqueles que responderam a esse item.
 2. Considera-se nível de instrução do cargo o nível de escolaridade exigido pelo cargo.
 3. 98 trabalhadores não declararam o nível de instrução do cargo.

Ficou evidente que a Vigilância Sanitária é composta por profissionais de diversas formações. Essa característica é positiva, uma vez que a abrangência da área exige a atuação de profissionais de diversas áreas do conhecimento.

É importante destacar que 62,8% do total de trabalhadores informaram ter poder de polícia, sendo que a maioria destes é oriunda do segmento de nível médio/elementar. Esse fato é também “bastante crítico em termos de organização do sistema, uma vez que existem apenas 19.319 trabalhadores em todo o país habilitados para a inspeção e seus desdobramentos legais, como autuações e aplicação de penalidades” (BRASIL, 2005c).

Além disso,

A natureza do trabalho em Vigilância Sanitária e a complexidade dos processos produtivos e tecnológicos envolvidos nas diversas áreas sobre as quais ela deve atuar (...) exigem que o trabalhador esteja permanentemente atualizado, conjugando novos conhecimentos técnicos com experiência acumulada (BRASIL, 2005c, p. 63).

Afirmações como esta, ratificando a importância da formação e capacitação de RH na área de Visa, aparecem em todos os textos analisados, bem como no discurso dos entrevistados.

O desenho organizacional adotado pela Anvisa representou uma dificuldade para a implementação das ações, proposições e estratégias definidas. Pode-se afirmar que, nos primeiros anos de existência da agência, o *locus* de definição da PRH-Visa para estados e municípios não estava claro. A instituição contava, nesse período, com duas instâncias atuando nessa área, mas com atribuições regimentais distintas: a) o Comitê de Política de Recursos Humanos para a Vigilância Sanitária (COPRH), instância transversal, composta por representantes das áreas da Anvisa e por uma secretaria executiva coordenada por um diretor da Anvisa; b) a Gerência de Recursos Humanos (Gerhu), ligada à Gerência-Geral de Gestão Administrativa e Financeira (GGGAF).

A maioria dos entrevistados citou a Gerhu e o COPRH como os responsáveis pelas ações de RH. Um dos entrevistados deixou claro que, na política de descentralização coordenada pela Assessoria de Descentralização em Vigilância Sanitária (Adavs), estavam incluídas as questões de recursos humanos para estados e municípios (E1). Outro, porém, declarou que “a área de descentralização nunca se interessou por RH. Focava muito mais na questão financeira e, eventualmente, no acompanhamento de alguns indicadores mais voltados para o

planejamento” (E2). Assim, a ambigüidade quanto ao *locus* e responsabilidades pela política em questão no interior da Anvisa poderia gerar conflitos, duplicidade de ação e lacunas na atuação da instituição.

É oportuno salientar aqui a exposição feita pelos entrevistados sobre a relação de conflito existente naquele período entre o COPRH e a Gerhu.

Como colocado acima, o primeiro entendimento sobre essas áreas relatado pelos informantes era de que a Gerhu cuidava das ações voltadas para a gestão do trabalho em Visa e o COPRH do desenvolvimento de recursos humanos. No entanto, reconhecem que em um dado momento essa divisão foi sendo descaracterizada, e a Gerhu passou a coordenar, além da gestão do trabalho, as ações de capacitação e formação dos profissionais da Anvisa, e o COPRH ficou cada vez mais focado nos estados e municípios. O COPRH, com a responsabilidade de gerir os planos de trabalho dos Cecovisas, via-se no encargo de interferir em algumas atividades de desenvolvimento de RH para os servidores da Anvisa, como, por exemplo, na realização de cursos de especialização e de mestrado, entre outras. Um exemplo dessas ações internas coordenadas pelo COPRH eram os Seminários Temáticos Permanentes.

Essa relação conflituosa não nos impediu, mas desgastava, pois com isso nós recuamos, encontramos dificuldades. (E7)

Um dos entrevistados explicitou a sua compreensão sobre esse assunto fazendo referência ao esvaziamento e à extinção do COPRH:

Existia uma crítica de que o desenvolvimento de recursos humanos não poderia ser separado da gestão do trabalho. Sob esta crítica, se ocultava uma disputa de poder que não estava amparada em disputa política. Não havia uma disputa de projetos, apenas uma disputa de poder. Então prevaleceu um poder sem projeto. (E2)

Outro ponto a ser ponderado faz referência à diversidade de iniciativas propostas pelo SNVS, sobretudo pela Anvisa, visando superar a deficiência de capacitação dos profissionais do setor, em todos os níveis de gestão. Houve um grande estímulo à realização de processos de qualificação, à promoção de eventos científicos e outras iniciativas voltadas para o desenvolvimento profissional e produção do conhecimento, em todas as áreas técnicas que compõem o campo de

Visa. No entanto, o que parecia ser uma atitude produtiva passou a ser um problema. Essa profusão de ações, por não fazerem parte de um projeto articulado e coerente, terminou por gerar distorções, discordâncias, sobreposição de atividades, incoerências de conteúdo, entre outros problemas. Os mecanismos propostos para imprimir algum grau de coordenação e sistematização sobre elas se apresentavam, na realidade, como um entrave para a harmonização das ações, principalmente aquelas de capacitação de pessoal do SNVS.

Apesar de todos os problemas até aqui apresentados, fica evidente, tanto nos documentos quanto nas entrevistas, que, nesse período, a Anvisa gerou reflexões e movimentos abrangentes, includentes, coletivos e de grande importância para a gestão e o desenvolvimento de recursos humanos do setor.

Uma questão levantada pelos entrevistados, que pode ser vista, ao mesmo tempo, como uma facilidade e um obstáculo para a formulação de uma política de desenvolvimento de RH, refere-se à hierarquia e a relação de subordinação estabelecida entre a Anvisa e os estados e municípios. Esse fato pode ser encarado como uma facilidade, na medida em que promove o acesso e inspira a segurança da retaguarda da Anvisa junto aos outros componentes do SNVS. Um dos entrevistados (E2) traz uma discussão sobre esse aspecto ao considerar que as iniciativas e os debates realizados sobre o desenvolvimento de recursos humanos, no convívio com gestores e representantes de estados e municípios, criavam laços que potencializavam as relações entre os entes do SNVS e fortaleciam o processo de descentralização das ações.

Se abriu algum espaço a mais para criar relações de confiança e para tentar descentralizar, ou seja, um ambiente informal propiciava esse tipo de relação, e ela ajudava a desarmar o discurso da manutenção. Talvez não como ferramenta, como operação, mas como instrumento ideológico para as pessoas aceitarem descentralizar, ter um contato. Era como se as pessoas do quadro federal se sentissem mais confortáveis frente a uma proposta de descentralização tutelada. A capacitação, basicamente, aparece como um processo de tutela. (E2)

Entretanto, do ponto de vista político, constata-se certa tortuosidade na efetivação da descentralização das ações de Visa, ao criar uma relação de subordinação dos estados e municípios em relação à Anvisa:

Sempre houve e ainda há uma postura da Anvisa de que é difícil descentralizar algumas coisas, por que não tem gente com formação e capacidade para fazer nas esferas descentralizadas... Isso era repetido o tempo todo: “não dá para passar isso, não dá para deixar fazer aquilo, pois o estado não tem capacidade, o município não tem competência, eles não têm perna para fazer, não tem isso e não tem aquilo”. Eu acho que isso é uma postura ideológica mais do que uma proposta de formação ou de descentralização, é uma proposta de não descentralização, de manutenção. (E2)

Isso poderia resultar ainda em um desvio de atribuições dos componentes do SNVS, onde a Anvisa assumiria o papel dos estados, já que não existia uma clara distribuição de atribuições entre as esferas de governo. Os estados não se emancipavam ao ponto de abrirem mão da tutela federal. Essa atitude fazia com que as instituições que compunham o âmbito federal do sistema assumissem papéis dos estados e, às vezes, até de municípios, desfalcando as equipes de nível nacional que deveriam estar formulando e implementando políticas (E7).¹²

Nos relatórios do COPRH analisados observam-se várias atividades que tinham como objetivo estabelecer espaços de discussão entre a Anvisa e os gestores estaduais e municipais de Visa, acerca da temática desenvolvimento de RH. A finalidade maior dessas ações era superar as limitações e resistências frente à descentralização e à relação de subordinação e de tutela apresentada.

Os problemas descritos nesse capítulo estão sintetizados no quadro a seguir.

¹² Estudos evidenciam que na formulação e implementação de políticas de saúde as relações entre as esferas de gestão do SUS são bastante complexas. Demonstam que a esfera federal tem um importante papel indutor, por meio de mecanismos de repasse de recursos financeiros vinculados à adesão a planos, projetos e políticas. Entretanto, a pactuação das ações associadas ao financiamento pode indicar um caráter impositivo, “transvertidas de escolhas num contexto de grande dependência financeira do Governo Federal” (VILASBÔAS & PAIM, 2008, p. 1247).

Quadro 1 – Problemas referentes à gestão do trabalho e educação em Vigilância Sanitária encontrados na análise dos dados coletados.

Existência de quantitativo expressivo de municípios sem nenhum trabalhador de Visa, representando 13,4% do total dos municípios existentes e 23,7% de municípios com apenas um trabalhador de Vigilância Sanitária.
Distribuição dos trabalhadores de vigilância sanitária no país não consoante com a realidade brasileira.
Realização de concursos públicos ainda insuficientes.
Inexistência de planos de carreira e de uma política bem-definida de recursos humanos para a área.
Ausência de discussão e propostas relativas à gestão do trabalho em Visa.
Falta de profissionais, em quantidade e qualidade necessárias para atender as demandas, principalmente nos municípios.
Remuneração não condizente com as exigências e limitações que a área impõe (dedicação exclusiva, necessidade de alta qualificação e atualização profissional, impedimento de duplo emprego em estabelecimentos regulados pela Visa, entre outras).
Grande rotatividade dos profissionais da área, principalmente no âmbito municipal, e falta de mecanismos de fixação dos trabalhadores.
Precarização do trabalho e instabilidade funcional.
Grande contingente de profissionais de nível médio/elementar sem formação adequada exercendo ações que requerem qualificação constante.
Quantitativo insuficiente de trabalhadores em todo o país habilitados para a inspeção e seus desdobramentos legais, como autuações e aplicação de penalidades.
Insignificante investimento em pesquisa e desenvolvimento tecnológico para a área.
Dificuldade de operacionalização dos processos formativos para a área de Visa em função da heterogeneidade de perfis de formação dos trabalhadores, da complexidade e da abrangência do campo, entre outros fatores.
Atuação de Visa voltada prioritariamente para o atendimento da demanda espontânea e das denúncias, com planejamento e programação de ações pouco sistemáticos.
Despreparo e pouca qualificação de gestores municipais e estaduais para coordenar o processo de descentralização da Vigilância Sanitária.
Dificuldade na gestão e desenvolvimento de recursos humanos em todos os níveis de gestão.
Fragmentação e conflito entre áreas da Anvisa nas discussões e execução de ações de RH.
Relação de subordinação e tutela da Anvisa diante de estados e municípios, impactando desfavoravelmente na efetividade da descentralização das ações de Visa.

Assim, o Quadro 1 apresenta de forma sintética os problemas identificados na área de RH em Visa que poderiam constituir insumos para o estabelecimento de uma imagem-objetivo (I-O) para a formulação da PRH-Visa. No tópico a seguir serão explorados outros elementos identificados nessa perspectiva.

5.2. IMAGEM-OBJETIVO

Os documentos e as entrevistas analisadas sugerem que a preparação de profissionais em vigilância sanitária exigiria uma reflexão sobre a gestão do SNVS, descentralização, processo de trabalho, ferramentas e tecnologias em Visa, diante da “nova” Vigilância Sanitária na perspectiva da proteção e promoção da saúde. Na realidade, essa “nova Visa” a ser melhor caracterizada poderia ser considerada uma I.O para a construção do SNVS, enquanto componente da política de Visa no Brasil. Desse modo a I-O da PRH-Visa poderia ser parcialmente inferida dessa “nova Visa”.

A criação da Anvisa em 1999, instância federal no modelo de agência reguladora, reforçou a necessidade de repensar o modelo de atenção até então adotado e suas relações com a Visa no país. Aquele momento demandava a superação do afastamento da vigilância sanitária das outras práticas de saúde do SUS. O Relatório da Oficina realizada no Congresso da Abrasco no ano 2000 reafirmou a importância do desenvolvimento de estratégias de formação e qualificação de profissionais de Visa para a consolidação do Sistema Nacional de Vigilância Sanitária¹³ (BRASIL, 2000b).

No ano seguinte, em 2001, o relatório da Conferência Nacional de Vigilância Sanitária colocou a temática de recursos humanos num lugar central para a conformação da área e em consonância com a política de saúde vigente, ao enfatizar que

A questão recursos humanos é o componente mais expressivo da problemática dos recursos necessários para que a ação de vigilância sanitária se torne, efetivamente, uma ação de proteção e promoção da saúde (BRASIL, 2001, p. 34).

Pode ser observado nos documentos criados nos primeiros anos de existência da Anvisa e nos relatos dos entrevistados que, excetuando algumas

¹³ O documento para apoio aos estados na estruturação do componente Vigilância Sanitária na Política de Desenvolvimento de Recursos Humanos (Doc. 10) constata a escassez de iniciativas de desenvolvimento de RH em Visa e considera que “profissionais motivados e qualificados podem ser o ponto de partida para o diagnóstico que seja não apenas reflexivo, mas indutor de ações” (BRASIL, 2000b).

iniciativas isoladas de formação de pessoal para a Visa, os problemas relativos aos recursos humanos da área nunca tinham sido encarados de forma sistemática¹⁴ (BRASIL, 2001, p. 35).

No que se refere à gestão do SNVS e ao processo de descentralização das ações, as questões referentes à gestão do trabalho e desenvolvimento de pessoas para a área eram reconhecidas como capazes de interferirem substancialmente “no processo de municipalização da Vigilância Sanitária e no seu próprio processo de trabalho, transformando-se em fatores limitantes de sua capacidade de intervenção positiva da realidade” (BRASIL, 2001, p. 34).

Diante dessa constatação, os documentos analisados e as declarações dos informantes-chave indicam que as ações propostas e a expectativa expressa nesse período eram no sentido de que as iniciativas de desenvolvimento de RH apoiassem a construção, a institucionalização e o fortalecimento do SNVS. O Relatório de 2004 do COPRH, por exemplo, revela que as ações e projetos de desenvolvimento de RH executados promoveram, entre outros desdobramentos, o fortalecimento do processo de descentralização das ações de Visa; sistematização de dados que subsidiem a estruturação de uma política de planejamento e avaliação das ações de formação de RH; produção, difusão e intercâmbio de conhecimentos; oportunidades de formação e desenvolvimento de RH para os profissionais do SNVS; conhecimento da força de trabalho do SNVS por meio do Censo; subsídio para tomadas de decisão gerenciais e para a construção de políticas de RH (BRASIL, 2005a, p. 25).

O Termo de Ajuste e Metas, instrumento de gestão que norteia a relação entre os entes do SNVS, principalmente no que se refere ao repasse financeiro da União para estados e municípios, buscou definir, para o ano de 2004, objetivos organizacionais e metas finalísticas formalizados pela Portaria nº 2.473/GM em 29

¹⁴ Importante citar, entre estas iniciativas isoladas mencionadas acima, o emblemático curso de especialização em vigilância sanitária realizado na Universidade de Taubaté — um dos primeiros cursos “generalistas” de vigilância sanitária —, e outros por área de concentração (medicamentos, alimentos, etc.) que foram realizados nos anos anteriores à criação da Anvisa e nos primeiros anos de sua existência. Esses cursos ainda são referência para as discussões de desenhos curriculares, metodológicos e estratégias pedagógicas para a área de Visa.

de dezembro de 2003, visando à consolidação do Sistema Nacional de Vigilância Sanitária. A pactuação desse ano previa como diretriz estratégica o desenvolvimento de recursos humanos e pretendia aprimorar o conhecimento em vigilância sanitária. Nesse item, estabelecia que

O momento requer profissionais na vigilância sanitária que atuem com a visão mais abrangente, na perspectiva da promoção da saúde. Constatada a transformação qualitativa nas áreas do conhecimento – que exige uma ampliação dos enfoques –, ao profissional de vigilância sanitária é requerida uma nova postura: **ser capaz de criar soluções rápidas para problemas novos, bem como de reorganizar os processos de trabalho para a produção do conhecimento, introdução de novas tecnologias, de novas maneiras de pensar, de novas práticas de planejar, gerenciar, executar e avaliar as ações de vigilância, que se constituem em prioridades para uma vigilância sanitária que não somente responda às demandas da sociedade, mas se antecipe a elas.** Esta transformação que se pretende, somente será possível com o investimento em processos de capacitação que permitam uma reflexão sobre esta prática cotidiana da vigilância, aliado à estruturação de uma força de trabalho permanente e em contínuo aperfeiçoamento (BRASIL, 2003b, p. 6-7). (grifo nosso)

O destaque em negrito do documento acima tem o sentido de extrair uma possível I-O para a PRH-Visa que destaca a prática reflexiva pertinente ao trabalho em saúde, a questão da gestão do trabalho e a educação permanente.

Houve consenso entre os entrevistados de que um grande objetivo daquele período era firmar a vigilância sanitária enquanto campo de conhecimento para assim promover a legitimidade das ações e o fortalecimento do SNVS. Foi lembrado que o valor do conhecimento foi consagrado como um dos quatros valores no processo de planejamento realizado na Anvisa naquele período, que delineava a visão de futuro da instituição, e desta perante o Sistema Nacional de Vigilância Sanitária.

Na perspectiva de futuro do SNVS tinha que ter gente com bons conhecimentos de vigilância sanitária, com respostas para os problemas funcionais do quadro de trabalhadores de vigilância, especificamente, ou de trabalhadores com participação na vigilância, dependendo de cada desenho. (E2)

Neste fragmento pode-se antever uma possível I-O para a política de RH em Visa no país a partir dessa “visão de futuro” da Anvisa.

Fica claro em algumas entrevistas que o objetivo da alta direção da Anvisa nos primeiros anos contemplados pelo presente estudo era estabelecer linhas de pesquisas de vigilância sanitária na Universidade, que estimulassem e respaldassem uma política de desenvolvimento de recursos humanos na esfera federal, mas também no âmbito dos estados (E1). Mais recentemente, o movimento que gerou o Plano Diretor de Vigilância Sanitária (PDVISA), quando propõe “repensar os instrumentos e a incorporação adequada dos conhecimentos e tecnologias” (BRASIL, 2007b, p. 35) visando tornar a ação de Visa mais efetiva, demonstra quão atuais são os documentos produzidos pela Anvisa logo após a sua criação.

O PDVISA aponta que o “novo” modelo de Visa requer uma “atuação crítica e autônoma”, superando a transmissão “acrítica de padrões, modelos, protocolos avaliação, critérios científicos e normas” (BRASIL, 2007b, p. 44). A natureza jurídica da Visa e a possibilidade de questionamentos sobre a ação fiscal remetem o profissional à aplicação normativa de instrumentos jurídicos e critérios científicos, sem a flexibilidade que o gerenciamento de riscos requer, buscando dar consistência legal ao seu trabalho. Nesse sentido, a frágil produção do conhecimento pode limitar a ação, a prevenção de riscos e a proteção da saúde, reduzindo-as a ações meramente normativas, cartoriais:

O objetivo de Visa é muito complexo e ainda pouco conhecido. É até hoje necessário conhecer esse objeto para subsidiar a construção dos processos de formação/capacitação em Visa. A Visa era, e ainda é, muito focada na inspeção. Os processos de desenvolvimento de RH possibilitariam reflexões e aprendizados que ampliariam o horizonte dos profissionais, repensando o processo de trabalho. (E8)

Assim, a importância da gestão do trabalho, da produção do conhecimento e da capacitação e formação dos profissionais da Vigilância Sanitária, de todas as esferas de governo, com o objetivo de subsidiar, dar consistência e legitimidade às ações de Visa, além de apoiar a consolidação do SNVS, sugere uma I-O traduzida em trechos e idéias recorrentes em todos os documentos e entrevistas analisados.

5.3. PROPOSIÇÕES

Partindo da imagem-objetivo destacada no tópico anterior, buscaram-se as proposições que trilharam o caminho da situação encontrada à visão do futuro delineada. Neste tópico procura-se descrever objetivos específicos, prazos e meios definidos para o alcance do fim desejado, supostamente vinculado à I-O identificada, no sentido de verificar a aplicação de alguma metodologia de planificação para a construção da PRH-Visa.

Encontrar trechos nos documentos pesquisados que indiquem a metodologia utilizada para a definição das proposições só foi possível mergulhando nas entrelinhas dos textos analisados. Mesmo assim, não fica evidente alguma opção por certa abordagem ou método de planificação. Entretanto, todos os documentos apresentavam uma descrição da “situação-atual”, problemas e expectativas como ponto de partida para discussões e definição de ações na área de recursos humanos.

Nas entrevistas realizadas, houve relatos que apontavam, nos primeiros anos de existência da Anvisa, alguma preocupação com a aplicação de método de planificação:

...montamos um processo de discussão para organizar este documento de princípios, em cinco grandes diretrizes, com projetos, metas, prazos, responsáveis, etc., etc., apoiado na mais bem feita oficina de planejamento estratégico (situacional) na linha “matusiana” que fizemos na Faculdade da Paz. (E5)

Essa discussão inicial gerou subsídios para a realização de uma segunda discussão, ocorrida na Opas, e resultou na elaboração do documento para apoio aos estados na estruturação do componente Vigilância Sanitária na Política de Desenvolvimento de Recursos Humanos. Esse documento propõe “criar mecanismos, possibilidades e políticas operacionais ao desenvolvimento de recursos humanos como componente fundamental e estratégico da implementação do Sistema Nacional de Vigilância Sanitária...” (BRASIL, 2000b, p. 2).

Sugere ainda constituir um programa de formação e capacitação em vigilância sanitária, vinculado e apoiado pelas instituições de ensino e pesquisa, construído de forma conjunta pela União, estados e municípios, de acordo com os interesses de cada um dos níveis de gestão (BRASIL, 2000b).

As únicas menções sobre a aplicação de uma metodologia de planificação referem-se aos primeiros passos realizados pela Anvisa para a definição de diretrizes para a futura política de RH em Visa que se pretendia construir. O emprego do planejamento fica restrito a algumas oficinas de trabalho realizadas nos anos de 2000 e 2001, citadas acima.

Nos anos posteriores utilizou-se o planejamento na tentativa de sistematizar as ações de capacitação propostas pela Anvisa para estados e municípios. Entretanto, não se chegou a alcançar os resultados pretendidos no sentido de harmonizar oferta e demanda por cursos e a adequação destes com as realidades locais. Sobre essa tentativa, um dos entrevistados declarou que “um obstáculo nessa questão é a dificuldade de entendimento dos instrumentos de planejamento. Estes precisam ser decodificados. Esse era um dos obstáculos que prejudicava a relação entre os entes do SNVS, e principalmente com os estados.” (E8)

Apesar de não privilegiar uma dada metodologia de planificação, alguns documentos analisados e relatos das entrevistas apresentam contribuições para o delineamento de uma PRH-Visa, como, por exemplo, o relatório da Conferência Nacional de Vigilância Sanitária, relatórios de oficinas realizadas pela Anvisa que tinham como objetivo construir subsídios para a formulação dessa política e, mais recentemente, o PDVISA.

No relatório de 2000 a 2003, o COPRH considera alguns documentos como referências para a construção da política de RH em Visa. Destaca que esses documentos são o resultado de reflexões e foram construídos de forma participativa, envolvendo atores representativos do Sistema Nacional de Vigilância Sanitária, Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass), Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (Conasems), universidades, entre outros.

Um dos entrevistados confirma essa declaração e cita tais documentos como subsídios para a definição de diretrizes para a formulação da política de RH em Visa

para estados e municípios. Inclui nesse rol o Termo de Ajuste e Metas (TAM) e o PDVISA (E6).

Entre os documentos elaborados a partir das discussões coletivas com vários atores do SNVS, inclusive a Câmara Técnica de Vigilância Sanitária e de Recursos Humanos do Conass, um deles aponta que se “firmou a base do pacto, que reafirma ser a questão de desenvolvimento de recursos humanos condição essencial para a reconstrução da vigilância sanitária”¹⁵ (BRASIL, 2003a, p. 5). Além disso, dois relatórios das oficinas de trabalho que aconteceram no ano 2000 indicam posições semelhantes.¹⁶

O primeiro evento foi realizado na Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo (USP) e teve como participantes os coordenadores de Visa de estados, envolvidos nos processos de formação e capacitação profissional, sobretudo aqueles que tinham experiências na realização de cursos de especialização na área de Visa. A segunda oficina ocorreu durante o pré-congresso da Abrasco, em Salvador. Nesse evento ressaltou-se a importância de se construir, entre os profissionais que atuam na Visa, “uma base conceitual comum acerca do campo da Vigilância Sanitária, com a mesma lógica agregadora, a despeito de ser um articulado de várias práticas sanitárias” (BRASIL, 2003a, p. 5).

Outro registro que se deve ressaltar vincula-se a documentos formais de gestão do governo federal: o contrato de gestão entre a Anvisa e o Ministério da Saúde, e o TAM, que normatiza as regras de financiamento das ações de vigilância sanitária. Esses documentos estabelecem metas quantificadas e indicadores que norteiam o planejamento e a programação das ações (BRASIL, 2003a, p. 6).

Por último, o Relatório do COPRH de 2003 menciona uma referência instrumental que resultou em um produto final relevante para a atuação: o *Plano de Capacitação e Desenvolvimento de Recursos Humanos em Vigilância Sanitária*. A

¹⁵ Como primeira referência, considera-se o Documento Preliminar para Apoio aos Estados na Estruturação do Componente Vigilância Sanitária na Política de Desenvolvimento de Recursos Humanos – Recursos Humanos para Vigilância Sanitária: Uma Questão Estratégica.

¹⁶ I Oficina de Trabalho sobre Formação Especializada de Recursos Humanos em Vigilância Sanitária e Oficina de Trabalho Formação de Recursos Humanos para Vigilância Sanitária.

partir dos trabalhos dessa oficina foi possível organizar projetos e ações e construir o referido plano.

Finalmente uma referência instrumental: a Oficina de Trabalho Apoiada em Metodologia do Planejamento Estratégico, da qual participaram representantes de todas as antigas diretorias, em que 03 (três) grupos produziram relatórios indicando operações que, agregadas por semelhanças de processos, constituíram os projetos e subprojetos do Plano de Capacitação e Desenvolvimento de Recursos Humanos da Anvisa, incluindo a função assessora e de fomento aos parceiros do sistema (BRASIL, 2003a, p. 6).

Ressalta-se que essa é a única evidência, entre os documentos analisados, da utilização de uma metodologia definida: o planejamento estratégico.

Apesar de não ficar muito explícito o uso de uma ferramenta de planificação bem estruturada, pode-se dizer que os vários eventos realizados e os documentos produzidos no âmbito da Anvisa – a maioria deles organizados pelo COPRH – expressam a tentativa de formulação e construção coletiva de diretrizes e sistematização de proposições para a política de recursos humanos em Visa.

Vários documentos trazem questões que pretendem ser diretrizes para a formulação da política de RH em Visa.

A publicação do Censo Visa 2004, por exemplo, sugere a existência de diretrizes para a formulação de uma política de recursos humanos em Visa e afirma a importância da capacitação dos profissionais da vigilância sanitária, de todas as esferas de governo, mas principalmente de estados e municípios, com o objetivo de subsidiar e dar consistência às ações de Visa.

No que concerne ao componente “recursos humanos”, pode-se afirmar ser um objeto de preocupação permanente para o Sistema de Vigilância Sanitária. As diretrizes propostas para a formulação de uma política de formação e capacitação para os trabalhadores e algumas das iniciativas da Anvisa refletem a relevância de apoiar estados e municípios, com o objetivo de subsidiá-los a desenvolver plenamente o conjunto de ações sob sua responsabilidade (BRASIL, 2005c, p. 60).

Dos documentos que não reconhecem o processo de formulação e a formalização dessa política pode-se destacar, no contexto mais atual, o PDVISA, que inclusive traz sugestões e elementos norteadores para essa construção.

...entende-se como questão de importância fundamental para a consolidação do Sistema Nacional de Vigilância Sanitária o desenvolvimento de estratégias para a formação, a qualificação e a capacitação de profissionais que atuam no âmbito do Sistema de Saúde. Essas estratégias deverão contemplar o desenvolvimento de competências dos profissionais para uma atuação crítica e autônoma, minimizando-se, assim, a importação acrítica de padrões, modelos, protocolos de avaliação, critérios científicos e normas (BRASIL, 2007b, p. 44).

Esse documento, conforme cita o Relatório da Oficina de Avaliação do TAM (BRASIL, 2006a, p. 10), propõe “elencar diretrizes que possibilitem a formulação de uma política de RH que priorize a gestão do trabalho (criação de carreira, Planos de Cargos, Carreiras e Salários, etc.) e de educação permanente (capacitação, qualificação, etc.)...”.

Nas diretrizes norteadoras dos eixos desse plano encontram-se trechos voltados para a questão de recursos humanos em Visa, como a proposta de “Harmonização da Gestão do Trabalho e Educação em Vigilância Sanitária com as diretrizes da Política Nacional de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde” (BRASIL, 2007b).

O relatório da oficina de avaliação do Termo de Ajuste e Metas, realizada em 2006, ratifica as diretrizes propostas no PDVISA, afirmando que

É necessário que os planos de ação traduzam as especificidades regionais/território, relacionando os Pactos da Saúde e o PDVISA, sem a perda no foco da melhoria dos indicadores epidemiológicos do município;... Sugere uma capacitação em Planejamento (com o apoio dos Cecovisas/ Anvisa) (BRASIL, 2006a, p. 10).

Apesar de terem sido verificados diversos registros nos documentos analisados sobre a gestão do trabalho para estados e municípios, os informantes-chave deixam claro que esta não era uma prioridade para a PRH-VISA naquele momento. Essa questão traz uma discussão bastante interessante, que merece ser apresentada aqui. Os dirigentes entrevistados defenderam que esta não era uma atribuição da Anvisa, uma vez que a autonomia dos entes federados impede que a Agência interfira na gestão do trabalho dessas esferas. A Vigilância Sanitária não teria governabilidade sobre os Planos de Cargos, Carreiras e Salários (PCCS) de estados e municípios.

O nosso espaço era tentar melhorar as condições de trabalho da vigilância sanitária com computador, automóvel, esse tipo de coisa, e condições do ponto de vista da ação, que é o conhecimento. (E1)

Para os diretores entrevistados, a Anvisa sempre evitou se envolver na discussão de carreira, de gestão do trabalho, exceto como colaboradora das discussões. Acreditam que uma interferência, além de ferir o preceito de autonomia dos entes federados, para o E2, apresentaria o “risco de criar uma homogeneidade artificial, como criou em relação ao modelo de organização.”

Um dos entrevistados pondera sobre a possibilidade de um impacto preocupante dessa discussão na organização do sistema de saúde, onde a “homogeneidade artificial” poderia interferir negativamente na capacidade de resposta dos entes federados aos seus problemas locais.

...a Anvisa adotava a postura que eu defendia também, que era a postura do consenso possível, da defesa de que houvesse profissionais qualificados, de que fossem servidores públicos, bem remunerados, mas não ia muito além disso. Até por que isso poderia significar assumir posição quanto à idéia de que os servidores poderiam ser específicos da vigilância sanitária ou não. E isso interfere na organização do sistema. Isso poderia, não sei se interferir, mas influenciar. Poderia pesar ou atrapalhar o modelo forjado pelos estados. Se o estado opta por trabalhar com vigilância da saúde, integrada a um modelo que fosse mais descentralizado no estado e mais integrado disciplinarmente, ele poderia fazer isso sem ter profissionais exclusivos de vigilância sanitária. Então, que eu me lembre, a Anvisa não se posicionou muito em relação a isso. (E2)

Outro entrevistado fez referência à limitação apresentada pelo princípio da autonomia dos entes federados:

Não há como criar uma política de recursos humanos na área da vigilância sanitária para os estados e municípios que não passe por toda a Secretaria de Saúde. Enquanto Vigilância Sanitária, não tenho condição de estimular uma política de RH nas Secretarias municipais e estaduais de saúde. A Vigilância Sanitária não tem governabilidade sobre isso... A burocracia não permite que você tenha políticas independentes para determinadas parcelas dos trabalhadores. Então você não pode tratar diferente a vigilância sanitária da assistência, esse sempre foi um obstáculo muito grande. (E1)

É importante assinalar que essas posições não apontam, contudo, para uma omissão da Anvisa nos debates sobre gestão do trabalho no âmbito do Ministério da

Saúde. A Agência buscou se inserir na Mesa de Negociação do SUS, na Comissão de Regulação do Trabalho e na Câmara Técnica do Mercosul, coordenadas pelo Departamento de Gestão do Trabalho e Regulação em Saúde da Secretaria de Gestão do Trabalho e Educação em Saúde (Degerts/SGETS). A realização do Censo dos trabalhadores de Visa também expressa a preocupação com a gestão do trabalho. A expectativa era que o diagnóstico da força de trabalho em Visa fosse usado para subsidiar os debates sobre planos de cargos, carreiras e salários (PCCS), regulação do trabalho, provimento de pessoal, entre outras demandas da gestão do trabalho.

Um aspecto que vale ressaltar é a participação de atores importantes para a área de Visa e de legitimidade do SUS nas atividades que buscavam refletir e propor diretrizes norteadoras para a formulação da política ou para a execução de ações na área de recursos humanos em Visa. Podemos afirmar, pela análise documental e relato dos entrevistados, que esses atores são forças que apóiam o processo, compartilham expectativas e visão de futuro e colaboram na execução de ações. Os documentos analisados citam a participação do Conass, Conasems, Opas, Abrasco, instituições de ensino e pesquisa, instâncias gestoras do SUS, representantes do controle social e gestores e trabalhadores do SNVS, entre outros.

Na análise dos dados fica patente o atendimento a alguns itens que compõem essa etapa da formulação de políticas de saúde – a construção de proposições. Além dos aspectos descritos acima, pode-se dizer que foram contemplados o reconhecimento dos problemas que apontam para o estabelecimento de uma I-O, a identificação e definição dos problemas analisados tendo como referência a situação desejada e a situação atual, bem como a definição de algumas prioridades. Entretanto, não se pode afirmar que essa etapa foi atendida plenamente e de forma sistematizada, metódica e intencional. A priorização de problemas e a seleção de soluções para transpô-los parecem ter sido definidas de acordo com critérios mais técnicos que políticos e administrativos.

5.4. ANÁLISE DAS PROPOSIÇÕES

Se não foi utilizada uma metodologia de planejamento para a construção metódica das proposições que envolvem as ações de recursos humanos em vigilância sanitária, pode-se esperar que as análises de coerência, factibilidade e viabilidade fiquem prejudicadas.

Nos documentos examinados pouco se encontra sobre análise de proposições. Observando-os com maior acuidade, podem-se extrair alguns trechos que se aproximem dessa etapa de formulação de políticas. Assim, a preocupação em harmonizar as propostas e ações de RH em Visa com políticas internas (da Anvisa e do SNVS) e do SUS e de políticas extra-setoriais que têm afinidade com a vigilância sanitária, como as dos ministérios da Agricultura e da Educação, entre outras, poderia ser considerada como indício de análise de coerência (interna e externa).

Os dados analisados indicam a criação de um espaço de reflexão sobre a demanda e oferta de formação e capacitação de recursos humanos para o SNVS, principalmente os previstos pela Anvisa para estados e municípios, e de definição de mecanismos que imprimam coerência e efetividade a essas ações no sentido do alcance da imagem-objetivo aspirada.

...torna-se imprescindível, por parte de todos os componentes do SNVS, a adoção de um conjunto de mecanismos e ferramentas que possibilitem uma atuação alinhada com a política de saúde do Estado, fortalecendo a relação do campo da Visa com a sociedade, com o setor regulado e com o próprio SUS, do qual é parte integrante, essencial e estruturante (BRASIL, 2007b, p. 22).

Utilizando esse mesmo critério de aproximação ao material empírico desta investigação, podem-se destacar nos textos preocupações quanto ao financiamento e disponibilidade de recursos para pôr em prática as ações de RH (análise de factibilidade).

Os relatórios do COPRH indicam o intuito de avaliar as ações realizadas e realinhar o plano de trabalho que organizava a sua atuação, inclusive com participação de atores do SNVS, da Academia e outros. Entretanto, essas iniciativas

eram voltadas para as atividades executadas no plano operacional e não para direcionamento da política, como ilustra o trecho abaixo.

Esse plano de trabalho pretende ser um agregado de operações em diversos projetos, com responsabilidades e prazos definidos, devendo receber um contínuo ajuste e revisões, mantendo o foco de cada objetivo e o compromisso com os resultados esperados. O âmbito de competência para dar seguimento ao enunciado no plano é de toda a Agência, todas as gerências e demais instâncias da organização, que estarão de alguma forma envolvidas. Foi estabelecido para cada projeto ou subprojeto um responsável específico, no sentido de garantir a estruturação e viabilização dos respectivos projetos e subprojetos. Cabe ressaltar que, em 2001 e em 2002, estes 05 (cinco) projetos e respectivos subprojetos foram reavaliados durante as Oficinas de Avaliação e Planejamento do Plano de Trabalho do COPRH, realizadas ao final de cada exercício, com participação efetiva de todos os representantes deste Comitê (BRASIL, 2003a, p. 6-7).

Sobre essa etapa de formulação de políticas, pode-se concluir que houve iniciativas da Anvisa nessa direção a partir dos planos operacionais e projetos de recursos humanos em Visa, mas não uma aplicação rigorosa da ferramenta de análise de factibilidade, coerência e viabilidade das proposições.

5.5. ESTRATÉGIAS

Do mesmo modo que a insuficiência na formulação de proposições políticas dificultava a sua análise, as limitações verificadas nas análises de coerência, factibilidade e, muito especialmente, de viabilidade tendem a comprometer o desenho estratégico.

Na identificação de estratégias da política de recursos humanos em Visa podem-se encontrar alguns trechos e relatos que expressam componentes desse item de forma clara, mas a grande maioria de forma implícita. De um modo geral, as estratégias localizadas referem-se aos meios para ganhar tempo, legitimidade, apoio, além de algumas formas de implementar a política.

Uma primeira estratégia que se identificou foi a criação do COPRH, com o propósito de racionalizar, harmonizar e flexibilizar as iniciativas de recursos humanos da Anvisa para estados e municípios. Era composto por representantes das áreas técnicas da Anvisa, que atuavam como “interlocutores técnicos e político-institucionais em questões relacionadas a recursos humanos, possibilitando assim a comunicação horizontal entre as unidades na busca da harmonização e transparência entre as iniciativas e proposições das gerências” (BRASIL, 2003a, p. 9).

A opção de constituir instâncias organizacionais como “comitês” pressupõe possibilidades de ampliar a comunicação e articulação entre unidades gerenciais, criando mecanismos horizontais na relação interna da organização. Os comitês, sem ferir a dinâmica das relações hierárquicas formais, tratam de questões consideradas corporativas e estratégicas para a instituição. Para dar operacionalidade às competências que lhe são próprias, o COPRH necessitou adequar-se a uma dinâmica singular para organização do seu processo de trabalho, que diferencia o COPRH das demais unidades convencionalmente estruturadas da Anvisa (BRASIL, 2003a, p. 5).

Esse Comitê pretendia articular as diversas iniciativas de recursos humanos para estados e municípios existentes na Anvisa, visando superar a fragmentação e a desarticulação que geravam duplicidade de ações, pouca racionalidade nos gastos e distanciamento das reais necessidades dos entes do SNVS.

Pode ser visto nos documentos e nos relatos das entrevistas, sobretudo das coordenadoras do COPRH do período analisado, que trazer as áreas técnicas da Anvisa para a reflexão coletiva e a definição de prioridades num universo mais amplo que as ‘paredes’ das gerências e gerências-gerais era uma estratégia para, além de ultrapassar a visão fragmentada da Anvisa sobre o processo de trabalho da vigilância sanitária, fortalecer a descentralização das ações de Visa. O COPRH tentava diminuir a resistência em organizar tais iniciativas, advinda do receio de inviabilizar ou atrasar os projetos e ações das áreas técnicas, ou de implementar a descentralização. Representava um espaço de discussão para técnicos da Anvisa que não tinham formação específica na área de recursos humanos ou educação e, muitas vezes, nem mesmo conheciam os preceitos do SUS como a descentralização e a integralidade, entre outros. Portanto, além de possuir um caráter pedagógico, representava uma forma de contornar possíveis oponentes à descentralização e à harmonização das ações de RH:

Avançamos quanto ao planejamento anual de capacitações e desenvolvimento de recursos humanos das unidades que compõem a estrutura da Anvisa, aumentando a previsibilidade das atividades que serão realizadas no ano. Transpusemos essa barreira em conjunto com os estados, que, hoje, começam a trabalhar articuladamente com a Agência, pactuando suas atividades de capacitação e desenvolvimento de recursos humanos. Todo esse trabalho fez com que o Comitê se revelasse referência de capacitação e desenvolvimento para estados e municípios e também para a força de trabalho da Anvisa. No entanto, ainda há uma desarticulação interinstitucional que a Anvisa terá que superar, para que os gestores possam assumir a função de desempenhar as ações de capacitação e desenvolvimento de recursos humanos (BRASIL, 2003a, p. 34).

Os entrevistados também reconhecem o COPRH como uma das estratégias para a execução de ações voltadas para os recursos humanos em vigilância sanitária. Além disso, atribuem ao mesmo um importante movimento de articulação entre os componentes do SNVS e entre a Anvisa e o Ministério da Saúde.

A capacitação e formação de recursos humanos, desencadeada pela Anvisa por meio do COPRH e pelas gerências-gerais, era uma questão que estimulava o relacionamento entre os entes do SNVS:

A maior parte da relação cotidiana da Anvisa com o Sistema se dava por essa via. Sempre que a Anvisa tinha a intenção de fazer algo novo ou reforçar algo que achava que não estava sendo feito, ou ainda quando chamada para apoiar processos, a maior resposta que a Anvisa tinha em relação a isso era pela via de recursos humanos. Diziam: “O pessoal lá está com dificuldade para fazer sei lá o que”. A Anvisa dizia: “Vamos montar um curso para eles!”. (E2)

Apesar de essa declaração sugerir que a capacitação de RH seria a solução dos problemas institucionais, tem o mérito de considerar essa ação como uma via de comunicação, de estreitar os laços entre os membros do SNVS.

Outra iniciativa que se pode considerar como componente da estratégia foi o chamado processo de planejamento de ações de desenvolvimento de RH em Visa para estados e municípios, como suporte à pactuação do TAM. Cabe ressaltar que, apesar do nome, esse processo não era amparado pela aplicação de uma metodologia de planificação formal. Foi realizado por meio de oficinas de trabalho coordenadas pelo Comitê, juntamente com a área da Anvisa responsável pela descentralização e financiamento das ações de vigilância sanitária e apoiado por um Centro Colaborador em Visa (Cecovisa). Contou com a participação das

coordenações estaduais de Visa e áreas técnicas da Anvisa e buscou harmonizar as iniciativas de capacitação previstas para a pactuação do TAM com aquelas propostas pela Anvisa. Essas atividades estão descritas no Relatório do COPRH de 2004.

Essa atividade foi importante no planejamento das ações de acordo com as reais necessidades dos Estados e Municípios no que se refere à qualificação de RH para a Vigilância Sanitária. A avaliação da condução deste processo promoveu para o COPRH e para as Visas estaduais o aprendizado para a prática de planejamento de ações de RH (BRASIL, 2005a, p. 16).

A necessidade de conhecer os trabalhadores que compunham a área de Vigilância Sanitária para subsidiar a formulação da PRH-Visa pode ser observada em vários documentos analisados.¹⁷

Para atender a essa necessidade foi realizado o Censo Visa 2004, já mencionado em diversos momentos desse estudo. O Censo efetuou um levantamento de vários aspectos da força de trabalho em Visa, como tipos de vínculos, idade, sexo, remuneração, escolaridade, entre outros. Com os dados encontrados foi possível traçar um perfil dos profissionais de vigilância sanitária e fazer confirmações, constatações e descobertas importantes para o delineamento da política de recursos humanos para a vigilância sanitária.

Um ponto assumido como estratégia de ação para a implementação da PRH-Visa foi a aproximação da Anvisa com o Ministério da Saúde, especificamente no âmbito da SGTES. Nos documentos observam-se tentativas de aproximação e de inserção da Visa nas políticas e programas voltados para a gestão do trabalho e educação em saúde. No âmbito da educação em saúde, a Anvisa esteve presente,

¹⁷ O documento – Doc. 10 –, já no ano 2000, propõe “realizar o diagnóstico da situação da Visa nos Estados, tanto do ponto de vista das ações desenvolvidas, como das equipes técnicas disponíveis e processos de capacitação existentes” (BRASIL, 2000b). O relatório da oficina realizada no Congresso da Abrasco, também no ano de 2000 (Doc. 11), identifica um desconhecimento sobre a força de trabalho da área de Visa em termos quantitativos e qualitativos: o número de profissionais existentes, o perfil profissional, a formação e capacitação, entre outras características. Esta situação corrobora a demanda do Doc. 10 e indica a necessidade da “realização de um estudo diagnóstico dessa força de trabalho de modo a contribuir na formulação e planejamento de propostas de formação e capacitação profissional para serem desenvolvidas nos Estados e Municípios” (BRASIL, 2000b).

principalmente, nas discussões sobre formação de nível médio, em processos formativos voltados para profissionais da Atenção Básica em Saúde, entre outros. Na esfera da Gestão do Trabalho, a Anvisa tinha assento na mesa de negociação do trabalho em saúde, na Câmara de Regulação do Trabalho e no GT do Mercosul. O depoimento a seguir ilustra o esforço da Anvisa para se inserir nas discussões e ações do Ministério da Saúde sobre a política de RH em saúde.

Uma coisa que tentamos foi a entrada no Ministério da Saúde. Tudo que era comissão que tinha, nós tentávamos entrar. Comissão de gestão do trabalho, enfim... Me lembro que em algumas reuniões de educação nas escolas, eu estava lá sentada e alguém disse: "Você é de onde?" Eu respondi: "Da Anvisa". A pessoa disse: "Por que você está aqui?" E eu dizia: "É... Vocês não me chamaram, mas...". Mesmo sem ser convidados, nós tentávamos resolver o problema Ministério da Saúde/Anvisa. Quando eu ouvia falar de uma reunião, eu ia, depois era formalizado. Nós tentávamos entrar na Educação nas escolas via esse trabalho. Na Degerts sobre a história do mercado de trabalho, sobre gestão do trabalho, nós também nos metíamos. O Mercosul, que tinha muito a ver com a parte de Educação Permanente, também. Não só gestão do trabalho, em termos de legislação. Entrávamos com o foco de como manter os países do Mercosul com uma capacitação que atendesse a todos. Nós trabalhávamos com o Mercosul, ou seja, as iniciativas que ouvíamos falar do Ministério, nós íamos. As Conferências de RH, nós nos metíamos, ninguém convidava a Anvisa, mas nós íamos. Era um trabalho de militância. (E7)

Apesar dessa dificuldade observa-se certa sazonalidade nesta integração, com momentos de trabalho efetivo e outros de grandes lacunas nessa relação.

Outro elemento da estratégia encontrado nos documentos examinados foi a participação de diversos atores de relevância do SNVS, do SUS, do controle social e da Academia em todos os momentos de discussão da política de RH para a Visa. Desde a primeira oficina de trabalho que gerou o documento para apoio aos estados na estruturação do componente Vigilância Sanitária na Política de Desenvolvimento de Recursos Humanos (Doc. 10), no ano 2000, verifica-se essa participação. Os documentos mostram a intenção de que a construção dessa política se desse de forma coletiva, visando a sua legitimidade e institucionalidade. Nesse ponto, não pode deixar de ser citada a criação do Grupo de Trabalho no âmbito da Associação Brasileira de Pós-graduação em Saúde Coletiva (Abrasco). Esse grupo proporcionou um apuramento nas discussões acerca da produção do conhecimento e formação em vigilância sanitária, dando legitimidade a essas ações. O trabalho desse GT inaugurou um espaço de produção/intercâmbio de conhecimento de valor

inquestionável para o SNVS – o Simpósio Brasileiro de Vigilância Sanitária (Simbravisa).

A busca de mecanismos de disseminação e intercâmbio da produção de conhecimento em Visa também tem sido bastante discutida pelo SNVS. Destacam-se, neste sentido, os Simpósios Brasileiros de Vigilância Sanitária (Simbravisas), realizados pela Associação Brasileira de pós-graduação em Saúde Coletiva (Abrasco), que demonstram claramente as contribuições dos profissionais de Vigilância Sanitária para o acúmulo de conhecimentos relativos às ações desenvolvidas nesse campo (BRASIL, 2007b, p. 43).

Os textos sugerem a busca por estratégias capazes de fortalecer as forças apoiadoras que legitimassem o processo. Fazem crer que haveria oponentes e resistências à política, por mais que a necessidade por formação/capacitação/produção do conhecimento fosse reconhecida como importante para a consolidação do SNVS:

É fato que existem obstáculos a serem transpostos, visto que a participação coletiva nas diretrizes de qualquer política e, especialmente, na de recursos humanos nem sempre é bem vista por alguns gestores. Isso faz com que, várias vezes, deparemo-nos com situações que exigem grande fator de diplomacia para solucioná-las e chegarmos a uma solução conciliadora (BRASIL, 2003a, p. 34).

Cabe ressaltar mais uma estratégia assumida pela Anvisa em prol da consolidação dessa política que é apontada nos documentos e por todos os entrevistados como prioritária para o alcance da situação-objetivo. Trata-se da criação dos Cecovisas:

Os Centros Colaboradores são instituições de referência para o desenvolvimento de recursos humanos em Vigilância Sanitária. Os convênios firmados têm como objetivo apoiar a Anvisa em seus programas de qualificação profissional e de desenvolvimento científico e tecnológico. Como estratégias para a realização desses objetivos, os Cecovisas atuam de acordo com os seguintes eixos norteadores: formação, desenvolvimento e capacitação de recursos humanos (cursos de atualização, especialização, mestrado e doutorado); desenvolvimento de pesquisas em Vigilância Sanitária; assessoria e consultoria em Vigilância Sanitária; realização de eventos; e publicações (BRASIL, 2005b).

A relevância da efetivação de parcerias entre a vigilância sanitária e as instituições formadoras era um ponto comum em todos os documentos pesquisados. Todos os entrevistados afirmavam que a criação dos Cecovisas foi a estratégia mais importante para o alcance da imagem-objetivo.

A criação de centros colaboradores constitui um elemento dinamizador do desenvolvimento da área, beneficiando o âmbito académico e os serviços. Ao tempo em que favorece a integração das temáticas da vigilância sanitária na Saúde Coletiva, também reconhece alguma especificidade da área. A estruturação de cursos, especialmente em nível de pós-graduação, sem dúvida fortalece a construção da identidade do trabalhador de vigilância sanitária (COSTA; FERNANDES; PIMENTA, 2008, p. 1002).

Essa estratégia foi proposta no sentido de inserir a vigilância sanitária nos espaços académicos, fomentando a reflexão e a produção do conhecimento nessa área, considerada, até então, um campo de práticas. A questão da produção, do intercâmbio, da incorporação de conhecimentos e da formação/capacitação de pessoal é encarada como fator fundamental para dar consistência às ações de Visa e fortalecer o SNVS, como vimos no capítulo sobre a imagem-objeto.

Os relatórios de atividades do COPRH e da Anvisa reconhecem a relevância e a efetividade dos Cecovisas. Entre os entrevistados, podemos destacar os seguintes fragmentos que fazem referência ao grande valor dos Cecovisas:

Os Cecovisas, estes sim eram um objetivo. Isso foi uma ação deliberada de fortalecer a Universidade. E dentro da Universidade a discussão sobre vigilância sanitária. Enquanto a vigilância sanitária não se firmar enquanto campo de conhecimento, e isso dá para fazer de fora para dentro, você tem que estimular a Universidade a criar esse campo. Uma coisa é você ter uma política de descentralização, apoio à formação de recursos humanos, outra coisa é você ir para a Academia estabelecer, fortalecer linhas de conhecimento de pesquisa na área de vigilância sanitária.¹⁸ (E1)

Portanto, considerando as estratégias registradas neste tópico, observa-se que elas procuravam colocar em prática as ações demandadas pelo SNVS para a área de desenvolvimento de recursos humanos em Visa, tentando contornar obstáculos, oponentes, ganhar tempo, espaço e liberdade de ação. Como a não explicitação do desenho estratégico pode fazer parte da própria estratégia (não mostra seu próprio jogo), as dificuldades de sistematizar as evidências nesse tópico podem indicar a ausência de métodos estruturados de planificação. No entanto, não

¹⁸ De um modo geral, pode-se verificar que muito se produziu nos últimos anos por meio dos Cecovisas em termo de publicações, formação e capacitação de pessoal, produção de pesquisas científicas, entre outras atividades. Houve participação também em ações que dão suporte ao SNVS, como, por exemplo, a construção do PDVISA.

convém afastar a possibilidade de uso de métodos não-estruturados de planificação de políticas ou mesmo a adoção do pensamento estratégico.

5.6. FORMALIZAÇÃO DA POLÍTICA

Na pesquisa documental com vistas ao estudo da formalização dessa política nada foi encontrado como documento formal publicizado. Todavia, certas iniciativas, movimentos e desdobramentos dessa construção política poderiam ser destacados nessa perspectiva.

O COPRH, por exemplo, teve suas competências previstas no Regimento Interno da Anvisa. Assim, a Portaria n° 593, de 25 de agosto de 2000, que instituiu o Regimento Interno da Anvisa, dá ao Comitê lugar na estrutura da organização e prevê para essa instância, entre outras competências,

...Acompanhar e avaliar as ações e a implementação de projetos relacionados ao desenvolvimento de recurso humanos no âmbito da Anvisa e do Sistema Nacional de Vigilância Sanitária (SNVS); estabelecer parcerias institucionais para o desenvolvimento de projetos associados à capacitação e desenvolvimento de recursos humanos; analisar e propor investimentos da Agência em capacitação e desenvolvimento de recursos humanos próprios e do SNVS; propor à Diretoria Colegiada as políticas e diretrizes de desenvolvimento de recursos humanos para o SNVS.¹⁹ (BRASIL, 2000a)

Nesse sentido, pode-se inferir que tal instância foi formalmente incumbida da coordenação da formulação da política de recursos humanos em vigilância sanitária, abrangendo todos os componentes do SNVS. Portanto, foi dada ao COPRH, por meios legais, a responsabilidade para desencadear o processo de construção dessa política. Mas fica claro que a sua atuação fica circunscrita à proposição das políticas e diretrizes, cabendo a aprovação das mesmas à Diretoria Colegiada da Anvisa.

¹⁹ Ver Portaria n° 593 da Anvisa, publicada em 28 de agosto de 2000.

Verifica-se nos documentos estudados que, a partir da publicação dessas atribuições regimentais, várias ações foram desencadeadas pelo COPRH, entre elas o *Plano de Trabalho do COPRH*, “constituindo-se em uma referência instrumental” (BRASIL, 2003a, p. 6).²⁰

Esse Plano de trabalho foi fruto de discussões coletivas, norteadas pelos documentos considerados como de referência e já citados nesse texto, das quais participaram representantes das diretorias e áreas técnicas da Anvisa, das

²⁰ Era constituído por cinco projetos: O Projeto I (Formação e Capacitação Continuada para a Anvisa) tinha como foco a formação e capacitação dos profissionais da Anvisa, visando qualificá-los a desenvolver ações direcionadas ao cumprimento da missão, visão e valores institucionais. Para organizar as ações e melhor atender os objetivos específicos, foi subdividido em sete subprojetos: i) Formação geral em Vigilância Sanitária; ii) Formação específica em área da Vigilância Sanitária ou aperfeiçoamento; iii) Atualização profissional (competência básica ou instrumentalização); iv) Desenvolvimento gerencial; v) Pós-graduação modalidade *stricto sensu*; vi) Seminário Temático Permanente, vii) Escolarização básica. O Projeto II (Apoio ao Desenvolvimento de Recursos Humanos nos Estados e Municípios) tinha como objetivo “apoiar a institucionalização e a organização do SNVS, contribuindo para que as instituições que o compõem formem sua capacidade técnica e gerencial e sejam capazes de cumprir seu papel de proteger e promover a saúde de população garantindo a segurança sanitária de produtos e serviços”. Para cumprir esse objetivo, buscava “a) apoiar os órgãos de Vigilância Sanitária estaduais e municipais em seus processos de capacitação, contribuindo para a construção e institucionalização do Sistema Nacional de Vigilância Sanitária e b) apoiar o desenvolvimento de profissionais de estados e municípios para desempenho de suas funções.” (BRASIL, 2003a). Esperava-se, com esse projeto, acompanhar e avaliar os planos estaduais de capacitação de RH, além de apoiar e fomentar as iniciativas de desenvolvimento de RH de estados e municípios. Em função de o foco serem as esferas estadual e municipal do SNVS, esse é o projeto de maior interesse para esse estudo. O Projeto III (Desenvolvimento de Parcerias e Mobilização Social para as Ações de Vigilância Sanitária) propunha “favorecer a construção de nova consciência sanitária”, por meio de articulação inter e extra-setorial, buscando “ampliar o conhecimento da Vigilância Sanitária na sociedade em geral e seu reconhecimento na área de saúde como promoção, proteção e regulação” (BRASIL, 2003a). Os resultados esperados eram a inserção das práticas da vigilância sanitária no SUS e o fortalecimento dessa área junto à sociedade. O Projeto IV (Fomento à Pesquisa e Difusão do Conhecimento em Vigilância Sanitária) apontava para a produção e difusão de conhecimentos em Vigilância Sanitária. Propunha o desenvolvimento de pesquisas que qualificassem e dessem consistência à atuação da Anvisa por meio de parcerias com instituições de ensino e pesquisa: “Este Projeto está relacionado à possibilidade da construção de um percurso entre a missão atual e a visão futura formalizada pela Anvisa, buscando para as áreas específicas a criação de uma atitude prospectiva no contexto do desenvolvimento da ciência e do processo social” (BRASIL, 2003a). Previa como resultados a produção de novos conhecimentos introduzidos à prática da Vigilância Sanitária e a aquisição de mecanismo de difusão desses conhecimentos implantados. O projeto V (Desenvolvimento de Gestão de Recursos Humanos da Anvisa) objetivava “contribuir para a melhoria da gestão de recursos humanos e aumentar a agilidade na preparação de profissionais para o Sistema Nacional de Vigilância Sanitária, articulado com as estratégias de desenvolvimento de RH” (BRASIL, 2003a). Envolveria ações como a “criação de mecanismos para a regulamentação do trabalho em vigilância, fomento à realização de concursos públicos e Plano de Cargos, Carreiras e Salários para a área, além de ferramentas de gestão de pessoas como avaliação de desempenho, saúde ocupacional, entre outras”. Esse projeto, apesar de mencionar nos seus objetivos o SNVS, era mais voltado para a gestão dos profissionais da Anvisa.

coordenações estaduais e municipais de vigilância sanitária, do Conass, do Conasems e de universidades brasileiras, entre outras representações.

Na construção dos 05 (cinco) projetos do COPRH, observa-se que os 03 (três) primeiros abordam o atendimento da demanda dos atores envolvidos com a Vigilância Sanitária. O projeto I e o projeto V atendem aos profissionais da Agência Nacional de Vigilância Sanitária - Anvisa, sendo que o projeto I enfoca o desenvolvimento, enquanto que o projeto V, a gestão deste. Já o projeto III trabalha com as demandas da sociedade. O projeto IV está voltado para a qualificação do campo de atuação da Vigilância Sanitária por meio de parcerias que fomentem a pesquisa na área e difusão desses conhecimentos. O projeto II abrange nosso apoio aos profissionais do Sistema Nacional de Vigilância Sanitária – SNVS nos estados e municípios (BRASIL, 2003a, p. 7).

Cabe frisar que esse Plano do COPRH foi amplamente divulgado em vários espaços, como no *site* e nos boletins da Anvisa, por meio de material publicitário exposto e em apresentações em eventos afins à área de Visa, em reuniões técnicas e políticas em que a Agência se fez presente. Os próprios relatórios de gestão do COPRH também cumpriam a função de publicizar esse plano.

Outros documentos que se pode reconhecer como desdobramentos da construção da política de recursos humanos para a vigilância sanitária são os planos de trabalho dos Cecovisas e as portarias do TAM que criam parâmetros para a pactuação de ações de recursos humanos em Visa.

Os planos de trabalho dos Cecovisas tinham como finalidade colaborar com a Anvisa na formação e capacitação profissional e no desenvolvimento científico e tecnológico da área. Esses planos eram balizados por eixos norteadores que incluíam a formação, desenvolvimento e capacitação de recursos humanos (cursos de atualização, especialização, mestrado e doutorado); desenvolvimento de pesquisas em Vigilância Sanitária; assessoria e consultoria em Vigilância Sanitária; realização de eventos; e publicações (Brasil, 2007a).

Importantes de serem destacados também como conseqüência desse movimento da política de recursos humanos em Visa são os documentos de referência para as pactuações das ações de Visa nos Termos de Ajuste e Metas.

O Relatório de Atividades da Anvisa de 2006 faz referência à base legal do TAM, cita a Portaria nº 2.473/GM-MS, de 29 de dezembro de 2003, e afirma que "...a pactuação no TAM para o ano de 2005 teve como principais diretrizes estratégicas a

descentralização, o desenvolvimento de recursos humanos e a política de financiamento” (BRASIL, 2007a).

Antes disso, o documento que normatizava o TAM era composto por tabelas de pactuações anexas elaborado pelos estados e o Anexo IV trazia as iniciativas de desenvolvimento de RH a serem pactuadas (BRASIL, 2004, p. 10).

Estas foram as referências encontradas nos documentos examinados que apontam certa formalização da política de recursos humanos em vigilância sanitária. Destaca-se que em todos os relatórios de atividades e de gestão do COPRH e da Anvisa estão descritos projetos e ações que indicam serem componentes dessa política. Importante citar também que diversos documentos resultantes de iniciativas realizadas pelo COPRH, como oficinas de trabalho para planejamento das ações a serem pactuadas no TAM, encontros de recursos humanos em Visa para o SNVS, entre outros, tiveram termos de referências e relatórios divulgados pela Anvisa, principalmente no seu *site* oficial.²¹

Para finalizar este capítulo, são apresentados no Quadro 4, de forma concisa, os resultados encontrados na presente investigação para cada categoria de análise correspondente às etapas de formulação de políticas de saúde. Este exercício, embora não aponte para a formulação de uma política de recursos humanos em Visa de modo planejado pela Anvisa, sugere um conjunto de indícios que, recuperados *a posteriori*, sinalizam passos institucionais relevantes para a construção e implementação da referida política.

²¹ Estes documentos não foram objeto de análise desse estudo.

QUADRO 4 – Síntese dos elementos indicativos da Política de Recursos Humanos em Vigilância Sanitária (PRH-Visa). Brasil, 1999-2006.

IMAGEM-OBJETIVO
Ser capaz de criar soluções rápidas para problemas novos, bem como de reorganizar os processos de trabalho para a produção do conhecimento, introdução de novas tecnologias, de novas maneiras de pensar, de novas práticas de planejar, gerenciar, executar e avaliar as ações de vigilância, que se constituem em prioridades para uma vigilância sanitária que não somente responda às demandas da sociedade, mas se antecipe a elas.
PROPOSIÇÕES
Aplicação de uma metodologia de planificação nos primeiros passos realizados pela Anvisa para a definição de diretrizes para a futura PRH-Visa.
Eventos realizados e documentos produzidos pela Anvisa – a maioria deles organizados pelo COPRH –, expressando a tentativa de formulação e construção coletiva de diretrizes e sistematizada de proposições para a política de recursos humanos em Visa.
Priorização do desenvolvimento de RH para a Visa em detrimento da gestão do trabalho.
Participação de atores importantes para a área de Visa e com legitimidade no SUS nas atividades que buscavam refletir e propor diretrizes norteadoras para a formulação da política ou para a execução de ações na área de recursos humanos em Visa.
Atendimento de itens dessa etapa (construção de proposições) considerando a I.O, como a definição de prioridades, de acordo com critérios mais técnicos que políticos e administrativos.
ANÁLISE DAS PROPOSIÇÕES
Iniciativas para a análise das proposições a partir dos planos operacionais e projetos de recursos humanos em Visa, mas não uma aplicação rigorosa da ferramenta de análise de proposições.
ANÁLISE DE COERÊNCIA
Preocupação em harmonizar as propostas e ações de RH em Visa com políticas internas (da Anvisa e do SNVS) e do SUS, e com políticas extra-setoriais que tinham afinidade com a Vigilância Sanitária, como as do Ministério da Agricultura, Ministério da Educação, entre outras (indícios de análise de coerência interna e externa).
Criação de espaço de reflexão sobre a demanda e oferta de formação e capacitação de recursos humanos para o SNVS, principalmente os previstos pela Anvisa para estados e municípios, e de definição de mecanismos que imprimissem coerência e efetividade a essas ações no sentido do alcance da imagem-objetivo aspirada.
ANÁLISE DE FACTIBILIDADE
Preocupações quanto ao financiamento e disponibilidade de recursos para pôr em prática as ações de RH.
ANÁLISE DE VIABILIDADE
Intuito de avaliar as ações realizadas e realinhar o plano de trabalho que organizava a sua atuação, inclusive com participação de atores do SNVS, da Academia e outros.
DESENHO ESTRATÉGICO
Criação do COPRH com o propósito de racionalizar, harmonizar e flexibilizar as iniciativas de recursos humanos da Anvisa para estados e municípios.
Inclusão de áreas técnicas da Anvisa na reflexão coletiva para a definição de prioridades num universo mais amplo que as 'paredes' das gerências e gerências-gerais, visando ultrapassar a visão fragmentada da Anvisa sobre o processo de trabalho da Vigilância Sanitária e fortalecer a descentralização das ações de Visa.
Processo de planejamento de ações de desenvolvimento de RH em Visa para estados e municípios, como suporte à pactuação do TAM.
Censo Nacional dos trabalhadores de Visa, buscando conhecer os trabalhadores que compunham a área de Vigilância Sanitária para subsidiar a formulação da PRH-Visa.
Participação de diversos atores de relevância do SNVS, do SUS, do controle social e da Academia em todos os momentos de discussão da PRH-Visa.
Criação dos Cecovisas, visando à produção de conhecimentos técnico-científicos que dessem consistência às ações de Visa.
Estratégias procuraram colocar em prática ações demandadas pelo SNVS para a área de desenvolvimento de recursos humanos em Visa, tentando contornar obstáculos, oponentes, ganhar tempo, espaço e liberdade de ação. Como a não explicitação do desenho estratégico pode fazer parte da própria estratégia, as dificuldades de sistematizar as evidências nesse tópico podem indicar a ausência de métodos estruturados de planificação.
FORMALIZAÇÃO
A Portaria n° 593, de 25 de agosto de 2000, que instituiu o Regimento Interno da Anvisa, dá ao Comitê lugar na estrutura da organização.
Plano de Trabalho do COPRH.
Planos de trabalho dos Cecovisas.
Portarias do TAM que criaram parâmetros para a pactuação de ações de recursos humanos em Visa.
As referências encontradas apontam certa formalização da PRH-Visa.

CAPÍTULO 6 – DISCUSSÃO

Para a discussão dos resultados deste estudo cabe lembrar que a política de recursos humanos em Vigilância Sanitária foi analisada como uma política de saúde, no contexto do SUS. Para isso foram utilizadas como categorias de análise certas dimensões das etapas propostas pelo CPPS/Opas para formulação de políticas de saúde.

A planificação em saúde pode ser entendida como uma ferramenta para a formulação de políticas de saúde (CCPS/OPAS, 1975), de modo que os passos utilizados nessa perspectiva podem ser recuperados no âmbito de uma organização. No caso do presente estudo, a análise documental não revelou nenhuma referência a um documento formal que apresentasse a política de RH em Visa para estados e municípios. Assim, o empenho deste trabalho foi direcionado para a busca de possíveis evidências que apontassem certos indícios acerca da formulação dessa política, ainda que de modo não planejado.

As análises realizadas indicam o desenvolvimento, em maior ou menor grau, das etapas de formulação da PRH-Visa, observando o cumprimento de algumas dimensões e subdimensões que compõem tais etapas. Entretanto, cabe registrar que não há referência, de forma explícita, da utilização de uma ferramenta ou de um modo estruturado de planificação. Percebem-se, contudo, movimentos voltados para a previsão de ações de gestão e desenvolvimento de RH em vigilância sanitária. Assim, pode-se afirmar que as ações e diretrizes definidas fazem parte de uma construção coletiva, constituída de saberes *práticos* e *operantes* (SCHRAIBER et al., 1999) em Visa, e que esse processo se conformou em um movimento de aproximações sucessivas à imagem-objetivo identificada nos documentos analisados.

Observa-se que havia uma intenção de construir diretrizes legítimas, viáveis e que se aproximassem da imagem-objetivo. Entretanto, esse propósito não foi cumprido de acordo com os passos metodológicos requeridos pela planificação na

formulação de políticas de saúde. Indica, contudo, alguma intencionalidade, uma atitude, um modo de entender e buscar soluções para os problemas identificados. Demonstra a existência de um movimento voltado a suprimir os empecilhos e buscar se colocar em condições adequadas para se aproximar da situação almejada, ou seja, uma estratégia (TESTA, 1997).

Fica evidente, assim, que não houve a aplicação formal de um método de planejamento. No entanto, constata-se a existência de certa postura estratégica na intenção de criar condições de trabalho articulado para o SNVS. Houve tentativas de redistribuir o poder para as unidades federadas, bem como de proporcionar autonomia e liberdade de ação às esferas de gestão. Nesse sentido, observam-se iniciativas bem-sucedidas como o TAM e a implantação dos Cecovisas. Diante dessas constatações, a análise dos resultados aponta para a não aplicação de um método de planificação, mas o recurso a algum pensamento estratégico (TESTA, 1995). Nessa perspectiva, cumpre assinalar a existência de um cálculo estratégico flexível que não atende a requisitos de formalidade, ou seja, um formato não-estruturado de planificação (VILASBÔAS & PAIM, 2008).

Os motivos que afastaram esse movimento das questões formais do planejamento foram explicitados pelos entrevistados como uma limitação na aplicação de métodos de planificação. Os atores que coordenavam o movimento não detinham os conhecimentos sobre planejamento em saúde e sua aplicabilidade na situação real. As referências para a definição das ações foram as iniciativas anteriores, sobretudo de capacitação e formação de profissionais de VISA, e as necessidades e problemas identificados na análise da situação. Isto se torna compreensível uma vez que o planejamento também é visto como um trabalho da gestão das organizações, onde “essa formulação aproxima o planejamento do conceito de processo de trabalho e permite abordá-lo como um determinado tipo de trabalho (SCHRAIBER et al., 1999). Outros autores da área de planificação privilegiam a constituição de sujeitos para intervir nas instituições e acreditam que a planificação objetiva uma intervenção na construção da história (TESTA, 1995; VILASBÔAS, 2006). Portanto, a experiência, as vivências são, também, elementos para a transformação da situação vigente.

Esses sujeitos que participam do processo de formulação de políticas e de planificação em saúde estão envolvidos em uma rede social onde se estabelecem relações de poder:

Para mudar o social, é necessário pensar na questão do Poder, pois o Poder é categoria central na análise da dinâmica social. Significa pensar em como a forma de implementar uma ação de saúde – a estratégia – leva a alcançar um certo deslocamento de poder – uma política – favorável à resolução do problema (GIOVANELLA, 1990, p. 132).

Nessa rede de poderes, os resultados do estudo sugerem que a Anvisa assumiu o seu “poder autorizado e legítimo” (BOBBIO, 2003), reconhecido como o de coordenadora do SNVS, e se colocou como indutor do processo de reflexões e construção acerca da temática recursos humanos em vigilância sanitária. Com essa prerrogativa, a Anvisa desencadeou várias ações e estabeleceu estratégias que podem ser reconhecidas como a concretização de poderes que se relacionam na dinâmica da realização, previstos pelo pensamento estratégico: os poderes administrativo, técnico e político (TESTA, 1995).

Uma das estratégias criadas para subsidiar a consolidação da política de vigilância sanitária no país, que produz um efeito na política em estudo, foi a implantação do TAM. Este mostrou-se como ferramenta importante na transferência de recursos financeiros a estados e municípios para o financiamento das ações de Visa, entre elas aquelas voltadas para a gestão e desenvolvimento de RH. Há um certo consenso entre os estudiosos da temática da descentralização e financiamento em Visa sobre a relevância desse instrumento, principalmente na melhoria estrutural do setor (COSTA, 2004b; BRITO, 2007; DE SETA, 2007).

Além dessa ferramenta, cabe mencionar que havia investimentos pontuais, financeiros, logísticos, estruturais e técnicos em outras iniciativas de formação e capacitação. A possibilidade de contratação de pessoal e incremento salarial, além da realização de processos formativos para os profissionais da área, fazem com que o TAM e outras formas de apoio financeiro sejam considerados a materialização do poder administrativo, entendido como aquele relacionado ao manejo de recursos que podem conferir efetividade à política (TESTA, 1992).

Outra ação adotada pela Anvisa refere-se ao apoio das suas áreas técnicas, de forma centralizada ou por meio de instituições de ensino e pesquisa, aos processos formativos e de preparação de pessoal com a finalidade de produzir conhecimentos que pudessem subsidiar a implementação de projetos e programas, implantação de normas técnicas, entre outras ações. Essas iniciativas podem ser indicativas de acumulação do poder técnico, aquele que utiliza o conhecimento para apoiar a realização das estratégias e o alcance das metas (TESTA, 1992).

Já o poder político, o que se utiliza da mobilização para defesa de interesses e posições, pode ser ilustrado por meio das atividades realizadas pela Anvisa, a maioria delas desencadeadas pelo COPRH. Essas iniciativas propiciaram o movimento e o debate sobre a questão de recursos humanos em Visa, com a participação de vários grupos de interesse como representantes de gestores e trabalhadores da Anvisa, das Visas estaduais e municipais, do Ministério da Saúde, além de instâncias do SUS como Conass e Conasems, representantes das instituições formadoras, organizações científicas, Opas, Abrasco, entre outras.

Esses exemplos citados fazem crer que existiu, no período estudado, o manejo desses poderes em prol do alcance da imagem-objetivo para a política de RH em Visa.

Numa avaliação mais ampliada do processo, é possível afirmar, também, que houve a intenção deliberada de priorizar o desenvolvimento de recursos humanos em detrimento da gestão do trabalho. Admitindo-se a política como ação ou omissão do Estado frente às questões de saúde (PAIM & TEIXEIRA, 2006), pode-se afirmar que a política desenvolvida pela Anvisa foi de *ação* em relação ao desenvolvimento de pessoal e de *omissão* no que se refere à gestão do trabalho.

A priorização do desenvolvimento de pessoal para a Visa faz sentido, uma vez que a produção do conhecimento é parte importante da imagem-objetivo definida pela Anvisa naquele período, como veremos nos próximos parágrafos. Já a opção pela *omissão* da gestão do trabalho apresentada pelos entrevistados baseia-se em reflexões que apontam pontos polêmicos ressaltados por autores que estudam a gestão de RH em Saúde.

Uma dessas polêmicas refere-se à característica federalista do Estado brasileiro, previsto na Lei Magna que estabelece a autonomia dos entes federativos. É fundamental salientar que o federalismo tem diversos aspectos positivos, sobretudo num país com dimensões continentais como o Brasil. Entretanto, nesse caso específico da formulação de uma política nacional de gestão do trabalho, traz obstáculos difíceis de serem superados. As diversidades regionais apresentadas no país, seja no perfil epidemiológico, na economia, nas condições de vida, nas demandas de saúde, nas relações de trabalho e no acesso à formação profissional, influem na definição de parâmetros nacionais para a gestão do trabalho em saúde. Os princípios e diretrizes para a NOB/RH-SUS reconhecem as diferenças das realidades e buscam, por meio da compatibilização dessas diversidades, estabelecer tais parâmetros (BRASIL, 2002).

O outro item trata da não-governabilidade do setor saúde sobre as decisões e os recursos para provimento e manutenção dos seus trabalhadores. Essas questões estão, na maioria das vezes, fora da governabilidade do setor saúde. Os setores chamados “sistêmicos” dos governos no Brasil (administração, planejamento e economia) colocam regras a serem respeitadas pelos demais setores, como é o caso da saúde, limitando as suas possibilidades de ação. Portanto, a gestão de RH em saúde é influenciada por

...diferentes sistemas de formulação de políticas com autonomia, direcionalidade e centralização próprias não regulados pela política setorial, mas diretamente afetados pela regulação estatal diversificada. Esses sistemas incluem sistemas educacionais e sua conformação peculiar, os sistemas administrativos centralizados em políticas gerais e ampliados para recursos humanos, no aparato jurídico-legal e legislativo que sustenta as relações de trabalho desde a regulamentação das profissões à normatização das relações de emprego, em suas mais variadas expressões (PIERANTONI; VARELA; FRANÇA, 2004, p. 58).

Além disso, o modelo de financiamento vigente impõe limites para gastos com contratação de trabalhadores, dificultando a gestão em saúde. Em pesquisa realizada pelo Conass, os gestores de saúde admitem que a autonomia na gestão do SUS e na área específica de gestão de RH é bastante limitada:

Os indicadores selecionados para a avaliação de autonomia de gestão (contratação de pessoal, sistemas de avaliação de desempenho, utilização de recursos financeiros e de processos de capacitação) demonstram que o nível de autonomia do gestor é limitado às questões relacionadas à “burocracia interna” – sistema de avaliação de desempenho e capacitação. Para aquelas que exigem poder decisório, como utilização de recursos orçamentários e contratação de pessoal, a autonomia declarada é “muito baixa ou nenhuma” (PIERANTONI; VARELA; FRANÇA, 2004, p. 65).

Essas restrições levaram os dirigentes da Anvisa na época estudada a fazerem a escolha por não contemplar a gestão do trabalho nas suas estratégias de ação, como mostram os resultados apresentados anteriormente.

Mesmo considerando informal e não-estruturada a planificação das ações da PRH-Visa, observou-se que alguns itens das etapas de formulação foram definidos. A seguir, procuraremos pontuar as dimensões e subdimensões contempladas.

Cumpramos ressaltar o esforço produzido pela Anvisa – por meio de seminários, oficinas de trabalho, pela realização do Censo dos trabalhadores de Visa e outras iniciativas – no sentido de conhecer os problemas e as demandas de estados e municípios e consensuar a imagem-objetivo (I-O) da PRH-Visa daquele período.

Entre as etapas, a que sugere ter tido maior clareza para os indutores do processo de formulação foi o reconhecimento dos problemas apresentados, o diagnóstico da situação atual na qual se encontrava a questão dos recursos humanos em Visa e a posterior definição da imagem-objetivo. Essa etapa é imprescindível para a planificação estratégica, uma vez que o diagnóstico dos problemas apresentados permite que se faça a análise da realidade à luz dos objetivos institucionais e das relações de poder existentes (GIOVANELLA, 1990).

A imagem-objetivo consolidada nessa análise aponta, como descrito no capítulo anterior, a importância da gestão do trabalho e desenvolvimento dos profissionais da vigilância sanitária, de todas as esferas de governo, com a finalidade de fomentar a produção do conhecimento em vigilância sanitária, visando imprimir consistência e legitimidade às ações desse campo, além de amparar a consolidação do Sistema Nacional de Vigilância Sanitária. No entanto, não basta uma análise de situação com a identificação de problemas. Assim, mesmo reconhecendo os problemas vinculados à gestão do trabalho, a opção política adotada não a contemplou.

Fica retratada, também, a intenção da Anvisa de, pelo movimento de reflexão sobre a questão de desenvolvimento de recursos humanos, ir ao encontro da consolidação da vigilância sanitária como campo da proteção à saúde e subsistema do SUS.

Para o item das proposições podem ser encontrados alguns fragmentos nos textos e nas entrevistas que mostram iniciativas de definição de objetivos intermediários, meios, caminhos para o alcance da I-O definida para a PRH-Visa. Podem-se verificar algumas iniciativas nessa direção, embora bastante tímidas diante do problema apresentado.

Entende-se que houve um reconhecimento dos macroproblemas que existiam no período estudado e a seleção de algumas soluções para superá-los. No entanto, a construção das proposições não se articulou de forma efetiva em função do contexto de flexibilidade e de não-formalidade que se manteve em todo o processo. A não-utilização de um método de planificação pela alta direção da Anvisa parece ser uma das razões pelas quais a definição das proposições se limitou aos níveis técnico-administrativo e técnico-operacional (CPPS/OPAS, 1975).

Mas é relevante o fato de as discussões, definição de propostas e execução de ações voltadas para a gestão e desenvolvimento de RH para Visa terem sido resultado de construções coletivas, com participação de diversos atores envolvidos na área, como mencionado anteriormente. As referências sobre a PRH-Visa encontradas em relatórios de movimentos relevantes da Vigilância Sanitária, como a Conavisa e o PDVISA, por exemplo, imprimem legitimidade às definições e ações propostas, como reafirma o planejamento estratégico.

Talvez o grande mérito do planejamento estratégico tenha sido o de trazer à tona a iminência do diálogo. Falar em planejamento comunicativo corresponde a uma interpretação do planejamento estratégico matusiano como a possibilidade de uma problematização coletiva, capaz de articular sujeitos sociais, como a possibilidade de incorporação de um raciocínio sobre a governabilidade de situações de compartilhamento e dispersão do poder que enfatiza a negociação política (RIVERA & ARTMANN, 1999, p. 356).

No que se refere às análises das proposições, pode-se dizer que não houve iniciativa ordenada nesse sentido. Um dos entrevistados chegou a afirmar que esta lacuna pode ser considerada um dos motivos da descontinuidade de várias ações.

No entanto, foram encontrados fragmentos dos documentos que apontam para avaliações do plano de trabalho do COPRH, da programação de ações de capacitação previstas pela Anvisa para estados e municípios, entre outras. Os projetos e planos de trabalho dos Cecovisas também eram analisados no momento de celebração dos convênios, tanto pela área técnica como pela área de convênios e finanças da Anvisa. Mas salienta-se que o realinhamento dessas programações era motivado pela burocratização que envolve a celebração de convênios, no momento de renovação da parceria. Diante disso, pode-se afirmar que houve iniciativas na Anvisa de avaliação pontual das atividades, planos operacionais e projetos de recursos humanos em Visa. No entanto, não existiu uma aplicação formal de ferramenta de análise de factibilidade, coerência e viabilidade de proposição de política de forma organizada, que preveja a análise do conjunto das estratégias definidas para o alcance da I-O.

As estratégias apresentadas como meio para o alcance da meta eram a replicação de atividades já executadas, consideradas de impacto positivo, e ações procedentes das necessidades do SNVS para a área de desenvolvimento de recursos humanos em Visa. Entretanto, poucas ações podem ser citadas como parte de um desenho estratégico mais estruturado.

A maioria dos textos e das entrevistas não admite claramente a existência de opositores e resistências ao movimento na época. No entanto, é importante citar a relação de disputa de poder existente no âmbito da Anvisa, acerca das questões referentes aos recursos humanos, entre as áreas técnicas, a Gerência de Recursos Humanos (Gerhu), a Assessoria de Descentralização (Adavs) e o COPRH. Essas relações não impediam a realização das ações, mas desgastavam as relações institucionais. Merece destaque aqui o conflito existente entre a Gerhu e o COPRH.

O COPRH tinha, mesmo de forma não-estruturada, projetos que balizavam a sua atuação. A Gerhu atuava de forma mais voltada para o atendimento das demandas internas da Agência. Por estar localizada na estrutura de administração e finanças da Anvisa, sua vocação era mais voltada para a gestão dos processos administrativos/burocráticos/cartoriais dos servidores da Anvisa. Naquele período, essa gerência não possuía um direcionamento, um projeto que norteasse sua ação. Desse conflito pode-se concluir que prevaleceu um poder sem projeto, um fazer

recursos humanos, que foi materializado pelo esvaziamento e extinção do COPRH e pelo fortalecimento da Gerhu, que foi elevada à condição de gerência-geral da Anvisa.²²

Sobre o momento da formalização da política, constatou-se a inexistência de um documento nesse sentido. As diretrizes, indicadores e ações foram publicizados de forma pulverizada, em diversos documentos.²³

Os resultados dessas etapas sugerem que a Anvisa, dadas as condições do contexto ou mesmo a inexperiência dos decisores com os aspectos técnicos de formulação de políticas, atuou mais na dimensão *policy* da política, "no fazer", do que no pensar, ou no ordenar o fazer. Trabalhou mais com projetos e operações do que com a formulação de políticas que, em última análise, redundaria em planos, programas, projetos, operações e ações (PAIM, 2003; PAIM & TEIXEIRA, 2006). Ainda assim, não é possível desconhecer no caso investigado o exercício da política enquanto *politics*, verificado nas disputas de poder no interior da Anvisa.

O importante nesse processo é que diversos resultados foram reconhecidos pelos informantes-chave como decorrentes desse movimento no contexto atual. As ações apresentadas nos relatórios do COPRH e da Anvisa revelam esses efeitos. Diversas publicações, processos formativos, tentativas de organização das demandas de capacitação do SNVS e iniciativas de atendimento a elas, entre outras, são exemplos concretos das conseqüências desse movimento.

Cumprе salientar a frágil capacidade das coordenações estaduais e municipais de Visa sobre as questões de recursos humanos. A maioria das estruturas de Visa não contava com um setor, e muitas, nem mesmo com um profissional específico para lidar com essa temática. Podem-se identificar iniciativas de desenvolvimento de RH nessas esferas de governo, no âmbito dos estados, municípios-capitais, e em alguns municípios de maior porte localizados principalmente nas regiões mais centrais do país (PIERANTONI, 2001). Há ainda um

²² As atividades do extinto COPRH foram englobadas nas atribuições do Centro de Gestão do Conhecimento Técnico-Científico (CGTEC).

²³ Os relatórios das oficinas – Doc. Diretrizes da Opas e Doc. da Oficina Abrascão –, o contrato de gestão pactuado pela Anvisa e Ministério da Saúde, o Plano de trabalho do COPRH, as Pactuações do TAM e o PDVISA.

grande distanciamento da Vigilância Sanitária com os setores apoiadores da gestão que compõem as secretarias estaduais e municipais de saúde, sobretudo as áreas de recursos humanos. Esse fato configura-se em um problema na medida em que dificulta a articulação e a consolidação do seu espaço dentro da instituição. Essa situação pode ser considerada uma herança do tempo em que a Visa era um setor à parte da saúde pública e não com a relevância adquirida durante o desenvolvimento do SUS.

De acordo com as dimensões propostas para a política de RH em saúde por Pierantoni (2001), na dimensão gerencial, observa-se uma carência de proposições e ações sobre gestão do trabalho na Visa. Os movimentos relativos a PCCS, por exemplo, são ínfimos, quando na verdade, o campo da Visa tem muitos motivos para reflexões sobre cargos, carreiras e salários. A peculiaridade apresentada devido à investidura dos profissionais do poder de polícia, aliada à grande rotatividade e ao número considerável de vínculos precários e à baixa remuneração não-condizentes com esse poder e a necessidade de exclusividade, fazem essa discussão primordial para o alcance da sua missão.

No que diz respeito à dimensão estrutural (PIERANTONI, 2001), apesar de já terem sido concretizados diversos processos formativos e de capacitação, esta dimensão está longe de ser atendida satisfatoriamente. A própria natureza da área, que exige alta especialização e atualização constante, faz dessa dimensão um ponto crítico. Os processos de qualificação profissional ainda não estão suficientemente alinhados ao contexto da proteção à saúde em que a Visa se insere hoje. Existem ações ainda elaboradas de acordo com modelos cartoriais, normativos, em detrimento de uma formação crítico-reflexiva, focada no gerenciamento do risco. Além disso, as estratégias pedagógicas deixam a desejar, não atendendo a propósitos problematizadores, de formação de agentes de transformação, de posturas éticas, indutores de construção da cidadania, com capacidade de tomada de decisões rápidas e efetivas que a Visa requer (COSTA, 2005; MASSON, 2007).²⁴

²⁴ Um ponto importante a ser exposto é a grande necessidade de capacitação gerencial. Os gestores da Visa precisam ser preparados para lidar com conceitos e ferramentas atuais de gestão, objetivando fortalecer as estruturas que gerenciam (BRASIL, 2001; BRASIL, 2007a).

A dimensão regulatória (PIERANTONI, 2001) não é menos relevante para a Visa. A natureza intersetorial desse campo exige a interação com diversos sistemas, além dos tradicionais de intercessão com a área de RH como educação e trabalho. A abrangência do campo da Visa determina que esta se relacione com setores como agricultura, direito, economia, entre outros. A relação da Anvisa com o próprio Ministério da Saúde ainda é problemática, com distanciamento e ambigüidades.²⁵

Conclui-se, portanto, que o processo de definição de política de RH em Visa para estados e municípios desencadeado pela Anvisa não pode ser nominado como uma formulação de política planejada e formalizada perante o proposto pelo CPPS/Opas (1975). Contudo, os resultados encontrados remetem ao cumprimento de várias dimensões e subdimensões que compõem as etapas da formulação, o que permite constatar um interessante movimento iniciado em direção à construção de tal PRH-Visa. Além disso, considerando o planejamento como cálculo (MATUS, 1987) e a política como pensamento estratégico (TESTA, 1995), os resultados deste estudo apontam para a adoção de "métodos não-estruturados" de construção de políticas, tal como verificado em outras situações (VILASBÔAS, 2006; VILASBÔAS & PAIM, 2008).

²⁵ Vários são os fatores que fragilizam essa relação. A indefinição do modelo de vigilância adotado no país, por exemplo, é uma grande polêmica e questão ainda não resolvida. O conflito conceitual do que é fazer vigilância ainda paira sobre os processos de trabalho. O reflexo disso é a diversidade de desenhos organizacionais encontrados para a área de vigilância no Brasil. No impedimento de dissertar aqui sobre essa questão, limita-se somente a pontuá-la. Outra questão a ser ressaltada refere-se à regulamentação das profissões. O agente/fiscal de vigilância sanitária não é regulamentado no país. E sobre essa questão também existem ainda várias dúvidas. O fato é que o exercício profissional do agente de vigilância sanitária, investido do poder de polícia para agir em nome do Estado, não é regulamentado por nenhum mecanismo de regulação profissional. Os regulamentos das profissões que compõem a área de Visa não fazem menção ao exercício das tecnologias de vigilância sanitária. Este debate também está "em aberto".

CAPITULO 7 – CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo revela que, apesar das limitações apresentadas na tentativa de formulação da PRH-Visa, um importante caminho já foi percorrido.²⁶ Mesmo sem uma ação deliberada e organizada, há indícios de que algo foi feito em relação às dimensões da formulação da política. Foram identificadas lacunas, mas observa-se o cumprimento de algumas etapas, como o levantamento de problemas e a definição da imagem-objetivo. A mobilização feita junto aos atores do SNVS e outros envolvidos com a Visa também é um fator fundamental, que não deve ser desprezado.

No que se refere à construção das estratégias, iniciativas como a criação dos Cecovisas e o apoio ao planejamento e execução de ações de preparação de pessoal para estados e municípios, entre outras, são reconhecidas como fundamentais para subsidiar a descentralização das ações de Visa.

Esse percurso já trilhado não deve ser esquecido. Por isso, recomenda-se, a partir dos resultados deste estudo, a retomada de um trabalho com vistas à construção de uma política planejada de RH em Visa. Sugere-se que esse novo movimento seja induzido pela Anvisa, com a participação dos parceiros agregados no passado e descritos nesse estudo. Propõe-se a continuidade desse trabalho, recolocando as prioridades antes estabelecidas, trazendo a discussão da gestão do trabalho também para o centro das atenções. Esse debate precisa ser enfrentado, uma vez que aumenta a demanda por capacitação e formação profissional e tem interferência direta com a gestão do SNVS.

²⁶ Necessário referir alguns limites que este estudo apresenta. Assim, outras ações relevantes foram feitas no período posterior ao aqui recortado. De 2007 até os dias atuais, sabe-se que a Anvisa procurou manter a discussão, junto aos parceiros citados neste trabalho, sobre as questões de RH. Além disso, outros pontos de vista precisam ser considerados, como a postura a ser adotada pela Visa frente à política de RH em saúde posta pelo Ministério da Saúde, entre outros aspectos da PRH-Visa não esgotados aqui.

Recomenda-se um aprofundamento na relação da Anvisa com o Ministério da Saúde. O reconhecimento da Visa como subsistema do SUS passa por essa articulação nas questões de RH. A formação de profissionais com essa concepção consolida a Visa como um âmbito de práticas da Saúde Coletiva e componente indissociável do SUS. Nesse sentido, é essencial que a Anvisa priorize de fato a PRH-Visa como eixo fundamental para a consolidação do SNVS e para a legitimidade das ações de vigilância sanitária.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BOBBIO, N. **O filósofo e a política**. Rio de Janeiro: Contraponto, 2003. p. 137-156.

BRASIL. Congresso Nacional. Constituição da República Federativa do Brasil: promulgada em 5 de outubro de 1988. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 5 out. 1988.

BRASIL. Congresso Nacional. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 20 set. 1990. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/saude/area.cfm?id_area=169>. Acesso em: 25 out. 2008.

BRASIL. Congresso Nacional. Lei nº 9.782, de 26 de janeiro de 1999. Define o Sistema Nacional de Vigilância Sanitária, cria a Agência Nacional de Vigilância Sanitária, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 27 jan. 1999. Disponível em: <<http://e-legis.anvisa.gov.br/leisref/public/showAct.php?id=15359&word>>. Acesso em: 25 out. 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Portaria nº 593, de 25 de agosto de 2000. Regimento Interno da Anvisa. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 28 ago 2000a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Documentos preliminares para apoio aos Estados na estruturação do componente "Vigilância Sanitária" na Política de Desenvolvimento de Recursos Humanos**. Recursos Humanos para a Vigilância Sanitária: uma questão estratégica. Brasília, DF: Agência Nacional de Vigilância Sanitária, 2000b. Disponível em: <<http://www.Anvisa.gov.br/Institucional/snvs/coprh/normas/estados.htm>>. Acesso em: 8 jun. 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Conferência Nacional de Vigilância Sanitária**. Relatório Final. Brasília, DF: Anvisa, 2001. 159 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Relatório de Gestão COPRH - 2000 a 2002**. Brasília, DF: Anvisa, 2003a. Disponível em: <http://www.Anvisa.gov.br/institucional/snvs/coprh/relatorios/gestao_2000_2002.pdf>. Acesso em: 8 jun. 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Anexo 1 – Bases para Pactuação do Termo de Ajuste e Metas – Vigilância Sanitária: Descentralização com Equidade no Custeio**. Brasília, DF: Anvisa, maio 2003b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Relatório de Gestão COPRH – 2003**. Brasília, DF: Anvisa, 2004. Disponível em: <http://www.Anvisa.gov.br/institucional/snvs/coprh/relatorios/gestao_2003.pdf>. Acesso em: 8 jun. 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Relatório de Gestão COPRH – 2004**. Brasília, DF: Anvisa, 2005a. Disponível em: <http://www.Anvisa.gov.br/institucional/snvs/coprh/relatorios/gestao_2004.pdf>. Acesso em: 8 jun. 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Relatório de Atividades da Anvisa – 2005**. Brasília, DF: Anvisa, 2005b. Disponível em: <<http://www.Anvisa.gov.br/relatorio2005/>>. Acesso em: 8 jun. 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Censo VISA 2004**. Brasília, DF: Anvisa, 2005c. (Série G Estatística e Informação em Saúde, v. I). 76 p. Disponível em: <http://www.Anvisa.gov.br/hotsite/censo_2004/historico/historico.htm>. Acesso em: 23 out. 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Oficina de Trabalho: Avaliação do Termo de Ajuste e Metas e Novas Perspectivas para o Financiamento das Ações de Vigilância Sanitária**. Brasília, DF: Anvisa, maio 2006a. Disponível em: <<http://www.Anvisa.gov.br/institucional/snvs/descentralizacao/oficina/relatorio.pdf>>. Acesso em: 7 jun. 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Relatório de Gestão Anvisa – 2006**. Brasília, DF: Anvisa, 2007a. Disponível em: <http://www.Anvisa.gov.br/hotsite/relatorio_atividades_06/index.htm>. Acesso em: 8 jun. 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Plano Diretor de Vigilância Sanitária**. 1 ed. Brasília, DF: Anvisa, 2007b. 56 p. Disponível em: <<http://www.Anvisa.gov.br/hotsite/pdvisa/index.htm>>. Acesso em: 25 out. 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Relatório de Gestão Anvisa – 2007**. Brasília, DF: Anvisa, 2008. Disponível em: <<http://www.Anvisa.gov.br/institucional/Anvisa/relatorios/relatorio2007/pdf/CDROM%20miolo%20relatorio%20Anvisa2007.pdf>>. Acesso em: 8 jun. 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Princípios e diretrizes para a norma operacional básica de recursos humanos para o Sistema Único de Saúde (NOB/RH-SUS)**. 2. ed. rev. e atual. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Política de Saúde. Coordenação-Geral de Política e Desenvolvimento da Política de Recursos Humanos. **Política de Recursos Humanos para o SUS: balanço e perspectivas**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2003c.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Departamento de Apoio à Descentralização. Coordenação-Geral de Apoio à Gestão Descentralizada. **Diretrizes Operacionais dos Pactos pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão**. (Série A. Normas e Manuais Técnicos). Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2006b. 76 p. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/saude/area.cfm?id_area=1021>. Acesso em: 25 out. 2008.

BRITO, R. L. **Análise da política de descentralização das ações de vigilância sanitária no Brasil: do debate sobre o repasse de recursos ao compromisso com a responsabilidade sanitária**. Dissertação (Mestrado em saúde Pública). Departamento de Saúde Coletiva. Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães. Fundação Oswaldo Cruz. Recife, 2007.

COSTA, E. A. Vigilância Sanitária, saúde e cidadania. **Cadernos de Saúde: Vigilância Sanitária**, Belo Horizonte, Coopmed, n. 4, p. 15-27, 2001.

COSTA, E. A. Vigilância Sanitária: proteção e defesa da saúde. In: ROUQUAYROL, M. Z.; ALMEIDA FILHO, N. **Epidemiologia & Saúde**. 6. ed. Rio de Janeiro: Medsi, 2003.

COSTA, E. A. Conhecimento e formação profissional em vigilância sanitária. **Revista Brasileira de Vigilância Sanitária - Revisa**, São Paulo, v. 1, n. 2, p. 141-146, 2005.

COSTA, E. A. **Vigilância Sanitária**. Proteção e defesa da saúde. 2. ed. aum. São Paulo: Sobravime, 2004a.

COSTA, E. A. Vigilância Sanitária: contribuições para o debate no processo de elaboração da Agenda de Prioridades de Pesquisa em Saúde. In: **Saúde no Brasil**. Contribuições para a Agenda de Prioridades de Pesquisa/Ministério da Saúde. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2004b. p. 127-155.

COSTA, E. A.; ROSENFELD, S. Constituição da Vigilância Sanitária no Brasil. In: ROSENFELD, S. **Fundamentos da Vigilância Sanitária**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2000. p. 15-40.

COSTA, E. A.; SOUTO, A. C. Formação de Recursos Humanos para a Vigilância Sanitária. **Divulgação em Saúde para Debate**, Rio de Janeiro, n. 25, p. 91-107, nov. 2001.

COSTA, E. A.; FERNANDES, T. M.; PIMENTA, T. S. A vigilância sanitária nas políticas de saúde no Brasil e a construção da identidade de seus trabalhadores (1976–1999). **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 3, maio/jun. 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232008000300021&script=sci_arttext>. Acesso em: 25 maio 2009.

CPPS (CENTRO PAN-AMERICANO DE PLANIFICAÇÃO EM SAÚDE)/OPAS (ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE). **Formulación de Políticas de Salud**. Santiago, Chile, jul. 1975. 72 p.

DE SETA, M. H. **A construção do Sistema Nacional de Vigilância Sanitária**: uma análise das relações intergovernamentais na perspectiva do federalismo. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva). Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva – área de concentração em Política, Planejamento e Administração em Saúde. Instituto de Medicina Social. Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, 2007.

DE SETA, M. H.; SILVA, J. A. A. A gestão em Vigilância Sanitária. In: **I Conferência Nacional de Vigilância Sanitária: Caderno de Textos**. Brasília, DF: Anvisa, 2001. p. 71-83.

FEKETE, M. C. A questão de Recursos Humanos na Conferência Nacional de Vigilância Sanitária. In: **I Conferência Nacional de Vigilância Sanitária: Caderno de Textos**. Brasília, DF: Anvisa, 2001. p. 99-108.

GIOVANELLA, L. Planejamento estratégico em saúde: uma discussão da abordagem de Mário Testa. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 6, n. 2, p. 129-153, abr./jun. 1990. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v6n2/v6n2a03.pdf>>. Acesso em: 25 out. 2008.

KVALE, S. **Interviews**: an introduction to qualitative research interviewing. Thousand Oaks: Sage, 1996. 326 p.

LIMA, L. C. W. Anvisa: enfim um projeto político-institucional para a vigilância sanitária? **Divulgação em Saúde para Debate**, Rio de Janeiro, n. 25, p. 9-23, nov. 2001.

LUCCHESI, G. **Globalização e regulação sanitária**. Os rumos da Vigilância Sanitária no Brasil. (Doutorado em Saúde Pública). Escola Nacional de Saúde Pública. Fundação Oswaldo Cruz. Rio de Janeiro, ago. 2001.

MASSON, L. F. **Competências do Especialista em Regulação e Vigilância Sanitária** (Mestrado em Saúde Coletiva/Concentração em Vigilância Sanitária). Instituto de Saúde Coletiva. Universidade Federal da Bahia. Salvador, 2007.

MATUS, C. **Política, planificación y gobierno**. Washington, D.C.: OPS, 1987. 772 p.

MATUS, C. Fundamentos da planificação situacional. In: RIVERA, F. J. U. (org). **Planejamento e programação em saúde: um enfoque estratégico**. Rio de Janeiro: Cortez/Abrasco, 1989. p. 107-123.

NOGUEIRA, R. P. Estabilidade e flexibilidade: tensão de base nas novas políticas de recursos humanos em saúde. **Divulgação em Saúde para Debate**, Rio de Janeiro, n. 14, p. 18-22, ago. 1996.

NOGUEIRA, R. P. et al. Limites críticos das noções de precariedade e desprecarização do trabalho na administração pública. In: BARROS, A. F. R. (org.) et. al. **Observatório de Recursos Humanos em Saúde no Brasil: estudos e análises**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2004.

PAIM, J. S. Processo político e formulação de políticas de saúde. In: ISC/UFBA Política de Saúde. **Coletânea de Textos para a Disciplina ISC-003**, Salvador, 1997. 9 p.

PAIM, J. S. Por um planejamento das práticas de saúde. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 4, n. 2, p. 243-248, 1999.

PAIM, J. S. Política de Saúde no Brasil. In: ROUQUAYROL, M. Z.; ALMEIDA FILHO, N. **Epidemiologia e Saúde**. 6. ed. Rio de Janeiro: Medsi, 2003. p. 587-603.

PAIM, J. S.; TEIXEIRA, C. F. Política, planejamento e gestão em saúde: balanço do estado da arte. **Rev. Saúde Públ.**, São Paulo, p. 73-78, ago. 2006.

PIERANTONI, C. R. As reformas do Estado, da saúde e recursos humanos: limites e possibilidades. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 6, n. 2, p. 341-360, 2001.

PIERANTONI, C. R.; VARELLA, T. C.; FRANÇA, T. Recursos humanos e gestão do trabalho em saúde: da teoria à prática. In: BARROS, A. F. R. (org.) et al. **Observatório de Recursos Humanos em Saúde no Brasil: estudos e análises**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2004.

PUENTES-MARKIDES, C.; HURTADO, M. Análisis sectorial para la formulación de políticas de salud. **Educ. Med. Salud**, Washington, D.C., v. 28, n. 2, p. 171-198, 1994.

RIVERA, F. J. U. Por um modelo de formulação de políticas de saúde baseado no enfoque estratégico da planificação. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 3, n. 4, 1987.

RIVERA, F. J. U.; ARTMAN, E. Planejamento e gestão em saúde: flexibilidade metodológica e agir comunicativo. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 4, n. 2, 1999.

ROVERE, M. R. **Planificación estratégica de recursos humanos en salud**. Washington, D.C.: OPS, 1993. 232 p.

SANTANA, J. P. CHRISTÓFARO, M. A. C. **Educação, trabalho e formação profissional em saúde**. Disponível em: <http://www.nesp.unb.br/polrhs/Temas/edc_trab_form_prof_em_saude2.htm>. Acesso em: 7 jun. 2009.

SANTOS, M. Z. **A institucionalização do planejamento na Anvisa** (Mestrado em saúde Coletiva/Concentração em Vigilância Sanitária). Instituto de Saúde Coletiva. Universidade Federal da Bahia. Salvador, 2007.

SCHRAIBER, L. B. et al. Planejamento, gestão e avaliação em saúde: identificando problemas. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 4, n. 2, p. 221-242, 1999.

SILVEIRA, L. C. **Ciência, tecnologia, inovação e vigilância sanitária**. Dissertação (mestrado em Desenvolvimento Sustentável, área de concentração em Política e Gestão em Ciência e Tecnologia). Centro de Desenvolvimento Sustentável, Universidade de Brasília. Brasília, 2006.

TESTA, M. **Pensar em saúde**. Porto Alegre: Artes Médicas/Abrasco, 1992.

TESTA, M. **Pensamento estratégico e lógica de programação**. O caso da saúde. São Paulo/Rio de Janeiro: Hucitec/Abrasco, 1995. 306 p.

TESTA, M. **Saber en salud** – la construcción del conocimiento. Buenos Aires: Lugar Editorial, 1997.

VIANA, A. L. Enfoques metodológicos em Políticas Públicas: novos referenciais para os estudos sobre Políticas Sociais. In: CANESQUI, A. M. **Ciências Sociais e Saúde**. São Paulo/Rio de Janeiro: Hucitec/Abrasco, 1997. p. 205-215.

VILASBÔAS, A. L. Q. **Práticas de planejamento e implementação de políticas no âmbito municipal**. Tese (Doutorado em saúde Pública). Universidade Federal da Bahia. Salvador, 2006.

VILASBÔAS, A. L. Q.; PAIM, J. S. Práticas de planejamento e implementação de políticas no âmbito municipal. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 6, p. 1239-1250, jun. 2008.

APÊNDICES

APÊNDICE 1 - LISTA DE INFORMANTES-CHAVE:

ENTREVISTADOS ²⁷
Ex-Diretor-presidente da Anvisa Período: 1999-2002
Ex-Diretor-presidente da Anvisa Período: 2003-2005
Ex-diretor da Anvisa e ex-Diretor-coordenador do COPRH/Anvisa. 1999-2004
Ex-coordenadora do COPRH/Anvisa Período: 2000-2001
Ex-coordenadora do COPRH/Anvisa Período: 2001-2003 e 2007
Ex-coordenadora do COPRH Período: 2004-2006
Ex-coordenadora da Câmara Técnica de Visa do Conass. Atual Diretora da Anvisa responsável pelo Centro de Gestão do Conhecimento – CGTEC/Anvisa

²⁷O atual diretor-presidente da Anvisa que envolve o período de 2005 até o presente não foi entrevistado por dificuldade de agenda.

APÊNDICE 2 – ROTEIRO DE ENTREVISTA

1. Como era a interface da Anvisa com estados e municípios no que se refere à questão de recursos humanos (gestão do trabalho e capacitação/formação)?
2. Quais os problemas que existiam nessa relação?
3. Qual o lugar ocupado pelas questões de RH no processo de descentralização das ações de Visa?
4. Que fatores políticos/sociais/culturais/econômicos teriam influenciado essa situação?
5. Qual a sua visão de futuro (imagem-objetivo) para a questão de RH (gestão e qualificação) em vigilância sanitária de estados e municípios? Como deveria ser? Qual a tendência que se apresenta?
6. Qual a orientação política definida diante da situação apresentada?
7. Que forças atuavam sobre essa situação (favoráveis, indiferentes e contrárias)?
8. Existiam definições de papéis e atribuições das esferas de gestão do SUS (estados/municípios/União) para as ações de gestão e qualificação de RH em Visa?
9. Quais eram as propostas/prioridades para enfrentamento da situação de então?
10. Como foram construídas essas propostas? Que atores participaram? Foi aplicada alguma metodologia/ferramenta específica? Utilizou-se alguma técnica de planejamento para RH?

11. Quais eram as propostas prioritárias?
12. Houve o envolvimento de estados e municípios nesse processo? Qual? Como se dava tal envolvimento?
13. Quais as áreas da Anvisa envolvidas nesse processo?
14. Como foi a participação das áreas técnicas da Anvisa nesse processo?
15. Quais foram os obstáculos encontrados? E as facilidades?
16. Você considera que esse processo se configurou em uma política de RH para a vigilância?
17. Quais os instrumentos que formalizam as diretrizes e proposições definidas?
18. Em que medida as diretrizes e proposições foram internalizadas e respeitadas pelo SNVS?
19. Como você vê a questão de RH em Anvisa nos dias atuais?
20. Que ações/situações atuais você apontaria como consequência desse processo?
21. Que perspectivas você veria para os próximos cinco ou dez anos?

APÊNDICE 3 – DIMENSÕES E SUBDIMENSÕES PARA ANÁLISE DOS DADOS COLETADOS

DIMENSÕES	SUBDIMENSÕES
IMAGEM-OBJETIVO/SITUAÇÃO-OBJETIVO	<ul style="list-style-type: none"> • Fatores políticos/econômicos/sociais/culturais que determinam a política • Demandas políticas • Imagens extraídas dos documentos analisados e das entrevistas, do ponto de vista dos poderes técnicos/políticos/administrativos. • Valores e ideologias presentes em tais imagens • Imagem dos dirigentes da Anvisa/representantes do Conass - Conasems - Abrasco
PROPOSIÇÕES	<ul style="list-style-type: none"> • Metodologia da proposição da política (como foi definida/que atores foram ouvidos/que ferramenta foi utilizada/método de planificação) • Levantamento das proposições • Conteúdo
ANÁLISE DAS PROPOSIÇÕES	<ul style="list-style-type: none"> • Factibilidade • Coerência • Viabilidade: identificar as forças que apóiam e resistem às proposições; identificar os poderes envolvidos: técnico/administrativo e político.
DESENHO ESTRATÉGICO	<ul style="list-style-type: none"> • Identificar as estratégias adotadas • Facilidades encontradas • Obstáculos encontrados • Identificar as forças que apóiam e resistem às estratégias • Identificar os poderes envolvidos no desenho estratégico: técnico/administrativo e político.
FORMALIZAÇÃO DA POLÍTICA	<ul style="list-style-type: none"> • Identificar a formalização da política (instrumentos que a formalizem) • Identificar os poderes envolvidos na formalização: técnico/administrativo e político.

APÊNDICE 4 - LISTA DE DOCUMENTOS ANALISADOS

1	Relatório da Conferência Nacional de Visa
2	Censor 2004
3	Relatório de Gestão COPRH – 2000 a 2002
4	Relatório de Gestão COPRH – 2003
5	Relatório de Gestão COPRH – 2004
6	Relatório de Gestão Anvisa – 2004
7	Relatório de Gestão Anvisa – 2005
8	Relatório de Gestão Anvisa – 2006
9	Plano Diretor de Vigilância Sanitária - PDVISA
10	Documentos preliminares para apoio aos estados na estruturação do componente “Vigilância Sanitária” na Política de Desenvolvimento de Recursos Humanos – Recursos Humanos para a Vigilância Sanitária: uma questão estratégica.
11	Relatório da Oficina - Formação de Recursos Humanos para a Vigilância Sanitária
12	Relatório da Oficina de Avaliação do Termo de Ajuste e Metas (TAM)