

**Tânia Celeste Matos Nunes**  
**Jairnilson Silva Paim**  
**Carlos Henrique Assunção Paiva**  
**Soraya Almeida Belisário**  
**Catharina Leite Matos Soares**  
**Silvana Lima Vieira**  
**Yansy Aurora Delgado Orrillo**  
**Jéssica Janai Meneses Valério**  
**Maria Cristina Rodrigues Gil**  
**Renata Ribeiro Gómez**

**20 anos**  
*Secretaria de*  
**Gestão do**  
*Trabalho e da*  
**Educação**  
*na Saúde*

**Memória e trajetória histórica**



Navegar pelo processo sócio-histórico de construção da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES), muito bem apresentado neste livro comemorativo dos seus 20 anos, nos remete à caminhada de luta e dedicação à criação do próprio SUS. Não foram poucos nem pequenos os desafios enfrentados, tampouco estão por finalizar. Mas também não foram incipientes as conquistas instituídas, nem foram desprovidas do envolvimento, força e dedicação de muitas e imprescindíveis pessoas. Períodos de alvorecer, de anoitecer; períodos de tormenta e, na tormenta, alguém precisa segurar com força o leme, alguém precisa ajudar a remar, alguém precisa esperar. Mas entender que o período de calmaria não vai chegar, pois a luta é desigual porque assim é o mundo que queremos transformar. Justiça, trabalho digno, gente reconhecida e valorizada, educação emancipatória, educação cidadã, gestão comprometida com vidas e com pessoas, políticos e políticas comprometidas com uma nova forma de sociedade. É disso também que trata a SGTES. Trata de caminhos para consolidar o SUS que queremos ver e ter. Um SUS que tem em cada rincão desse imenso país uma trabalhadora, um trabalhador feliz em poder acolher e cuidar da saúde das pessoas e consciente de que está inserido num grande e importante projeto de estruturação de um mundo mais humano, mais solidário. E ciente de que, sempre e quando precisar, um alguém estará perto e pronto para compartilhar conhecimentos e reflexões. Gestão do trabalho e da educação na saúde é construção coletiva, comprometida, participativa, democrática e aguerrida. SGTES viva! Viva o SUS!

***Célia Regina Rodrigues Gil***



UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA

REITOR

Paulo Cesar Miguez de Oliveira

VICE-REITOR

Penildon Silva Filho



EDITORA DA UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA

DIRETORA

Susane Santos Barros

CONSELHO EDITORIAL

*Titulares*

Angelo Szaniecki Perret Serpa

Caiuby Alves da Costa

Cleise Furtado Mendes

Evelina de Carvalho Sá Hoisel

George Mascarenhas de Oliveira

Mônica de Oliveira Nunes de Torrenté

Mônica Neves Aguiar da Silva

*Suplentes*

José Amarante Santos Sobrinho

Lorene Pinto

Lúcia Matos

Lynn Alves

Paola Berenstein Jacques

Rafael Moreira Siqueira



MINISTÉRIO DA  
SAÚDE



**Tânia Celeste Matos Nunes**  
**Jairnilson Silva Paim**  
**Carlos Henrique Assunção Paiva**  
**Soraya Almeida Belisário**  
**Catharina Leite Matos Soares**  
**Silvana Lima Vieira**  
**Yansy Aurora Delgado Orrillo**  
**Jéssica Janai Meneses Valério**  
**Maria Cristina Rodrigues Gil**  
**Renata Ribeiro Gómez**

**20 anos**  
*Secretaria de*  
**Gestão do**  
*Trabalho e da*  
**Educação**  
*na Saúde*

**Memória e trajetória histórica**

Salvador • EDUFBA • 2024

2024, autores.

Direitos para esta edição cedidos à Edufba. Feito o Depósito Legal.

Grafia atualizada conforme o Acordo Ortográfico da Língua Portuguesa de 1990, em vigor no Brasil desde 2009. Utilizada a norma de citação atualizada, NBR 10520 de 2023.

Coordenação editorial *Flávia Goulart Rosa*

Projeto gráfico e editoração *Gabriela Nascimento e Luiz Celestino*

Normalização *Sandra Batista*

Sistema Universitário de Bibliotecas – UFBA

20 anos Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação :

memória e trajetória histórica / Tânia Celeste Matos

Nunes ... [et. al.]. – Salvador : EDUFBA, 2024.

230 p.

ISBN: 978-65-5630-658-2

1. Saúde pública - Brasil. 2. Política pública. 3. Pessoal da área de saúde pública - Educação. I. Nunes, Tânia Celeste Matos. II. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde.

CDU: 614

Elaborada por Tatiane de Jesus Ribeiro CRB-5: BA-001594/O

Editora afiliada à



EDITORA DA UFBA

Rua Barão de Jeremoabo, s/n Campus de Ondina

Salvador – Bahia CEP 40170-115 Tel.: (71) 3283-6164

www.edufba.ufba.br – edufba@ufba.br

**Este livro é dedicado às trabalhadoras e aos  
trabalhadores de saúde do Brasil.**



*Tropeçavas nos astros desastrada  
Quase não tínhamos livros em casa  
E a cidade não tinha livraria  
Mas os livros que em nossa vida entraram  
São como a radiação de um corpo negro  
Apontando pra a expansão do Universo  
Porque a frase, o conceito, o enredo, o verso  
(E, sem dúvida, sobretudo o verso)  
É o que pode lançar mundos no mundo.*

*Tropeçavas nos astros desastrada  
Sem saber que a ventura e a desventura  
Dessa estrada que vai do nada ao nada  
São livros e o luar contra a cultura.*

*Os livros são objetos transcendententes  
Mas podemos amá-los do amor táctil  
Que votamos aos maços de cigarro  
Domá-los, cultivá-los em aquários,  
Em estantes, gaiolas, em fogueiras  
Ou lançá-los pra fora das janelas  
(Talvez isso nos livre de lançarmo-nos)  
Ou o que é muito pior por odiarmo-los  
Podemos simplesmente escrever um:*

*Encher de vãs palavras muitas páginas  
E de mais confusão as prateleiras.  
Tropeçavas nos astros desastrada  
Mas pra mim foste a estrela entre as estrelas.*

*(Caetano Veloso, "Livros").*



## AGRADECIMENTO

Para compartilhar esta história de 20 anos, sintetizada neste livro, foi preciso o engajamento, a colaboração e ações participativas de muitas pessoas. Não poderíamos deixar de agradecer pela confiança, à equipe de dirigentes da Secretaria de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde (SGTES), bem como as contribuições e parcerias das demais equipes, essenciais a esta obra.

### **Dirigentes**

Isabela Cardoso de Matos Pinto  
*Secretária*

Célia Regina Gil  
Livia Mello  
*Diretoras do DEGES*

Bruno Guimarães  
Laise Rezende de Andrade

### **Grupo de Comunicação**

Eduardo Pinto Grisoni  
Fabiana Mascarenhas Sant'Ana  
Priscila Starline Estrela Tuy Batista  
Wandrey Sanches Braga

### **Grupo Técnico-Administrativo**

Ana Maria Freire de Medeiros  
Fabiana Alves do Nascimento  
Jorde Francisco de Souza  
Lucilene Chaves de Carvalho  
Maria Aparecida Timo Brito  
Maria Ivanildes Resende de Oliveira  
Valéria Mariana Atella Barbosa  
Marcos Pelico Ferreira Alves

# Sumário

## *Prefácio*

**Uma história para ser  
compartilhada: 20 anos da SGTES • 13**

Isabela Cardoso de Matos Pinto

## *Apresentação*

**Celebração dos 20 anos da SGTES • 17**

Carlos Henrique Assunção Paiva

Jairnilson Silva Paim

Soraya Almeida Belisário

Tânia Celeste Matos Nunes

## **Capítulo I - Palavras iniciais • 23**

Introdução • 23

Um pouco antes • 24

Modos de fazer, traçar  
e retrazar caminhos • 31

## *Primeiro momento*

**Capítulo II - Como tudo começou  
(2003-2005) • 37**

Contextualização da criação • 37

Nova secretaria: ideias, concepções,  
desafios, parcerias e horizontes novos • 42

Gestão do trabalho • 46

Gestão da educação • 49

## *Segundo momento*

### **Capítulo III - Consolidação institucional (2005-2010) • 63**

Algumas palavras sobre o contexto brasileiro • 64

A SGTES sob os bons ventos • 65

Limites e desafios institucionais • 79

### **Capítulo IV - Inovação e enfrentamento (2011-2016) • 87**

## *Terceiro momento*

### **Capítulo V - Mudança de rumo (2017-2018) • 119**

SGTES no contexto da crise institucional • 119

Trabalho e educação no período 2017-2018 • 122

### **Capítulo VI - Retrocesso (2019-2022) • 137**

Educação na saúde • 141

Gestão do trabalho • 143

Respostas da sociedade e das instituições • 144

## *Quarto momento*

### **Capítulo VII - Retomada (2023 – período atual) • 153**

Prioridades da SGTES • 158

Educação na saúde • 160

Gestão do trabalho • 162

Negociação intersetorial e interinstitucional • 165

### **Capítulo VIII - Desafios e caminhos da SGTES • 171**

### **Capítulo IX - Reflexões finais • 189**

## *Referências • 203*

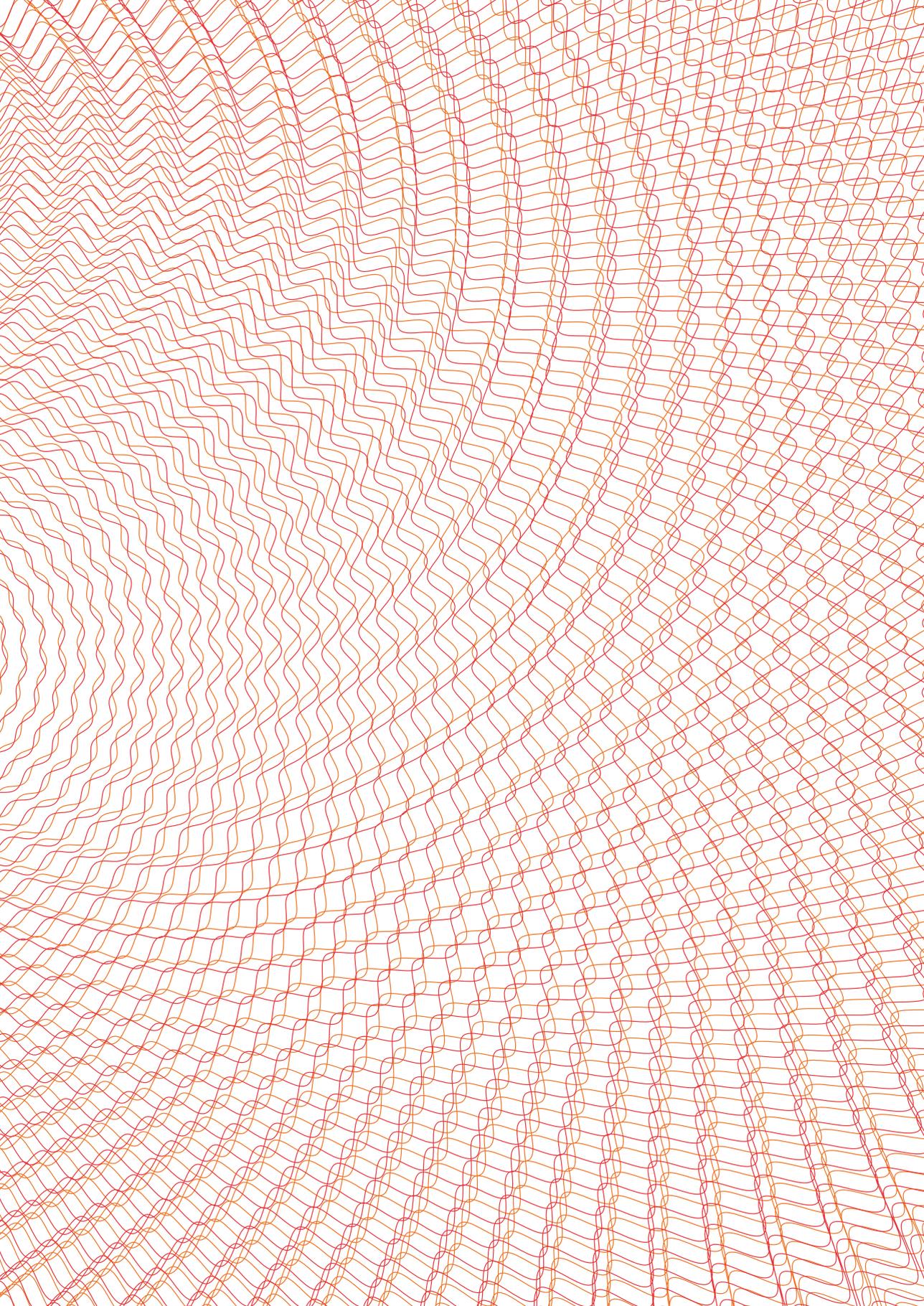
## *Apêndice A –*

### **Relação de siglas • 221**

## *Apêndice B –*

### **Relação dos entrevistados • 226**

## *Sobre os autores • 227*



# Prefácio

## **Uma história para ser compartilhada: 20 anos da SGTES**

O processo de elaboração desse prefácio é acompanhado de muita emoção, considerando que este livro oferece aos leitores a trajetória de uma organização que é resultado da mobilização de sujeitos sociais e fruto do movimento pela reforma sanitária brasileira. Muitas foram as mãos que fertilizaram os caminhos, desencadeando processos e ações pelo reconhecimento do direito a saúde e defesa dos direitos e valorização dos trabalhadores e trabalhadoras do Sistema Único de Saúde (SUS).

A Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES) do Ministério da Saúde (MS), criada em 2003, completou 20 anos e merece a produção de uma obra que registra a sua história e o seu compromisso com a formulação de políticas públicas relacionadas à gestão e regulação do trabalho na saúde, e com as políticas orientadoras da formação e qualificação dos(as) trabalhadores(as) da saúde no Brasil. O compromisso da SGTES é de cuidar de quem cuida, daqueles que fazem o SUS acontecer, que dão vida as políticas estruturantes, que respondem, portanto, às necessidades de saúde da população.

Importante destacar que o lançamento desse livro acontece em 2024, ano em que a SGTES completa a sua maioria, e com todo o seu amadurecimento e plenitude enfrenta com consciência, coragem, ousadia e articulação, os desafios que estão postos para o desenvolvimento das políticas de gestão do trabalho e da educação, esforço que é também integrado pelo fortalecimento de uma rede colaborativa, em uma significativa associação de esforços com parceiros históricos convergindo para objetivos e resultados comuns.

O conteúdo desta obra tece um lindo mosaico trazendo a voz dos protagonistas dessa história e os inúmeros movimentos de construção de uma área que não se rende às dificuldades cotidianas e está em constante transformação, construindo possibilidades e desencadeando novos processos. Tecendo, em perspectiva histórica, a linha do tempo, a densidade do caminho percorrido, realizando a problematização do presente e lançando perspectivas para o futuro. Nesse movimento, não posso deixar de ressaltar o diálogo entre gerações na formulação e implementação de políticas e na construção das práticas constitutivas da área de trabalho e educação na saúde em nosso país.

De fato, a riqueza dessa área está na sua capacidade de produzir movimentos que, mesmo em contextos adversos, constrói caminhos que agregam, que resistem e que identificam possibilidades. Aproveito a oportunidade para render as nossas homenagens aos gestores e as equipes que ao longo desses 20 anos constituíram a SGTES.

Essa rica história que o leitor tem o privilégio de adentrar é permeada pela luta e pelos afetos, traduzida a capacidade de afetar, na disposição de influir sobre a educação e a realidade na qual os trabalhadores e trabalhadoras estão inseridos, que fez parte do processo instituinte refletido nesta obra. O mosaico aqui apresentado nos convoca a fortalecer os nossos pactos em defesa da democracia, equidade e justiça social. A defesa e valorização do trabalho no SUS, dos trabalhadores e trabalhadoras que estão nos espaços da atenção, gestão, ensino e controle social assume protagonismo em que esse grande projeto civilizatório que é o SUS ganha vida e atende as necessidades da nossa população.

Finalmente, devo mencionar que o lançamento deste livro comemorativo coincide com a realização da IV Conferência de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Após 18 anos cria-se uma nova oportunidade de retomar o movimento democrático e participativo, agregando os diversos atores do campo para o debate sobre pautas necessárias e urgentes. Que esse movimento ilumine os passos futuros, permitindo reinvenções, apontando caminhos e a capacidade de encontrar as melhores estratégias para que, diante da nossa própria diversidade (de área, de saberes, de posições etc.), possamos avançar naquilo que nos une.

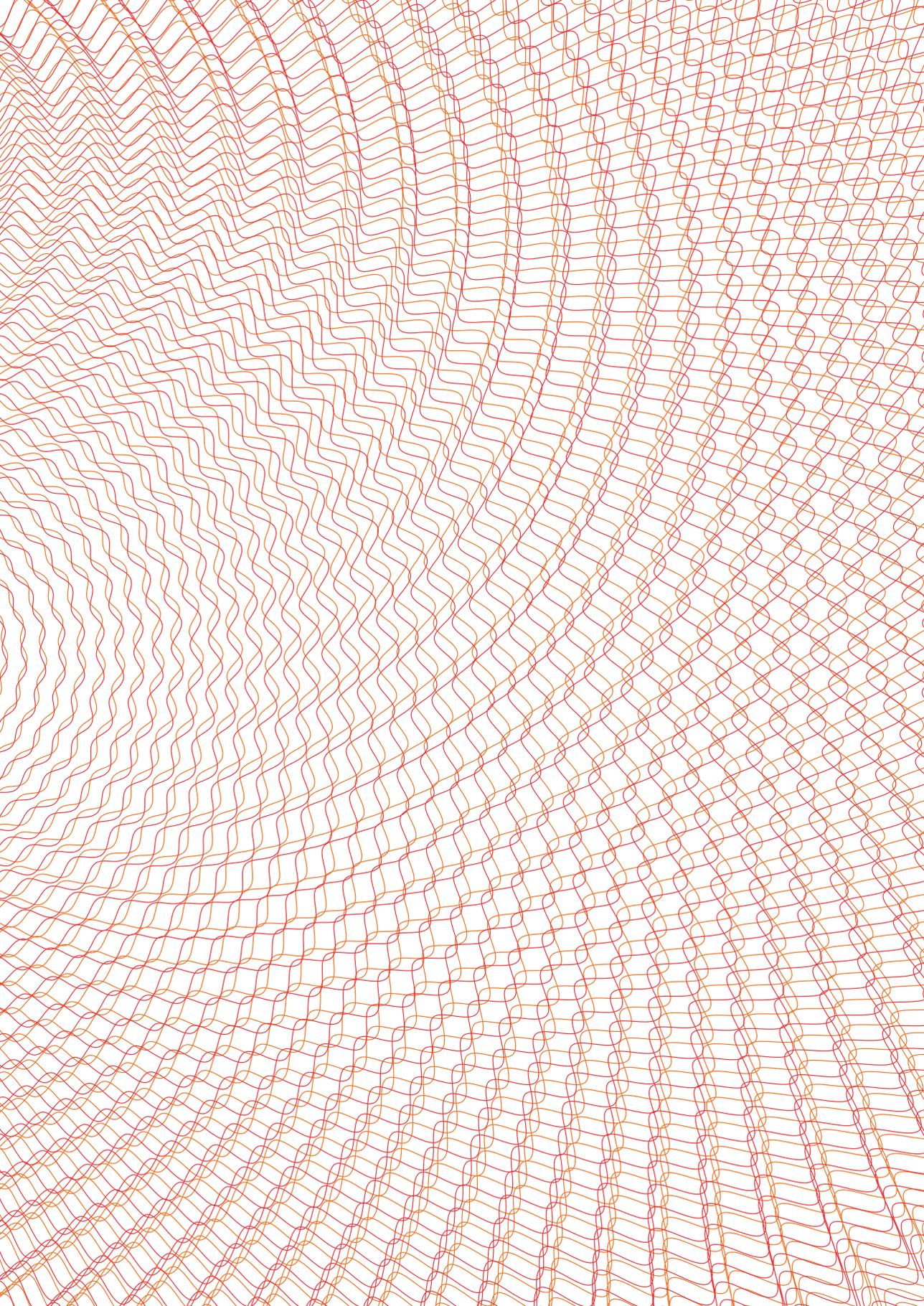
Celebremos o produto deste trabalho, que tem a marca do compromisso de um coletivo com as políticas de trabalho e educação, com a reforma sanitária brasileira e com o SUS. Uma contribuição à produção científica, às práticas de saúde, à gestão e ao processo de formulação e implementação de políticas públicas.

Aos autores, o nosso reconhecimento e agradecimento por terem aceito o desafio de mergulhar na história da SGTES. Muito obrigada!

Com carinho e admiração,

***Isabela Cardoso de Matos Pinto***

Secretária de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde.



# Apresentação

## Celebração dos 20 anos da SGTES

Quando nos reunimos como um grupo de autores convidados pela Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES) para escrever este livro, em celebração aos 20 anos da Secretaria, foi imediatamente colocada a estimulante provocação em torno de um projeto editorial que fosse celebrativo, mas ao mesmo tempo suficientemente denso e crítico acerca dessa mesma trajetória. Além disso, estava colocada uma segunda provocação: a de que a obra fosse capaz de se conectar com os leitores de forma instigante e abrangente, em diálogo com os próprios segmentos que contribuíram e contribuem para as políticas de trabalho e educação na saúde do Brasil.

Dessa forma, em perspectiva histórica, num só tempo, procuramos problematizar o presente e lançamos perspectivas para o futuro, valorizando sempre a importância do diálogo com as novas e futuras gerações de estudantes, professores, gestores, profissionais de saúde e participantes dos movimentos sociais, atores fundamentais a serem considerados na formulação de políticas públicas e na construção das práticas constitutivas da área de trabalho e educação na saúde em nosso país.

A literatura que dá corpo e retrata a área do trabalho e da educação na saúde no Brasil é multifacetada, rica em perspectivas e enfoques teóricos, bem como diversa na definição de objetos. Beneficiando-se de tal diversidade, procurou-se mapear os principais fatos institucionais, a conformação de atores e lideranças, a composição de agendas institucionais que, ao longo do tempo, em boa medida, conformaram a própria trajetória da SGTES.

Nesse percurso, por exemplo, destacamos uma mudança fundamental na concepção denominada “recursos humanos” no nascimento da SGTES, consolida-se o conceito de “trabalho e educação”, formulação que já estava presente entre os estudiosos da área em discussões anteriores e encontrou então respaldo na decisão tomada pela Secretaria nos primeiros momentos de institucionalização. Essa nova identidade foi adotada como eixo orientador das discussões que se apresentaram em toda a extensão deste livro, refletidas nas novas estruturas, nas práticas, nos projetos e decisões das equipes que se sucederam em diferentes gestões analisadas neste trabalho.

Além da análise da literatura e da documentação institucional disponível, decidimos realizar entrevistas com atores sociais selecionados, especificamente com ex-dirigentes e dirigentes como uma estratégia para recuperar a memória das vivências institucionais. Os depoimentos permitiram um olhar específico para as subjetividades dos processos aqui examinados, considerando motivações, encantamentos, desencantos, obstáculos, avanços e recuos nas estratégias adotadas por aqueles que foram arquitetos e artífices da gestão institucional em cada período.

Como parte do processo de construção desta obra, organizamos uma oficina de trabalho, que permitiu o compartilhamento de diferentes compreensões acerca da trajetória da SGTES e, ao mesmo tempo, contribuiu para a definição daquela que se consolidaria no processo de construção do livro. Cabe destacar que tão importante quanto a definição de caminhos de análise e de interpretação foi a divisão de trabalho entre especialistas que viabilizou concretamente compromissos e a entrega final dos originais. Nessa etapa, no entanto, ficou também definido que o livro evoluiria a partir de um conjunto de contribuições específicas dos autores para uma conformação de organização mais coletiva, sem assinaturas autorais por segmento do livro.

O livro se organiza por quatro blocos que correspondem a momentos específicos da história institucional da SGTES, cada um deles com seus capítulos correspondentes. No contexto da chamada Reforma Sanitária Brasileira, os “antecedentes” dizem respeito às ideias, experiências e

fatos que se constituíram como partes das bases fundamentais para o surgimento da Secretaria.

O primeiro momento (2003 a 2005) dá conta da própria criação da Secretaria, reconstruindo para o leitor a história de “como tudo começou”, expressão que abre o segundo capítulo desse segmento da obra. Já o segundo momento (2005 a 2010) relaciona-se com a “SGTES sob os bons ventos”, expressão que diz respeito aos novos programas e iniciativas desenvolvidas no âmbito da Secretaria. Em que pesem os avanços, não se deixou de apontar para os seus limites e desafios institucionais que também marcaram este período.

Adiante, no período 2011-2016, já se delineia um cenário em que convivem a criatividade representada principalmente pelo Programa Mais Médicos e a crise institucional que culminou com o *impeachment* da Presidente da República, em 2016. Daí se inaugura um novo momento (2017-2018), que se configura a partir de uma mudança de rumo no plano do governo e da sociedade. O capítulo V do livro, em especial, se volta para os fatos que demarcam a forma como a SGTES se inscreveu nesse difícil contexto. No capítulo seguinte, ainda como parte de um cenário de crise institucional, a obra se volta para o período de 2019 a 2022, este especialmente marcado por importantes mudanças na gestão governamental, com muitos reflexos nas pautas e diretrizes da Secretaria, que até então conseguia manter conexões com as agendas institucionais históricas da área.

Nesse novo período, a Secretaria negligenciou a problemática da gestão do trabalho, e na educação privilegiou a clínica e a assistência médica individual, secundarizando a saúde coletiva. Suas ações – mais pontuais – se voltaram, em especial, para o fomento à organização de cursos e treinamentos relacionados a aspectos estritamente médicos.

O livro finaliza com foco no momento de retomada das pautas institucionais históricas, mas sob o signo da inovação. Na chegada de um novo governo, em janeiro de 2023, se retoma a definição de prioridades institucionais no que se refere à educação na saúde, à gestão do trabalho e à negociação intersetorial e interinstitucional. Os capítulos VII e VIII se voltam para esse momento, contemplando as novas diretrizes formuladas para o período 2023-2026. São textos que apresentam

e analisam os caminhos recentemente adotados e as principais linhas de atuação, bem como seus respectivos desafios.

Com vistas a restaurar as pautas fundamentais do trabalho e da educação, a SGTES volta a assumir, nesse período, suas responsabilidades na formulação de políticas. Pautas antigas foram ressignificadas, como o Programa Mais Médicos, a Educação Permanente em Saúde, as residências em saúde e as mesas de negociação, agora mais articuladas com outros Ministérios.

Entre as novas iniciativas, destacam-se o Programa Nacional de Equidade de gênero, raça, etnias e valorização das trabalhadoras e trabalhadores do SUS; a retomada da discussão sobre carreiras; o apoio institucional a estados e municípios; a articulação interministerial, intersetorial e internacional. Por fim, a organização da 4ª Conferência Nacional de Trabalho e Educação na Saúde, prevista para dezembro de 2024, sem dúvida, aquece o debate da área e estimula a formulação de novos projetos e objetivos institucionais.

Como se vê, um livro não é produzido em um vazio. Esta obra foi escrita sob os impactos, mas também as esperanças reinstituídas sob essa última conjuntura. Mas não sejamos ingênuos. Esta história de duas décadas nos fala especialmente sobre disputas por diferentes institucionalidades e hegemonia de distintos interesses e atores sociais em disputa, refletidos nos distintos projetos. Reconhece-se, no entanto, que nessa trajetória, em inúmeros projetos, esteve presente a luta pela melhoria das condições de trabalho dos profissionais de saúde e pela qualidade dos serviços de saúde prestados à população brasileira.

É sob esse espírito de esperança que agradecemos aos diferentes apoios que tornaram esse trabalho possível. Nosso agradecimento especial aos entrevistados que, com os seus relatos, deram vida à reconstrução da memória institucional, nesta obra também contemplada. Registramos aqui também nosso agradecimento especial a todos os(as) trabalhadores(as) da saúde, que ao longo do tempo se dedicaram à construção das políticas e práticas, nesta obra contempladas como matéria de análise e reflexão. Esperamos que este trabalho possa contribuir para uma compreensão mais fina do processo histórico aqui abordado e possa também inspirar nossos leitores para

novas experiências e novas ousadias nos ciclos atuais e nos que vão chegar!!!!

Vida longa à SGTES!!!

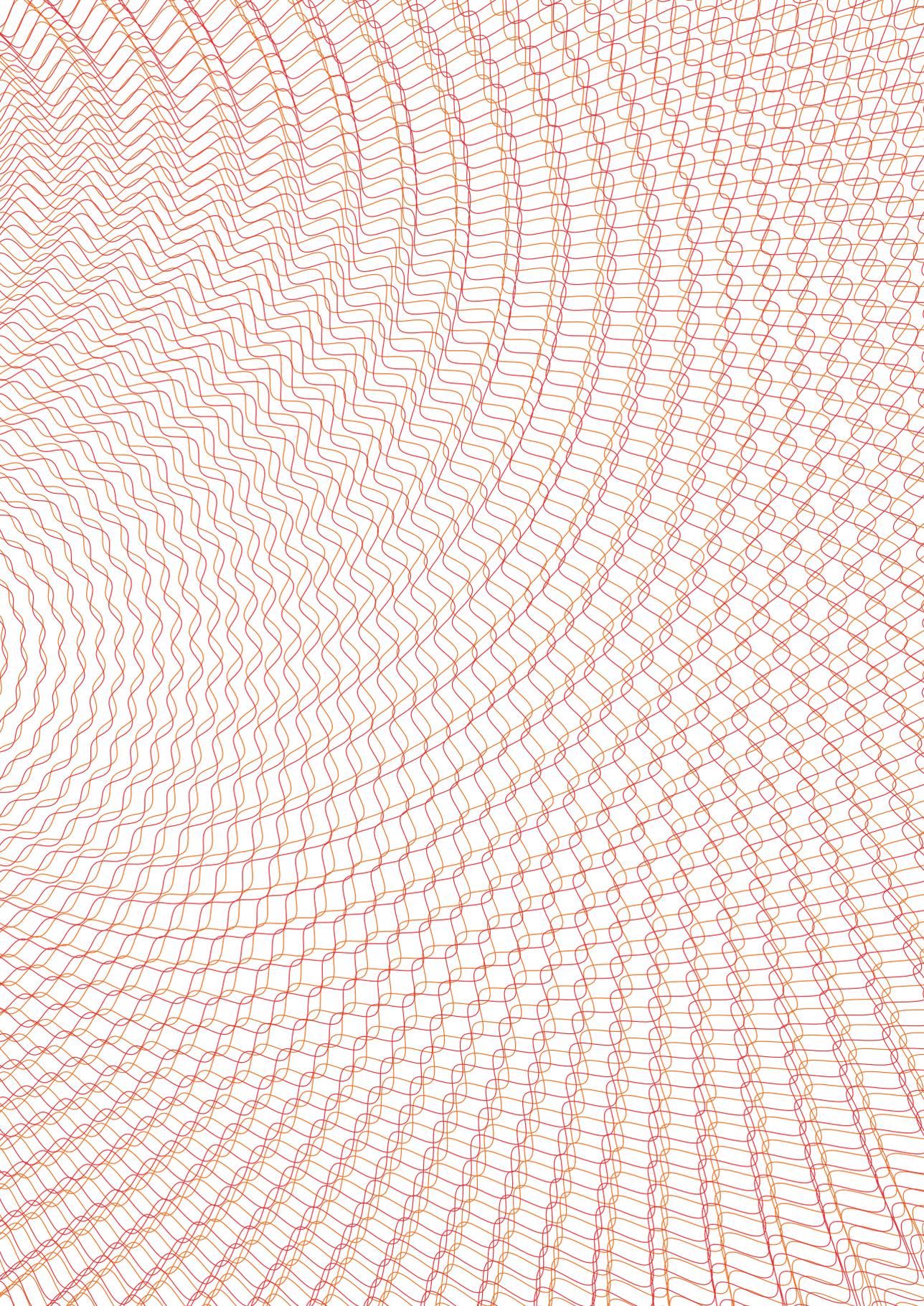
***Carlos Henrique Assunção Paiva***

***Jairnilson Silva Paim***

***Soraya Almeida Belisário***

***Tânia Celeste Matos Nunes***

Coordenadores do Projeto



# Palavras iniciais

## Introdução

A temática Recursos Humanos em Saúde (RHS) tem sido contemplada na literatura por mais de um século, seja pelos estudos e propostas acerca da educação médica, seja por iniciativas voltadas para a formação em saúde pública. Com a criação da Organização Mundial da Saúde (OMS), a ênfase sobre o pessoal de saúde foi incorporada na agenda internacional e, especialmente, pela Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) que desenvolveu um Departamento de Recursos Humanos, influenciando a educação na saúde (Castro, 2008).

Explica-se o uso do termo educação na saúde que é distinto de educação em saúde. Na educação em saúde tem sido “enfetizada a educação popular em saúde, que valoriza os saberes, o conhecimento prévio da população e não somente o conhecimento científico” (Falkenberg *et al.*, 2014, p. 851). Já a educação na saúde, envolve as ações educativas voltadas para profissionais da saúde, desde a formação, sendo “enfetizada a educação permanente em saúde, de maneira a buscar nas lacunas de conhecimento dos profissionais, ações direcionadas à qualificação dos processos de trabalho em saúde considerando as especificidades locais e as necessidades do trabalho real” (Falkenberg *et al.*, 2014, p. 851).

No Brasil, a área de RHS alcançou certa prioridade nas instituições do Estado, mediante reformas da educação, quando se sobressaem a Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional (1961) e a Reforma Universitária de 1968, enquanto na saúde foi adotada como

tema central da IV Conferência Nacional de Saúde (1967). Desse modo, foram desencadeados processos, tendo como base um repertório de experiências, a partir dos quais a educação e o trabalho em saúde conformaram uma área de saber e de práticas com relevante produção técnica e científica.

As publicações sobre esses temas emergiram em 1980 e cresceram em 1990, abrangendo tanto questões de investigação quanto de intervenção. E as políticas nessa área alcançaram um novo patamar depois da implantação do Sistema Único de Saúde (SUS) e da aprovação da Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional (LDB) em 1996 (Pinto *et al.*, 2023).

Nessa perspectiva, o presente livro comemorativo dos 20 anos da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES) do Ministério da Saúde (MS) tem como propósito recuperar a emergência dessa instância institucional, valorizando experiências que favoreceram o seu desenvolvimento e resgatando os processos potencializados no âmbito da administração pública federal, com suas múltiplas conexões no que se refere à formulação e à implantação de políticas. Igualmente importante será a identificação de possíveis iniciativas inovadoras desenvolvidas no período que compõe a sua história.

Este livro foi pensado para analisar a emergência, a trajetória e o desenvolvimento da SGTES no período de 2003 a 2023, bem como identificar políticas, programas, projetos e fatos político-institucionais produzidos no MS na área da gestão do trabalho e da educação na saúde em distintas conjunturas e analisar os avanços, obstáculos e desafios da gestão do trabalho e da educação na saúde e no SUS, a partir da institucionalização da Secretaria.

## Um pouco antes

Ao iniciar a construção da memória da SGTES é preciso retomar a realização do I Simpósio sobre Política Nacional de Saúde, promovido pela Comissão de Saúde da Câmara dos Deputados em 1979, quando o Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (Cebes) apresentou, pela primeira vez, a proposta de criação do SUS. Na ocasião, houve também

uma conferência do Dr. Carlyle Guerra de Macedo (OPAS) sobre o tema RHS, oportunidade em que a professora Cecília Donnangelo, da Universidade de São Paulo (USP), enquanto debatedora, trouxe críticas e advertências acerca de uma política de desenvolvimento de recursos humanos em saúde:

[...] Não somos uma minoria dominante nem no Setor saúde, nem na sociedade. Não dispomos e nem disporemos facilmente das bases institucionais desejáveis para levar avante projetos sociais alternativos. [...] Ou esta nova proposta é construída com a população ou não será construída (Simpósio de Política Nacional de Saúde, 1980, p. 86-87).

Contudo, no período de 1970-1989 diversas iniciativas merecem destaque como o Programa de Preparação Estratégica do Pessoal de Saúde (PPREPS), o Programa de Apoio às Residências de Medicina Social, Medicina Preventiva e Saúde Pública (PAR-MS-MP-SP), o Programa Nacional de Cursos Descentralizados de Saúde Pública da Escola Nacional de Saúde Pública e o Projeto Larga Escala, entre outros (Nunes, 2007).

Com a conquista da democracia, foi realizada a histórica 8ª Conferência Nacional de Saúde (8ª CNS), em 1986, conduzida pelo movimento sanitário, cujo relatório já abordava as questões relativas aos RHS. Nesse mesmo ano ocorreu a I Conferência Nacional de Recursos Humanos para a Saúde (I CNRHS), discutindo temas como a valorização do profissional, os órgãos de desenvolvimento dos recursos humanos, a organização dos(as) trabalhadores(as), a relação com usuários, entre outros.

***[...] Na Conferência Nacional de Saúde de 1986 já se colocava a necessidade e era papel do Ministério da Saúde [...] assumir a questão tanto da formação dos trabalhadores em geral, quer dizer, formação de nível técnico, de graduação, de pós-graduação, como também toda a questão envolvida no trabalho, nas relações de trabalho, no trabalho em si, nas profissões da área de saúde (E4).***

Após a 8ª CNS, a Comissão Nacional da Reforma Sanitária (CNRS) discutiu questões relativas à ordenação da formação de recursos humanos e da articulação ensino-serviço, reconhecidas como fundamentais para a educação na saúde. Nessas discussões verifica-se uma ênfase na educação de modo que a gestão do trabalho era referida, secundariamente, nas menções aos Planos de Cargos, Carreiras e Salários (PCCS) e nas propostas de tempo integral e dedicação exclusiva de profissionais e trabalhadores(as) de saúde no setor público. Isso se reflete na Constituição de 1988 quando define, como uma das competências do SUS, ordenar a formação de recursos humanos na área de saúde, mas omite qualquer referência específica à questão do trabalho na saúde (Brasil, 1988, art. 200, inc. III).

Essa omissão se reproduz na Lei Orgânica da Saúde (1990) que estabelecia apenas o MS como direção nacional do SUS, e deveria “[...] promover a articulação com os órgãos educacionais e de fiscalização do exercício profissional, bem como com entidades representativas de formação de recursos humanos na área de saúde” (Brasil, 1990a, art. 16, inc. IX). No artigo 27 instituía que:

[...] a política de recursos humanos na área da saúde será formalizada e executada, articuladamente, pelas diferentes esferas de governo, em cumprimento dos seguintes objetivos: I- organização de um sistema de formação de recursos humanos em todos os níveis de ensino, inclusive de pós-graduação, além da elaboração de programas de permanente aperfeiçoamento de pessoal; [...] IV- valorização da dedicação exclusiva aos serviços do Sistema Único de Saúde – SUS (Brasil, 1990a, art. 27).

A Lei nº 8.080/1990 possibilitava, ainda, a instalação da Comissão Intersetorial de Recursos Humanos (CIRH), vinculada ao Conselho Nacional de Saúde (CNS). O destaque na sua composição para representantes do MS e do Ministério da Educação (MEC), de certo modo reforça o viés da educação na saúde em detrimento da questão do trabalho.

Já a Lei nº 8.142/1990, ao apresentar entre as condições para a transferência de recursos federais de saúde, recomendava a formação de

uma “Comissão de elaboração do Plano de Carreiras, Cargos e Salários (PCCS)” (Brasil, 1990b, art. 4, inc. VI), desta forma apontava para aspectos relativos à gestão do trabalho em saúde. Nessa direção, a 9ª CNS (1992) formulou 17 princípios gerais e 25 proposições políticas para a efetiva implementação de uma política de recursos humanos para o SUS, incluindo a isonomia salarial, a valorização da dedicação exclusiva e a redução de cargos de confiança, além da construção de PCCS.

No caso da II Conferência Nacional de Recursos Humanos para a Saúde (II CNRHS), realizada em 1993, não obstante a abrangência de suas análises, discussões e propostas, concentrou-se na questão da formação, exibindo certa lacuna nas conclusões acerca da problemática do emprego e do mercado para a força de trabalho em saúde. Havia, no entanto, uma proposição para a revisão da legislação sobre o exercício das profissões de saúde, a fim de adequá-la à realidade do SUS.

Só no final da década de 1990, foi estabelecida a Norma Operacional Básica dos Recursos Humanos do SUS (NOB-RH-SUS), após um conjunto de debates, sobretudo nas 10ª e 11ª CNS, realizadas em 1996 e 2000, respectivamente, mas que não foi, efetivamente, implementada. Seus princípios e diretrizes, entretanto, foram retomados nos anos seguintes na construção da proposta de formulação de uma Política Nacional de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (PNGTES).

Portanto, numa conjuntura marcada pela Reforma do Estado, pelo predomínio da ideologia do neoliberalismo e pela hegemonia de políticas monetaristas e de ajuste fiscal, as principais iniciativas do MS secundarizaram a dimensão trabalho, a exemplo do respectivo mercado, da remuneração, da gestão e dos PCCS.

***[...] uma outra coisa importante, para a gestão como um todo, era o contexto. Um constrangimento, uma crise econômica, com um constrangimento fiscal pesado, importante, gerando tensão, o tempo inteiro em relação ao trabalho (E3).***

Mais uma vez as políticas foram dirigidas, prioritariamente, para a dimensão da educação na saúde, em detrimento do trabalho, embora naquele período houvesse uma expansão dos postos de trabalho desde as Ações Integradas de Saúde até a expansão da Estratégia Saúde

da Família. O Conselho Nacional de Educação (CNE) e a Câmara de Educação Superior (CES), por meio da Resolução CNE/CES nº 1.133/2001, definiram as Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) para os cursos de Medicina, Enfermagem e Nutrição, com base na LDB (Lei nº 9.394/1996). Desse modo, surgiram iniciativas como o Programa de Incentivo às Mudanças Curriculares dos Cursos de Medicina (Promed), a Rede de Escolas Técnicas do Sistema Único de Saúde (RET-SUS), a Rede de Observatórios de RH, os Polos de Capacitação em Saúde da Família, entre outros.

Cumpre ressaltar que certas medidas adotadas pelo MS (Promed) ou pelo MEC (DCN) foram originárias de universidades, de secretarias de saúde, do Movimento da Reforma Sanitária Brasileira (MRSB) e da OPAS. Esforços para isso podem ser ilustrados pelos projetos de Integração Docente-Assistencial (IDA), Uma Nova Iniciativa para a Formação em Saúde (Programa UNI), Comissão Interinstitucional Nacional de Avaliação das Escolas Médicas (CINAEM), Rede UNIDA, entre outros. Entretanto, nem sempre tais intervenções forneceram evidências científicas suficientes para permitir a conclusão de que a maioria das escolas mudaram, efetivamente, seus currículos (Barreto, 2019).

Vale destacar a finalidade da CINAEM, comissão composta por diversas entidades representativas das escolas médicas; da profissão médica e de estudantes de medicina, que tinha entre seus objetivos o desenvolvimento de metodologia de avaliação do ensino médico; a aplicação de instrumentos de avaliação nessas escolas e identificar problemas e virtudes no tocante à formação médica no país. A promulgação das DCN dos cursos de medicina está entre os resultados do trabalho da CINAEM.

Mesmo quando não absorvidas imediatamente pelo MS ou pelo SUS, muitas propostas circularam como material bibliográfico, sendo resgatadas tempos depois, a exemplo da educação continuada e da graduação em Saúde Coletiva. Assim, noções e proposições de educação permanente em saúde (EPS), por exemplo, só foram transformadas em política pública uma década depois.

Na passagem do século XX, outras propostas inovadoras foram apresentadas para a gestão do trabalho e a educação na saúde, como

educação a distância (EaD), prontuário eletrônico, telemedicina, portais de saúde etc. Foi efetuada uma discussão da pedagogia das competências e das metodologias ativas de ensino-aprendizagem, incluindo a problematização e o reconhecimento do trabalho como princípio educativo (Ramos, 2010). A implantação de Escolas Técnicas de Saúde no SUS e o resgate da contribuição da enfermeira Izabel dos Santos, desde os primórdios do Projeto Larga Escala, do qual foi idealizadora, sugerem o potencial crítico da formação de agentes das práticas de saúde com centralidade no trabalho. Destaca-se ainda que Santos dedicou sua vida profissional à luta por uma formação de trabalhadores do ensino técnico que valorizasse a experiência do trabalhador da Saúde e foi consultora da Organização Panamericana de Saúde (OPAS). A relevância do trabalho de equipe apontava para mudanças tecnológicas, evoluindo para a diretriz da interprofissionalidade, enquanto a necessidade de criar instrumentos gerenciais propiciou a implantação do Sistema de Informação e Gestão de Recursos Humanos em Saúde (SIG-RHS), iniciativa retomada pela Rede de Observatórios de Recursos Humanos da OPAS (Medeiros *et al.*, 2005).

Nesse período pré-SGTES, a elaboração do programa do primeiro governo Lula contava com esse conjunto de propostas, possibilitando que questões da formação e da força de trabalho fossem reconhecidas como fundamentais para o desenvolvimento do SUS. Além disso, nomes de participantes do MRSB e integrantes dos partidos que apoiaram Lula foram incorporados à equipe de formulação do programa de governo no segundo turno da eleição.

***Quando a gente começa a fazer o Programa do Governo Lula para a eleição, a gente acaba fazendo uma proposta em relação a essa área e estabelecendo que tanto a questão da força de trabalho quanto a questão da formação eram fundamentais para que realmente se implantasse o Sistema Único de Saúde (E4).***

Nesse particular, foram consideradas proposições do relatório da 8ª CNS e da NOB-RH-SUS, de modo que a temática do trabalho e educação passou a ser uma das prioridades da área da saúde do primeiro

governo Lula. Já a comissão de transição, criada após a vitória de Lula, trabalhou na discussão e concepção da estrutura do MS. A opção foi não adotar o nome de Secretaria de Recursos Humanos, mas reconhecendo a responsabilidade da Pasta no tocante à gestão do trabalho em saúde, foi decidida a criação da SGTES. Seria papel do Ministério e das diferentes esferas de governo fazer a gestão da formação, tanto de trabalhadores(as) que já estavam na rede como de recém ingressados. Essa decisão teria sido tomada independente da aprovação tanto no próprio MS como pelo Congresso Nacional.

Portanto, há um longo e significativo percurso da educação e do trabalho até chegar na criação da SGTES:

*Acho que tem todo um caminhar até chegar à SGTES, que nós não podemos deixar de mencionar. [...] a elaboração da NOB RH, [...] que sustenta a política de gestão do trabalho e de educação implementada pela SGTES [...] amadurecimento inclusive teórico, conceitual, desde o movimento da Reforma Sanitária, que é um tema que compõe a nossa agenda e se constitui como um desafio pra a consolidação do SUS. Também as conferências de saúde, o movimento de discussão, tanto das pautas do trabalho como da educação, criou lastro para o debate e proposições (E7).*

No que diz respeito a isso, cabe lembrar, ainda, contribuições de secretarias estaduais e municipais de saúde, desde os primórdios do Movimento da Reforma Sanitária Brasileira (MRSB), quando núcleos ideológicos modernizantes foram implantados nessas instâncias, sob a influência do PPREPS (Teixeira, 1982). Alguns desses casos têm sido objeto de pesquisa (Ramos, 2011) e de reflexões até a recente conformação da área da Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (Almeida; Pinto, 2021).

Ainda que a criação da SGTES tenha sido tema de diversos estudos e teses com distintas explicações e interpretações, os determinantes da sua emergência continuam em discussão, abordados no decorrer dos capítulos.

## Modos de fazer, traçar e retraçar caminhos

Por se tratar de uma edição comemorativa, este livro não se constitui, a rigor, como um produto de pesquisa acadêmica, aproxima-se, metodologicamente, de um estudo de caso histórico, apoiado em revisão de literatura, entrevistas e análise documental, sem elaborar um quadro teórico de referência, nem revisados criticamente conceitos e noções. Assim, os termos utilizados ao longo dos capítulos se assemelham aos significados reconhecidos no uso corrente da literatura técnica e científica da área temática referente à gestão do trabalho e da educação na saúde, internacionalmente identificada como RHS.

A revisão da literatura recorreu a estudos sistematizados para o período entre 1990 e 2014 (Pinto *et al.*, 2012, 2013; Silva *et al.*, 2017), atualizando-a até 2023. A consulta a publicações científicas e técnicas seguiu os mesmos procedimentos utilizados nos estudos citados, contemplando as seguintes categorias: formação profissional, política de recursos humanos, regulação profissional e da força de trabalho em saúde; gestão do trabalho em saúde. O levantamento ocorreu em bases de dados bibliográficos no Portal de Periódicos da Capes: PubMed Central, Web of Science, Scopus, Science Direct, Lilacs, Banco de Teses da Capes, além da busca manual e do uso eventual de referências citadas. Assim, incluíram-se manualmente artigos citados nos estudos identificados.

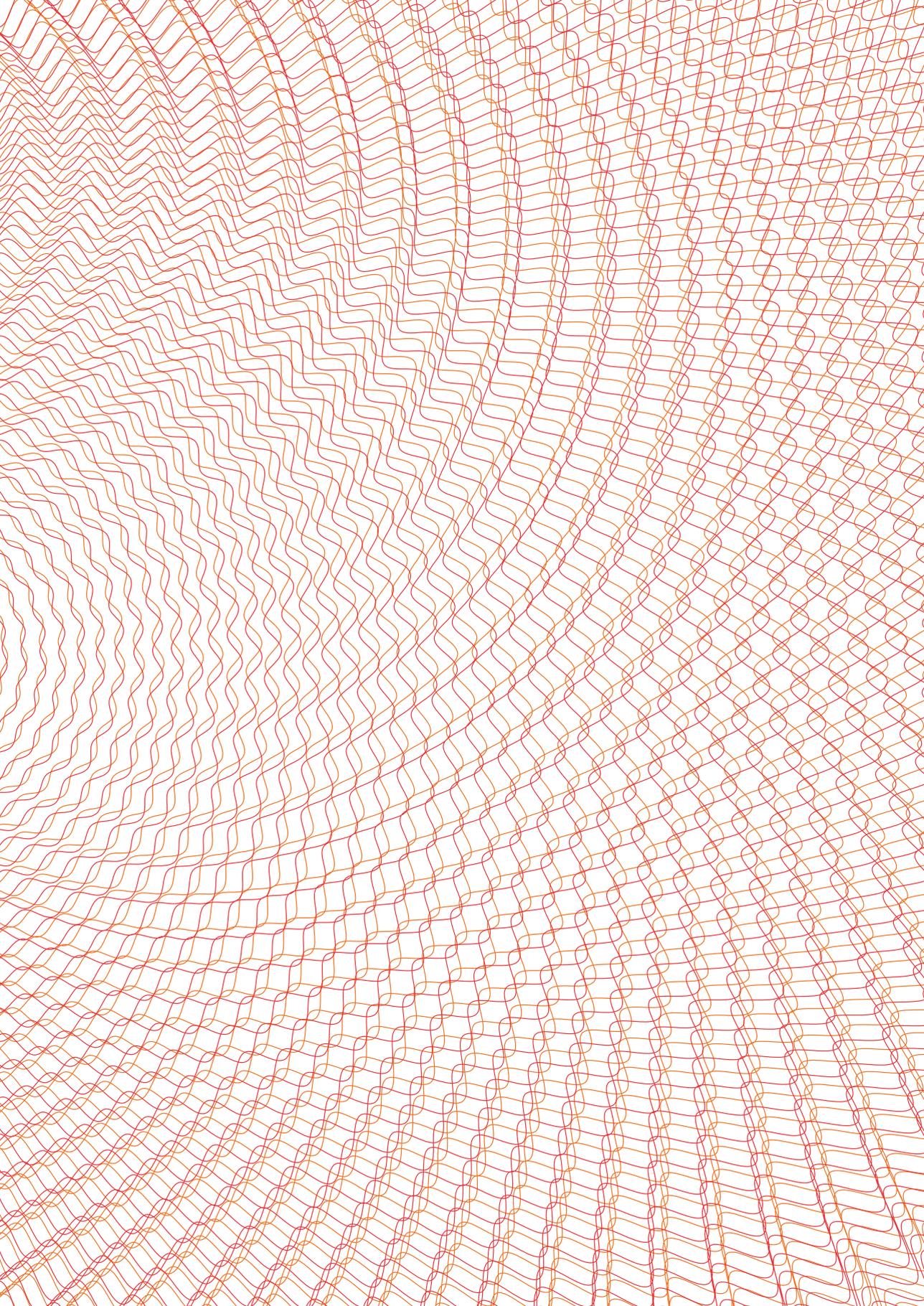
Para atender aos objetivos e natureza desta publicação, priorizou-se a produção centrada na SGTES, seja aquela derivada de suas políticas, programas, projetos e normas, seja aquela gerada no âmbito da academia, enquanto estudos, proposições, críticas e avaliações referentes à atuação dessa Secretaria do MS no SUS.

A análise do material bibliográfico adotou a periodização utilizada em texto recente sobre políticas públicas de trabalho e educação na saúde: 1970-1989, 1990-2002, 2003-2016, 2017-2022 (Pinto *et al.*, 2023), sendo acrescentado o ano de 2023. Priorizaram-se nessa análise fatos, problemas, análises, políticas, debates e avaliações, entre outros aspectos que remetem à atuação da SGTES. Desse modo, o Portfólio da SGTES (Brasil, 2022b) contribuiu para estabelecer uma relação com o histórico das iniciativas nesses 20 anos.

Mais duas estratégias de busca e levantamento de dados complementaram a revisão bibliográfica, as entrevistas semiestruturadas com informantes-chave – todos os secretários da SGTES, além de um entrevistado do período pré-SGTES, perfazendo um total de dez entrevistados, e análise documental. Adotou-se, com relação às entrevistas, procedimentos e técnica da análise de conteúdo proposta por Bardin (2008) – que assegura a fidedignidade das informações coletadas. As entrevistas foram realizadas de forma *on-line* e gravadas. Após a transcrição desse material, foi realizada leitura exaustiva, que possibilitou a codificação e posterior categorização dos dados, resultando na definição das seguintes categorias: antecedentes, criação SGTES, relações intrainstitucionais e interinstitucionais, dificuldades, avanços, desafios, perspectivas, gestão e contexto político. Todos os informantes-chave foram comunicados sobre os objetivos da publicação, e assinaram um termo de consentimento livre e esclarecido. Parte de fatos que não aparece no discurso de tais informantes-chave por esquecimento, omissão ou outra razão, foi complementada com outras fontes: literatura e análise documental. Com o propósito de assegurar o anonimato dos participantes, as entrevistas no corpo do texto foram identificadas pela letra E, acompanhada da numeração aleatória.

Quanto à análise documental, buscou-se obter uma representação condensada de informação sobre a constituição e desenvolvimento da SGTES, assim como a compreensão histórica, social e política desse período, que foi complementar aos outros métodos de coleta de dados utilizados no projeto, atores sociais e movimentações da Secretaria ao longo do período analisado. As fontes documentais coletadas foram: registros de eventos oficiais que marcaram as principais políticas, projetos, programas e ações implementadas; registros de divulgação de eventos (folders, banners, entre outros), documentos de arquivo e os relatórios de gestão dos anos incluídos na pesquisa.

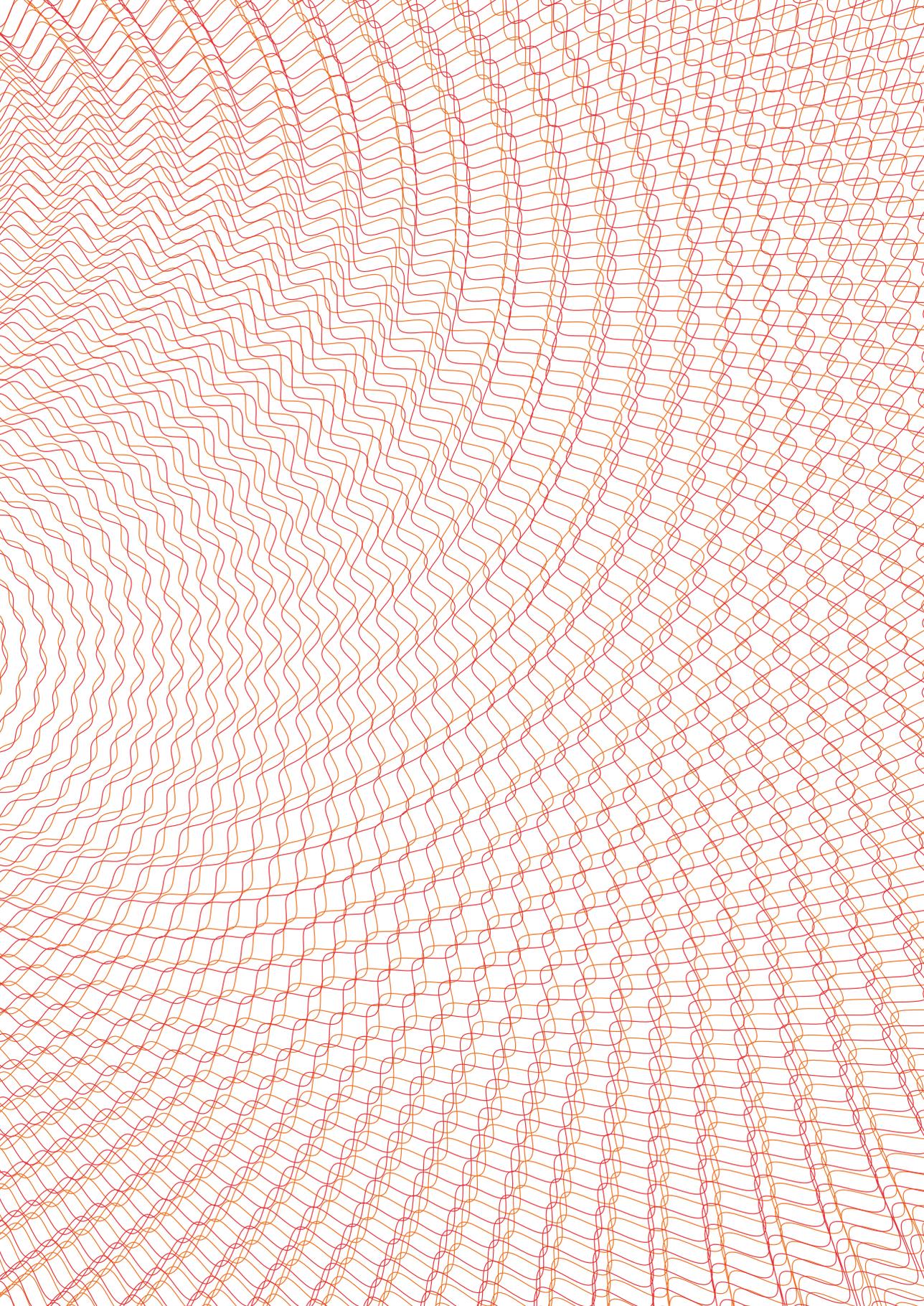
Os capítulos que seguem apresentam, a partir de uma cronologia, quatro momentos da trajetória da SGTES, – Como tudo começou (2003-2005); Consolidação institucional (2005-2010); Mudança de rumo (2017-2018); Retrocesso (2019-2022) e Retomada (2023 – período atual) – enfatizando suas políticas, programas, projetos e normas para compor os 20 anos da sua história.







*Primeiro*  
**momento**



## Capítulo II

# Como tudo começou (2003-2005)

### Contextualização da criação

Ao longo de sua trajetória a SGTES, em sua missão de conceber e implantar a política de gestão do trabalho e da educação na saúde, iria passar por diversos momentos marcados por diferentes contextos políticos, obter resultados e vitórias, mas também enfrentar resistências e dificuldades de diferentes ordens – política, corporativa, econômica e social.

Esta seção se debruça sobre o primeiro momento da SGTES, aqui denominado de “Criação”, que compreende os três primeiros anos de atividade da Secretaria (2003-2005) e busca contextualizar seu surgimento, principais projetos, mudanças de gestão, parcerias e dificuldades enfrentadas no período.

*Eu acho que [a SGTES] é resultado de muita luta, que foi feita desde antes da ditadura, se a gente for pra Conferência Nacional de Saúde de 1963, já se colocava a necessidade de, e era papel do Ministério da Saúde, da área de saúde, da gestão da saúde assumir a questão tanto da formação dos trabalhadores em geral, quer dizer, formação de nível técnico, de graduação, de pós-graduação, como também toda a questão envolvida no trabalho, nas relações de trabalho, no trabalho em si, nas profissões da área de saúde. Então, desde lá de 1963, se tu voltas em os relatórios de Conferência, sempre essa questão é levantada (E4).*

*[...] na verdade a SGTES não é uma invenção de uma pessoa [...] é a consolidação de um monte de propostas que vinha lá da Secretaria de Recursos Humanos, da Comissão Nacional de Reforma Sanitária [...] (E2).*

Assim alguns dos personagens que construíram e constroem a história da SGTES se expressaram em relação à criação da Secretaria. A luta à qual se refere o depoimento foi iniciada em período bem anterior à criação da própria Secretaria. Como já demonstrado na seção anterior desta publicação, esse período foi composto por uma série de iniciativas, movimentos e resistências assistidos a partir de meados dos anos 1980, com a retomada da ordem democrática, à construção das bases jurídicas do novo sistema de saúde no país e seus desdobramentos e repercussões.

Historicamente havia, em torno do processo de formulação e implantação do SUS, uma importante mobilização social e política que envolvia uma gama de atores. Inscrita nesse mesmo processo, havia, ainda, uma trajetória de discussões, de produção de conhecimento e de formulação de políticas que valorizavam o trabalho profissional e o papel de trabalhadores(as) da saúde na construção de um sistema público de saúde universal.

A conformação e a organização desses diferentes atores sociais, ao longo do tempo, são parte fundamental de um processo de construção de distintas instâncias institucionais que, intensificando-se no contexto da Nova República, procuravam articular os setores da educação e da saúde.

No dia 1º de janeiro de 2003, com Luiz Inácio Lula da Silva, o Partido dos Trabalhadores (PT) assumiu, pela primeira vez na história, a Presidência do Brasil. Até então o partido estivera sempre na oposição no âmbito federal.

No que se refere à economia, sobretudo às políticas macroeconômicas, não se registram alterações profundas com relação ao que estava estabelecido pelo governo anterior. No campo social, destaque para as políticas de transferência de renda aos mais pobres, como o Programa Fome Zero, entre outros.

Assim, a SGTES foi criada num momento em que tomava posse um novo governo, no qual pela primeira vez um candidato oriundo do PT ocupava a Presidência da República. Fruto da mobilização política de diferentes setores progressistas, o governo eleito trazia em seu programa o compromisso com o social.

Com o reconhecimento do papel constitucional do MS de fazer a gestão tanto da formação quanto da atividade laboral de trabalhadores(as) da saúde, a não opção pelo nome de Secretaria de Recursos Humanos foi, de certa forma, natural.

*[...] a gente já entra dia primeiro de janeiro assumindo a Secretaria de Gestão, daí se discute um nome, não se optou e não se optaria por Secretaria de Recursos Humanos, não se falou na discussão de Recursos Humanos, e sim de que era papel sim da Gestão, seja ela Ministério da Saúde, seja ela Secretaria Estadual de Saúde, seja ela Secretaria Municipal de Saúde e seus respectivos Conselhos, a Gestão da Educação em Saúde, isso significa a Gestão não só da formação dos trabalhadores que já estão na rede mas a formação dos novos trabalhadores, os cursos da área de saúde, e de cursos que trabalhavam na área de saúde [...] (E4).*

A criação da SGTES, no primeiro ano da gestão Lula, foi saudada por aqueles que militavam e produziam conhecimento sobre educação e trabalho em saúde, como um importante avanço institucional para a construção de políticas com a finalidade de contribuir para um efetivo processo de operação do SUS no país.

Em diálogo com históricas demandas relacionadas à formulação da política de recursos humanos em saúde e com demandas específicas tanto de gestores quanto de pesquisadores da saúde pública, a SGTES se organizou em torno de dois departamentos: o Departamento de Gestão e Regulação do Trabalho em Saúde (DEGERTS), com a responsabilidade de propor, incentivar e acompanhar as políticas de gestão, planejamento e regulação do trabalho em saúde; e o Departamento de Gestão da Educação na Saúde (DEGES), cujo objetivo institucional envolvia a formulação de políticas para a formação, o desenvolvimento

profissional e a educação permanente de trabalhadores(as) do SUS, no nível superior e técnico-profissional.

Foi a partir da eleição de um novo governo, em 2002, que a temática dos RHS ganha maior visibilidade e concretude na estrutura do MS. Até aquele momento, estava localizada na Coordenadoria Geral de Políticas de Recursos Humanos (CGPRH), subordinada à então Secretaria de Políticas de Saúde do MS. A criação da SGTES dá relevância à área de RHS ao deixar de ser uma coordenadoria e obtém o *status* de Secretaria, com a finalidade de elaborar estratégias e dar visibilidade política, além da capacidade de intervenção integrando, de forma inédita, as três subáreas: gestão do trabalho, gestão da educação e regulação profissional.

*[...] talvez esse é o grande avanço que traz. Uma estrutura importante de discussão de provimento, uma área de regulação do trabalho também, até então, inédita (E3).*

A criação da SGTES conferiu uma nova condição ao tema de Recursos Humanos (RH) no interior das políticas de saúde e da gestão do SUS, quando a área passava por uma mudança de tratamento teórico-conceitual e analítico pelos seus atores. Estes passaram a adotar a referência de trabalho e educação como orientadora de suas ações nos meios acadêmicos e nas políticas do setor, alternativamente à noção de recursos humanos.

Para um entrevistado (E2), a SGTES constitui-se como uma iniciativa única em relação a outros países, uma vez que não se conhece experiência semelhante de integração da saúde com a educação e com o trabalho – condições de trabalho e a regulamentação, como a proposta por ela abraçada.

*Então penso que a origem da SGTES tem a ver com isso. Tem um elemento histórico aí, de uma trajetória, tem um elemento simbólico para poder, até na mudança do nome, tem uma subida de patamar organizacional e tem um projeto que é de fazer cumprir a lei e o princípio constitucional em que a saúde assumisse o papel central na ordenação da força de trabalho em saúde no Brasil (E1).*

Segundo Pierantoni *et al.* (2012), o Brasil passou, no decorrer das últimas décadas, por mudanças impactantes, na área de recursos humanos em saúde, resultante de dois movimentos antagônicos:

[...] um de Consolidação do SUS, com esquecimento total do campo de RH; e outro, já na década de 2000, mais especificamente a partir da criação da SGTES em 2003, quando a área sai do ostracismo e ganha centralidade, mostrando-se fundamental para a consolidação do sistema de saúde. Essa transformação da estrutura do MS é considerada um marco, tendo em vista que deu visibilidade e um ‘empoderamento’ muito grande para área, que até então era muito frágil e ocupava espaços menores na hierarquia do ministério, do ponto de vista do acesso à linha de poder (Pierantoni *et al.*, 2012, p. 106).

Contudo, a despeito de ser considerada por muitos uma iniciativa avançada, não foi sem resistências que ocorreu a efetivação de fato da Secretaria. Sua instituição por meio da promulgação do Decreto nº 4.726, de 9 de junho de 2003, veio acompanhada por resistências que vinham de diferentes atores e instituições. Entre os externos, o Ministério do Planejamento e o MEC, que questionavam o porquê de o MS ser responsável pela formação ou pela educação de trabalhadores(as) da saúde (E4). Dessa forma, foi necessária muita negociação para conseguir que o Ministério do Planejamento elaborasse o decreto de criação da Secretaria, publicado seis meses após sua existência de fato. Negociações intensas também com o MEC, para superar a resistência da Secretaria de Gestão do Ensino Superior, do Conselho Nacional de Educação e do Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira (INEP).

***[...] a própria criação da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde foi um problema com a burocracia no Ministério do Planejamento. Fazer o bendito decreto que cria [...] uma fotonovela. Como que o Ministério da Saúde vai se meter na área da educação? Daí baixou a burocracia[...]. Foi uma negocia-***

*ção complicada no Ministério. A negociação com o MEC sempre foi problemática. [...] acho que a gente teve umas 15 reuniões, tanto entre MEC, tanto com o Cristóvão [Buarque] como o Tarso [Genro]. [...] a resistência foi maior, tanto da Secretaria de Gestão do Ensino Superior quanto o Conselho Nacional de Educação [...] (E4).*

## **Nova secretaria: ideias, concepções, desafios, parcerias e horizontes novos**

Os primeiros movimentos da SGTES foram pautados em boas relações com o conjunto de secretarias do MS, num processo de reuniões semanais com o então ministro Humberto Sérgio Costa Lima e todo o staff, cujo objetivo foi discutir as ações a serem realizadas, para então, montar a proposta da política de gestão do trabalho e da educação, aí incluída a educação popular. Para consolidar essa política, a SGTES, assentada nos pilares da educação e do trabalho estabeleceu relações e parcerias com diversos órgãos governamentais, do mesmo modo com os movimentos sociais e sindical.

Dessa forma, as políticas propostas e desenvolvidas foram construídas em conjunto com o Conselho Nacional de Saúde (CNS), no qual a Secretaria tem assento, e com os demais setores que estavam vinculados com a política de educação e do trabalho.

Em novembro de 2003, o Plenário do Conselho Nacional de Saúde deliberou pela aplicação dos Princípios e Diretrizes para a NOB-RH/SUS como Política Nacional de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, recomendando a sua publicação e divulgação nacional. O desafio de montar uma política de gestão do trabalho teve também a participação do Ministério do Trabalho, Ministério Público do Trabalho, Procuradoria Geral da República, entre outras esferas de governo e movimentos populares.

No que concerne à educação, o MEC esteve presente, apesar dos questionamentos iniciais por parte de seus integrantes. Resultou, no entanto, em uma parceria que iria progressivamente se estreitar, aprofundar e consolidar, num processo sem volta, resultando até os dias de hoje, numa série de políticas, programas e projetos integrados. Outros

atores incorporados ao processo de discussão foram os governos estaduais, municipais, instituições de ensino em suas diferentes graduações e personagens.

*Desde o início do governo Lula, a SGTES trabalhou em conjunto com governos estaduais, municipais, instituições de ensino, pró-reitores de graduação e pós-graduação, movimento estudantil, movimentos sociais e com outros ministérios (E4).*

Quanto às relações internacionais, a OPAS constituiu-se e ainda se constitui como uma parceira fundamental aos trabalhos da Secretaria. Tal constatação pode ser evidenciada graças à presença histórica do órgão nos diversos projetos desenvolvidos e implementados pelo MS. Especificamente com relação a Secretaria recém-criada, a presença da OPAS pode ser confirmada desde a edição da primeira portaria emitida, que dispõe sobre o funcionamento da Rede Observatório de Recursos Humanos em Saúde (ROREHS).

A ROREHS foi criada formalmente no Brasil, em setembro de 1999, pela então Secretaria de Políticas de Saúde do MS, através da Portaria nº 26, de 21 de setembro de 1999, publicada no Diário Oficial da União (DOU). A Rede ObservaRH fazia parte de um projeto de âmbito continental da OPAS/OMS, implementado em 16 países, e, no Brasil integrava uma iniciativa do MS, em conjunto com o Programa de Cooperação Técnica da Representação dessas instituições no país.

A ideia se originou na OPAS e foi incorporada pela Secretaria de Políticas de Saúde. Naquele momento, a instituição da Rede, atendia à necessidade de obtenção de informações que norteassem os processos de regulação, gestão e formação de recursos humanos em saúde e apresentava os seguintes objetivos:

- a.** Monitorar os fluxos da oferta e demanda da força de trabalho do setor e das ocupações de saúde (formação, empregos e salários).
- b.** Analisar o desenvolvimento das estratégias e metodologias de formação e capacitação de recursos humanos em saúde.

- c. Acompanhar o processo de mudanças das relações de trabalho e emprego no setor saúde; – desenvolver estudos, metodologias e indicadores que possibilitem a avaliação da eficiência, efetividade e segurança do trabalho em saúde (produtividade, qualidade dos serviços).
- d. Fomentar o desenvolvimento de mecanismos de gerência da força de trabalho especialmente nos aspectos relativos à contratação, remuneração e incentivos.
- e. Acompanhar as demandas da regulação do exercício profissional e das ocupações na área da saúde.
- f. Analisar as implicações da reforma administrativa do Estado e da reforma do Sistema de Serviços de Saúde sobre a formação e utilização dos recursos humanos em saúde (Brasil, 1999).

Entre as primeiras ações da SGTES, a Portaria nº 1, de 11 de março de 2004, publicada no DOU dispôs sobre o funcionamento da ROREHS. A Portaria estabelecia que as instituições integrantes da Rede seriam instituições de ensino, pesquisa e serviços e estas deveriam manifestar seu interesse por meio de carta de intenções. A Coordenação-Geral de Desenvolvimento de Recursos Humanos para o SUS (CGDRH) exercia a função de coordenadora da Rede, quanto ao seu financiamento seria propiciado pela própria CGDRH. Caberia à OPAS prestar assessoria permanente e contribuir com apoio técnico e operacional, incluindo a articulação com a Rede Observatório de Recursos Humanos em Saúde para América Latina e Caribe (Brasil, 1999).

A proposta da ROREHS visava

*[...] estimular o desenvolvimento de inteligência no país e, daí, refletir sobre políticas de recursos humanos [...] que é algo muito adequado. Induzir a produção de conhecimento na área de recursos humanos, voltada para a intervenção e para resolver os problemas concretos do dia a dia, de diferentes serviços, para o SUS, constituindo núcleos ou estações da Rede que desenvolveriam de acordo com suas realidades, análises sobre a realidade de recursos humanos daquela região, o do país como um todo (E3).*

Após a criação da SGTES, a primeira portaria de implantação dos observatórios foi modificada pela Portaria nº 1/2004,

[...] considerando que o desenvolvimento e aprimoramento da Rede Observatório de Recursos Humanos em Saúde – ROREHS é de fundamental importância para o suprimento da necessidade de obtenção de informações que norteiem os processos de regulação, gestão, formação, desenvolvimento e formulação de políticas de recursos humanos em saúde (Brasil, 2004c).

A segunda portaria, que dispõe sobre o funcionamento da Rede; amplia seus objetivos; mantém os tipos de instituições passíveis de integrá-la, amplia suas atribuições; mantém a SGTES como coordenadora e financiadora, define os seguintes objetivos:

- I** – desenvolver estudos e metodologias para análise da implementação de políticas de saúde em seus aspectos relacionados com recursos humanos no campo da gestão, formação e regulação das profissões e ocupações de saúde;
- II** – monitorar os aspectos demográficos, políticos e sociais da oferta e da demanda da força de trabalho do setor (das profissões e ocupações de saúde);
- III** – acompanhar, analisar e orientar o desenvolvimento das estratégias e metodologias de formação e capacitação de recursos humanos de saúde;
- IV** – acompanhar e analisar as relações de trabalho e emprego no setor da saúde;
- V** – desenvolver estudos, metodologias e indicadores que possibilitem a avaliação da eficiência, eficácia e efetividade do trabalho em saúde;
- VI** – fomentar o desenvolvimento de mecanismos de gerência da força de trabalho, especialmente nos aspectos relativos à contratação, remuneração e incentivos;
- VII** – acompanhar as demandas da regulação do exercício profissional e das ocupações na área da saúde;

- VIII** – desenvolver estudos e análises sobre as políticas de recursos humanos em saúde no Brasil;
- IX** – subsidiar as ações das esferas de governo e dos entes governamentais para elaboração de políticas de gestão e regulação do trabalho e de educação na saúde (Brasil, 2004c, art. 1).

Quanto à atuação da OPAS, Castro (2008) oferece um amplo e importante panorama da trajetória e das ações desenvolvidas nessa temática pela instituição e o papel historicamente desempenhado por ela na formação de recursos humanos em saúde no Brasil, reconhecendo sua relevante contribuição técnica e política nos diferentes contextos pelos quais passou e passa a saúde no país.

Num período marcado pela negociação, participação e debate permanente, para além da ROREHS, muitas foram as iniciativas e projetos discutidos, negociados e implantados pela SGTES. Nem todos os projetos e iniciativas serão elencados aqui, no entanto, aqueles que forem nomeados, justifica-se por se constituírem estruturantes para as políticas de educação e do trabalho, que serão abordadas a seguir.

## **Gestão do trabalho**

No que concerne a essa temática, ressalta-se que, a criação da SGTES daria inegável impulso e solidez a uma agenda inovadora e estratégica, que vai adquirindo protagonismo e relevância.

Entre as iniciativas, a reativação da Mesa Nacional de Negociação Permanente do SUS (MNNP-SUS), aprovada por unanimidade no plenário do Conselho Nacional de Saúde em junho de 2003, é vista como uma das principais ações relativas ao trabalho, foi articulada com um conjunto de instituições e movimento sindical.

Instituída mediante Resolução nº 52, em 6 de maio de 1993 do Conselho Nacional de Saúde (CNS), homologada pelo então ministro da Saúde Jamil Haddad, reinstalada pela Resolução CNS nº 229, de 7 de maio de 1997, a MNNP-SUS tinha o objetivo de estabelecer um fórum permanente de negociação entre empregadores e trabalhadores(as)

do SUS no que tangia à força de trabalho em saúde. Representava, portanto, a criação de um espaço democrático no intuito de concretizar o atendimento de reivindicações de trabalhadores(as) manifestadas nas diversas conferências nacionais, estaduais e municipais nas quais as questões afeitas às relações e às condições de trabalho ocuparam lugar de destaque nas discussões (Brasil, 2003c).

A Mesa sofreu interrupções em seu funcionamento até o ano de 2003, quando foi instalada pela terceira vez, passando a ser denominada de Mesa Nacional de Negociação Permanente do SUS (MNNP-SUS). Constituída por gestores públicos, gestores de serviços privados, conveniados ou contratados do SUS, e entidades sindicais nacionais representativas de trabalhadores(as), em paridade, essa Mesa em seu primeiro período de retomada definiu os temas que comporiam sua agenda de trabalho para os dois anos seguintes, entre os quais:

- Diagnóstico situacional;
- Regulação das profissões: Jornada de trabalho; Cedência de pessoal; Regulamentação da profissão do agente comunitário de saúde; Inserção de profissionais para cuidados à saúde;
- Desprecarização do trabalho;
- Plano de carreiras, cargos e salários;
- Saúde do trabalhador; e
- Instalação das Mesas Estaduais e Municipais de Negociação Permanente do SUS (Brasil, 2003c, p. 9).

Temas – muitas vezes espinhosos e de difícil resolução e consenso – que ocupariam tanto a agenda da MNNP-SUS naquele momento como a da própria SGTES, não só pelos próximos dois anos, uma vez que vários deles ainda permanecem na atualidade e permanecem desafiando a atual gestão.

A MNNP-SUS, sob a coordenação da SGTES, se constitui como uma ferramenta importante para a gestão do trabalho no âmbito do SUS, firmando protocolos – produtos que formalizam os acordos pactuados

pelos membros da Mesa e oferecem diretrizes que orientam os processos ligados à gestão do trabalho e a trabalhadores(as) do SUS. Ao longo dos anos, por mais uma vez se assistiria à intermitência do seu funcionamento, para ser mais uma vez “reinstalada”, num movimento que se repetirá em outros momentos da Secretaria.

*[...] uma das principais questões em relação ao trabalho, foi a Mesa Nacional de Negociação, a gente implanta realmente a Mesa, chama o conjunto das Instituições, faz todo um debate permanente [...] havia toda uma articulação com o conjunto do movimento sindical [...] (E4).*

Outras duas iniciativas da Secretaria relativas às políticas do trabalho, e merecedoras de destaque, foram a criação do Comitê Nacional Interinstitucional de Desprecarização do Trabalho no Sistema Único de Saúde (Desprecariza SUS) e a Câmara de Regulação do Trabalho em Saúde (CRTS), de caráter consultivo e vínculo com o Departamento de Gestão e da Regulação do Trabalho em Saúde, respectivamente pelas Portarias nº 2.430 e nº 2.439, ambas de dezembro 2003.

Ao considerar, entre outras questões, a existência de um grande número de profissionais atuando no SUS por meio de contratações não convencionais – contrato de prestação de serviço, terceirização, cooperativa etc. –, levando a prejuízos tanto para os próprios trabalhadores como também para usuários do sistema, a Portaria nº 2.430/2003 elencava entre seus objetivos: monitorar as formas de substituição do trabalho precário nas três esferas de governo; dimensionar e estimular a realização de concurso público nas três esferas de governo, em cumprimento ao princípio constitucional e às recomendações de resoluções das últimas Conferências Nacionais de Saúde e de Recursos Humanos; realizar o levantamento das formas de precarização do trabalho no SUS; induzir, por meio de cooperação com os demais entes federados, a adoção de uma nova concepção de relações estáveis de trabalho no SUS, erradicando os vínculos precários e valorizando trabalhadores(as); apoiar e estimular a criação de Comitês Estaduais e Municipais de Desprecarização do Trabalho no SUS; e elaborar

políticas e formular diretrizes para a desprecarização do trabalho no SUS (Brasil, 2003b).

Com uma representação diversificada interna e externa ao MS, o Comitê era comandado pela SGTES tendo a secretária como sua coordenadora e a diretora do DEGERTS como subcoordenadora. Participavam também, diretores de outras secretarias do próprio MS, além de representantes do Ministério do Trabalho e Emprego; Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão; Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass), Conselho Nacional de Secretarias Municipais (Conasems) e dois integrantes da MNNP-SUS – empregador privado e bancada de trabalhadores (Brasil, 2003b).

*Acho que tem um eixo que é toda a política, de desprecarização, de formalizar as relações de trabalho, enfim, de conseguir retomar esta responsabilidade, do gestor encontrar e viabilizar mecanismos formais de contratação para superar a situação de desproteção que estava colocada [...]. Tem uma ampla discussão que vai por aí, as mesas de negociação coletiva, e a tentativa importante de se estruturar um espaço de regulação profissional partilhado entre as profissões (E3).*

No seu conjunto, em que pesem as limitações quanto ao alcance de tais orientações e políticas, se pavimentava um caminho que incorporava questões na estrutura institucional do MS.

## **Gestão da educação**

No que diz respeito à educação, a preocupação, com o cumprimento do princípio constitucional e legal do SUS como ordenador da formação de RH, levou à construção, em conjunto com as áreas da educação e da saúde, da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS), instituída por meio da Portaria n<sup>o</sup> 198/GM, de 13 de fevereiro de 2004, como estratégia do SUS para a formação e desenvolvimento de trabalhadores(as) para o setor.

*A gente construiu a política de educação permanente em conjunto, em toda a área de educação e toda a área de saúde, [...] a gente construiu em discussão [...] com pessoas do Conselho Nacional de Educação, que eram extremamente difíceis [...] (E4).*

A PNEPS passou a conferir sentido estratégico aos Polos de Educação Permanente em Saúde, ao definir que

[...] a condução locorregional da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde será efetivada mediante um Colegiado de Gestão configurado como Polo de Educação Permanente em Saúde para o SUS (instância interinstitucional e locorregional/roda de gestão) [...] (Brasil, 2004a, p. 2).

Entre as funções estabelecidas pela Portaria nº 198/2004, destacam-se a identificação de necessidades de formação e de desenvolvimento de trabalhadores(as); a proposição de políticas orientadas para as necessidades de formação e pelos princípios e diretrizes do SUS; e o estímulo à transformação das práticas de educação na saúde nas instituições de ensino tendo em vista a implementação das Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) para os cursos de saúde (Brasil, 2004a).

Em outra iniciativa, a relação ensino-serviço seria contemplada em projetos como o AprenderSUS, com instituições de ensino e pesquisa, e o VER-SUS, com o movimento estudantil, iniciativas que procuravam vincular graduandos da área de saúde com a realidade vivenciada no SUS.

Proposto em conjunto com o MEC, o documento intitulado *AprenderSUS: o SUS e os cursos de graduação da área da saúde* aponta, em sua introdução, a marca do desenho flexneriano do ensino e do trabalho em saúde e pontua a necessidade de ampliação da qualidade da atenção à saúde da população brasileira. Para isso, coloca como ação essencial a orientação das “[...] graduações em saúde para a integralidade e esse é o objetivo da política proposta pelo Ministério da Saúde para a mudança na formação dos profissionais de saúde no âmbito do ensino de graduação. Este é o objetivo do AprenderSUS” (Brasil, 2004b, p. 9).

A proposta adota a integralidade como eixo da mudança na formação da graduação; estabelece uma convocatória nacional para o desencadeamento da sistematização de práticas inovadoras de integralidade no ensino da saúde e amplia o pensamento crítico dinamizador da mudança na graduação em saúde por meio de três ações:

1. Realização de “Curso de Educação a Distância para a formação de ativadores de processos de mudança na graduação” dirigido a docentes e a dirigentes universitários e oferecido pelo Departamento de Gestão da Educação na Saúde, na área de Formação de Profissionais de Saúde: Processos de Mudança;
2. “Implementação de oficinas regionais por profissão e entre profissões, para a análise crítica das estratégias e processos de mudança [...] em desenvolvimento no país, o papel docente e a relação com as entidades de trabalhadores(as) das profissões da saúde e a articulação de docentes e estudantes no debate da formação profissional”; e
3. “Apoio à produção de conhecimento sobre processos de mudança” por meio de “pesquisas sob a metodologia de intervenção e pesquisas acadêmicas” (Brasil, 2004b, p. 13-14).

O documento destaca ainda que, num trabalho articulado com o MEC, pretendia-se apoiar a implementação das DCN; aumentar o compromisso da gestão do SUS com o ensino em saúde e do ensino com o sistema, estabelecendo uma política para a especialização e ampliação do escopo da residência médica; o desenvolvimento de linha adicional de financiamento aos Polos de Educação Permanente em Saúde; e a sistematização de experiências que mostrassem ser possível produzir benefícios de curto prazo para a formação, para o exercício profissional e para os serviços de saúde acadêmicos (Brasil, 2004b).

Já o Projeto VER-SUS/BRASIL era voltado a estudantes dos 14 cursos da área da saúde reconhecidos pela Resolução nº 287/98 do CNS e das áreas de Administração Hospitalar e de Administração de Sistemas e Serviços de Saúde, totalizando 16 profissões da saúde. Além disso, estava prevista também a possibilidade de participação limitada de estudantes universitários de outros cursos. Esse Projeto propiciava a

estudantes a possibilidade de conhecer mais de perto o SUS, vivenciando desafios, dificuldades e avanços do sistema, além de problematizar a organização dos serviços de saúde nas diferentes regiões do país. O VER- SUS/BRASIL foi definido como:

[...] parte de uma estratégia do Ministério da Saúde e do Movimento Estudantil da área da saúde de aproximar os estudantes universitários do setor aos desafios inerentes à consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS) em todo o território nacional. Representa, também, um compromisso do gestor do SUS com a aprendizagem dos estudantes que se preparam para este setor (Brasil, [2004?], p. 5).

Assim, tendo estudantes como protagonistas, a coordenação nacional do Projeto contava em sua composição com entidades representativas desses(as). Os objetivos da proposta também refletiam e direcionavam para o protagonismo de estudantes na expectativa de potencializar seu compromisso no processo de implantação do SUS, ao mesmo tempo em que propunha provocar a reflexão sobre seu papel como agentes de transformação da realidade; contribuir para a realização de uma prática multiprofissional e interdisciplinar; contribuir para o debate da implementação das DCN, além de estimular a inserção de estudantes no movimento estudantil e em outros movimentos sociais (Brasil, [2004?]).

Tendo as Secretarias Municipais de Saúde (SMS), as Secretarias Estaduais de Saúde (SES) e as Instituições de Ensino Superior (IES) como parceiras, o VER-SUS/BRASIL propunha a ida e a permanência de estudantes por um período de 15 dias em um sistema de saúde municipal ou estadual. Essa vivência se dava de forma multiprofissional num processo de interação estudantes/gestores/trabalhadores(as)/usuários e IES, de forma a propiciar o debate e o conhecimento sobre aspectos de gestão do sistema, estratégias de atenção, exercício do controle social e processos de educação na saúde.

Ideia originada e desenvolvida pelo movimento estudantil e a Direção Executiva Nacional dos Estudantes de Medicina (DENEM), em período anterior à SGTES, foi primeiramente aplicada na Secretaria

Estadual de Saúde do Rio Grande do Sul e, posteriormente, encampada pela SGTES.

*[...] e teve outro processo que é um processo que [...] já vinha sendo feito pelo Movimento Estudantil, principalmente pela DENEM, que era uma vivência pra conhecer, como é que funcionava o SUS em determinado lugar [...] (E4).*

É desse momento também a Medida Provisória (MP) nº 238, de fevereiro de 2005, que institui, no âmbito da Secretaria-Geral da Presidência da República, o Programa Nacional de Inclusão de Jovens (Pró-Jovem), cria o Conselho Nacional da Juventude (CNJ) e cargos em comissão e inclui em seu texto duas importantes proposições para a saúde e a educação por meio, respectivamente, dos seus artigos 12 e 13,

[a] *Área Profissional da Saúde*, definida como modalidade de ensino de pós-graduação *lato sensu*, voltada para a educação em serviço e destinada às categorias profissionais que integram as áreas de saúde, excetuada a médica [...] [e] no âmbito do Ministério da Educação, a Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde - CNRMS, cuja organização e funcionamento serão disciplinados em ato conjunto dos Ministério da Saúde e da Educação (Brasil, 2005b, art. 12-13).

Outros projetos desenvolvidos nesse primeiro momento da SGTES envolveram ações de âmbito nacional e internacional. Entre as primeiras, a preocupação com a formação e a regulamentação dos agentes comunitários de saúde (ACS) levou a uma série de iniciativas que incluíram a criação de um grupo permanente de debate com tais trabalhadores(as); a negociação com o Congresso Nacional relativa à regulamentação da profissão e com o MEC quanto à sua formação, e, por fim, a montagem de proposta de formação técnica para ACS com a participação do MEC, Secretaria de Atenção à Saúde (SAS), Escolas de Saúde Pública, Conass, Conasems e CNS (E4).

Tem-se ainda, nesse momento, num trabalho conjunto com os Conselhos Profissionais, a criação de uma coordenação, a fim de realizar um trabalho permanente; a criação dos Polos de Educação Permanente por região, a partir de discussões com as universidades, Conselhos, Conass, Conasems, estudantes e movimentos sociais e a realização de discussões nas regiões sobre questões relativas à abertura de cursos de graduação – razão da abertura, número de vagas, como garantir acesso às pessoas da região (E4).

No apagar das luzes da gestão do então ministro Humberto Costa, tem-se em 30 de junho de 2005, a Lei nº 11.129 que institui a Residência em Área Profissional da Saúde definida como “modalidade de ensino de pós-graduação *lato sensu*, voltada para a educação em serviço e destinada às categorias profissionais que integram a área de saúde, excetuada a médica” (Brasil, 2005a).

A mesma lei criou no âmbito do MEC a Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde (CNRMS), cuja organização e funcionamento são disciplinados em ato conjunto dos Ministros de Estado da Educação e da Saúde. A lei institui também, sob a responsabilidade técnico-administrativa do MS, o Programa de Bolsas para a Educação pelo Trabalho nas modalidades de iniciação ao trabalho; residente; tutor; orientador de serviço e trabalhador-estudante, podendo ser estendidas a militares convocados à prestação do Serviço Militar. A Área Profissional de Saúde e a CNRMS foram instituídas pela Medida Provisória nº 238, de fevereiro de 2005, mencionada anteriormente.

No âmbito internacional, a primeira visita do então presidente à Cuba desencadeou discussões relativas a medicamentos e à formação médica naquele país. A SGTES participou do Mercosul e realizou visitas à Escola Nacional de Saúde Pública de Cuba e ao México com o objetivo de identificar questões relativas à formação e ao trabalho naqueles países.

*[...] outras duas coisas daí mais internacionais, além da participação da gente na questão do Mercosul, foi a primeira ida do Lula como Presidente da República, no primeiro Governo à Cuba. Ali começa [...] toda a discussão, primeiro, junto com a Fiocruz*

***sobre medicamentos [...] A relação do Brasil e de Cuba, daí com Farmanguinhos, em relação a medicamentos. E, também se começa toda a discussão sobre a Formação Médica em Cuba, e começa inicinho do inicinho do Mais Médicos (E4).***

Contudo, uma proposta tão nova não poderia acontecer sem resistências e dificuldades, as quais, de várias ordens, naturezas e intensidades, se fizeram presentes nesse primeiro momento da SGTES.

Como dito anteriormente, a própria criação da Secretaria, vista por alguns como uma proposta inovadora e ousada, foi uma das dificuldades enfrentadas. A decisão política de criá-la necessitava de embasamento legal, o qual só chegou após muita negociação.

Dificuldades também no âmbito de algumas corporações profissionais como a da enfermagem e de médicos. Da parte da enfermagem, resistência no reconhecimento de profissões técnicas, resistência em relação a demais trabalhadores(as) de saúde e a reivindicação de que a consulta de enfermagem fosse um ato privativo da profissão (E4). Da parte de médicos, resistência do Conselho Federal de Medicina (CFM) em relação às discussões iniciadas com Cuba sobre formação médica e à utilização do termo “Residência” para as demais profissões de saúde (E4).

De ambas as partes, indagações e disputas corporativas acerca do estabelecimento de ações privativas de cada uma das profissões, num momento em que a tramitação no Congresso Nacional do projeto de lei que ficou conhecido como “Ato Médico”, – oficialmente conhecida como Lei nº 12.842, de 10 de julho de 2013, define quais são os procedimentos privativos de médicos, ou seja, as atividades que só podem ser realizadas por profissionais formados em Medicina – acirrava os ânimos de ambos os lados, discussão esta que vinha desde a implantação da Estratégia Saúde da Família.

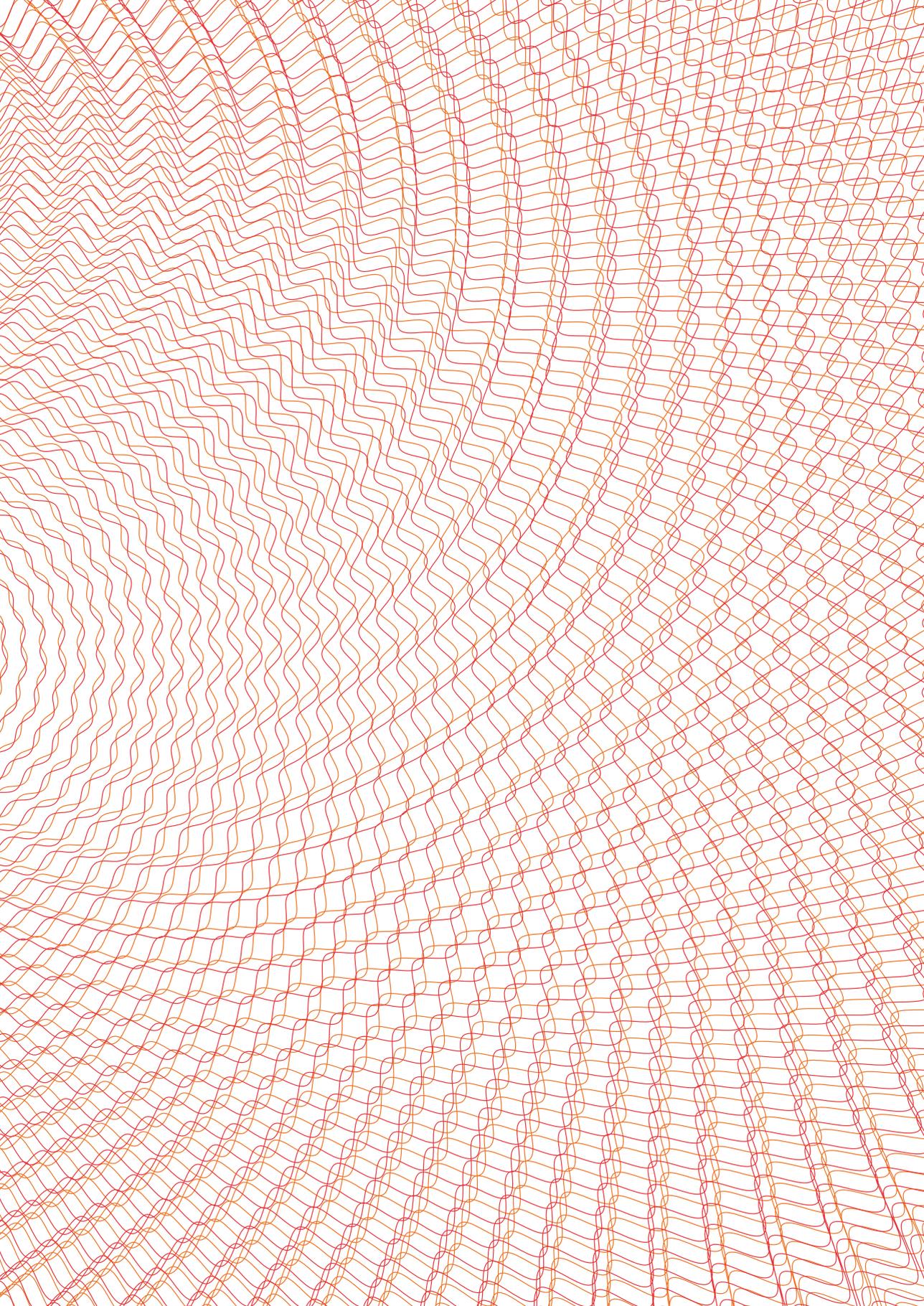
Ainda no quesito dificuldades, mudanças políticas ocorridas no comando dos Ministérios fizeram com que processos em andamento retrocedessem e comesçassem do zero novamente. Como exemplo, a queda do então ministro da Educação durante a construção da Política de Educação Permanente. A nova gestão do MEC era proveniente de

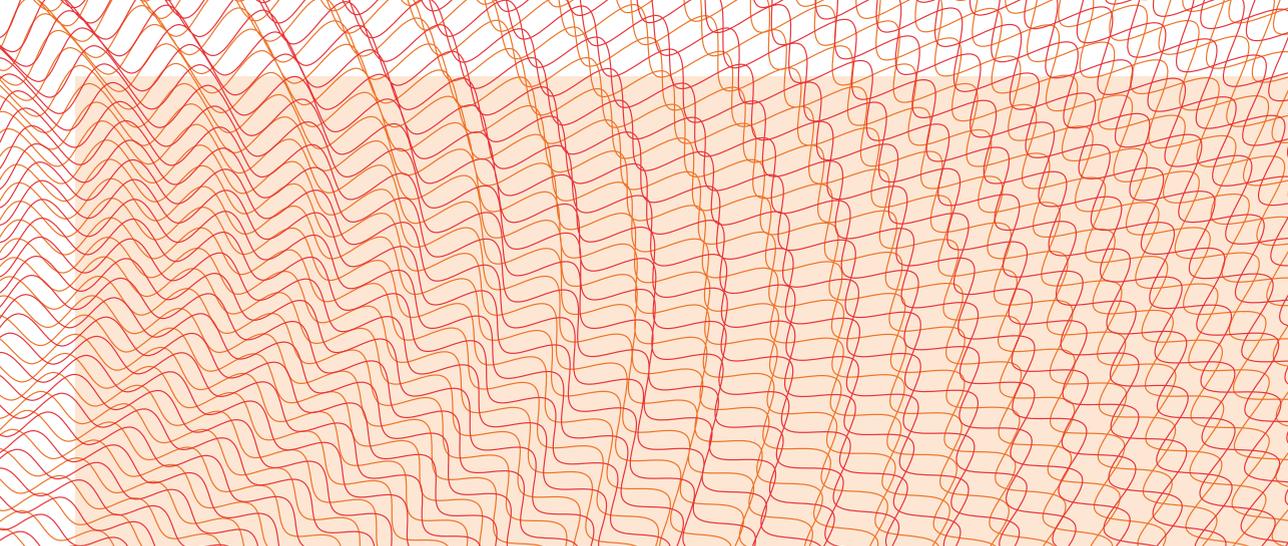
outra escola teórica, com concepções diferentes da gestão anterior, o que levou à resistência da Secretaria de Gestão do Ensino Superior, do Conselho Nacional de Educação e do INEP, dificultando as negociações e atrasando o processo (E4).

Dificuldades também no âmbito do Congresso Nacional, fizeram com que a criação da Comissão Nacional de Residência Multiprofissional e Interdisciplinar se desse primeiramente por Medida Provisória, como já relatado, para posteriormente ser contemplada em lei (Brasil, 2005a). Contudo, tendo a participação de amplos segmentos da sociedade como uma das marcas desse momento, aliada ao aprendizado advindo de todo o processo, resistências e dificuldades foram sendo progressivamente superadas e as políticas de trabalho e da educação gradativamente prosperaram e se estabeleceram, num movimento sem volta.

***[...] acho que foi uma gestão que teve muita participação de muita gente, quer dizer tudo a gente construiu com os movimentos sociais, com os Conselhos de Saúde, botando o pé no barco [...] (E4).***

Num processo de aprendizado constante, “[...] foi um processo de aprendizado. Eu acho que a gente é um eterno aprendiz [...]. Eu sempre participei de gestão, foi uma gestão, eu acho, que a gente abriu, estabeleceu o papel do Ministério [...]” (E4), a SGTES seguiu sua trilha, se fortalecendo, se impondo no cenário nacional e inaugurando o outro momento, aqui denominado de “Consolidação Institucional”, o qual será abordado na continuidade desta obra.





# *O que dizer* sobre a SGTES

## **Socorro Gross Galiano**

Representante da Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS)  
e da Organização Mundial da Saúde (OMS) no Brasil

*Celebrar duas décadas de história da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES) é reconhecer uma jornada marcada por avanços na gestão do trabalho e da educação na saúde. O Brasil é o único país da região que tem na estrutura do Ministério da Saúde com uma Secretária dedicada à política de Recursos Humanos em Saúde (RHS) na perspectiva da gestão de política pública.*

*A SGTES tem servido como referência para toda a Região das Américas, tanto na gestão do trabalho quanto na área da educação na*

saúde. A formação profissional e a expansão da força de trabalho são cruciais para enfrentar os desafios que se apresentam.

A SGTES desempenha um papel essencial ao promover a integração entre os setores de saúde, trabalho e educação, fortalecendo as instituições responsáveis pela formação de profissionais no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

A magnitude do SUS é moldada pelo capital humano que sustenta o cuidado. São os trabalhadores e trabalhadoras da saúde os protagonistas da construção dos alicerces para sistemas resilientes.

Diante disso, nós, da Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS)/ Organização Mundial da Saúde (OMS), parabenizamos calorosamente a SGTES e a todos os colaboradores e as colaboradoras que contribuíram e continuam a fazer parte dessa história.

Trabalhar em parceria com a SGTES ao longo dessas duas décadas é uma grande honra. Por meio dela, buscamos fortalecer a gestão do SUS no Brasil e assegurar a disponibilidade, acessibilidade e qualificação dos Recursos Humanos na Saúde. Juntos, promovemos políticas que aprimoram a gestão do trabalho e da educação em saúde, oferecendo subsídios para as decisões dos gestores na área.

Frutos dessa sólida parceria, destaco três importantes projetos implementados no Brasil e referenciados em toda a região das Américas, aos quais estivemos juntos desde a concepção: o projeto Larga Escala, em 1981; o Curso de Atualização em Desenvolvimento de Recursos Humanos (CADRHU), em 1991; e o Desenvolvimento Gerencial em Unidade Básica de Saúde (GERUS), em 1987. Esses projetos foram importantes alicerces para a criação da SGTES.

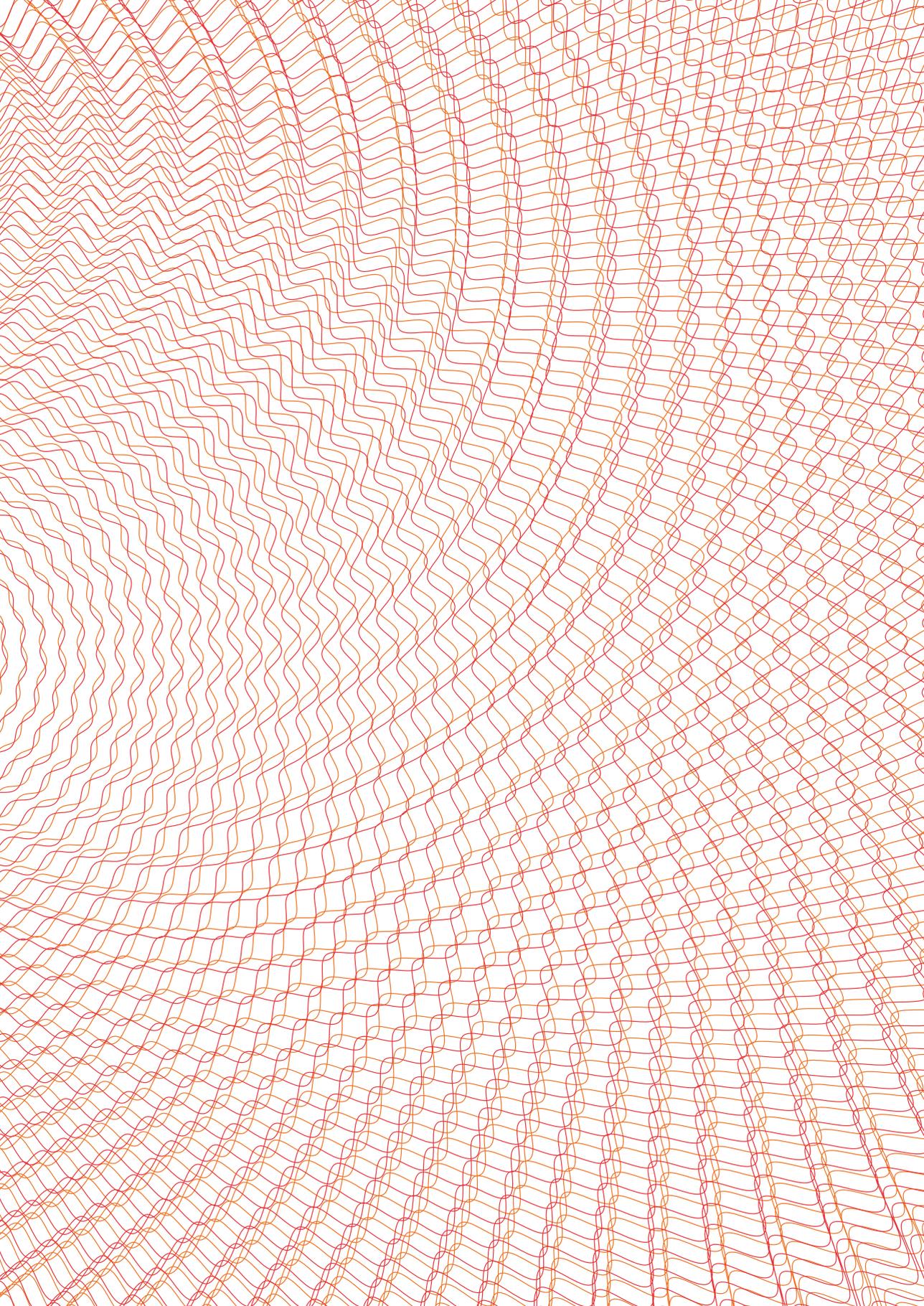
Também quero ressaltar que a SGTES, desde o seu início, contou com a assessoria técnica de grandes referências da OPAS no campo dos recursos humanos para a saúde. Dentre eles quero destacar a enfermeira Izabel dos Santos, na luta incessante pela formação dos trabalhadores de nível técnico, e a professora Maria Alice Roschke, com todo seu aporte técnico na elaboração da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde.

Que a sólida parceria entre OPAS/OMS e SGTES perdure, contribuindo para o fortalecimento do SUS e o desenvolvimento contínuo dos profissionais de saúde. **Contem sempre conosco!**





*Segundo*  
**momento**



## Consolidação institucional (2005-2010)

Como se viu nos capítulos anteriores, até a inscrição institucional como parte da estrutura do MS, os temas da educação e do trabalho atravessaram as agruras impostas por uma conjuntura política e institucional que, até certo ponto, impôs imensas incertezas. A primeira delas, nos primeiros anos deste século, relativa ao próprio processo de implementação do SUS no país, quando comparecem desafios de toda ordem, entre os quais, um financiamento inadequado para o sistema de saúde, dificuldades na gestão de um sistema de saúde de governança tripartite, envolvendo instâncias federativas distintas; a ausência de uma política clara para os recursos humanos em saúde; e o próprio obstáculo de inscrição institucional da gestão da educação e da gestão e regulação do trabalho na pasta ministerial da saúde.

Àquela altura, os desafios acumulados em torno da formação, da gestão e da regulação do trabalho profissional não eram pequenos e figuravam como problemáticas históricas e razoavelmente reconhecidas na experiência brasileira e internacional (Almeida, 2001; Feuerwerker, 1998). Na prática, as adversidades, por assim dizer, eram problemas que se reiteravam nos documentos técnicos e nas publicações especializadas da área ao longo das últimas décadas. Problemas conhecidos que, por sua vez, no contexto de vigência do SUS, se contextualizavam em uma sucessão de governos com orientações ideológicas liberais, com fortes interesses pró-mercado, que se expressavam em orientações políticas que se chocavam com os direitos de trabalhadores e trabalhadoras com o próprio efetivo processo de institucionalização do SUS (Pierantoni, 2001).

No que diz respeito a isso, tal como apontado no capítulo anterior, considerando os imensos desafios colocados para a área de educação e do trabalho na saúde, no que concerne à sua agenda programática de atividades, mas também às soluções concretas de enfrentamento dos problemas que tinham agora como base uma nova institucionalidade, não se pode dizer que os primeiros anos de vigência da SGTES tenham sido desprovidos de tensões. A criação formal da pasta, como um fato político-administrativo, foi um feito digno de nota, mas a sua efetiva operação foi um segundo processo que coube aos seus gestores empreender esforços e articulações institucionais e políticas necessárias. Esse segundo processo não foi uniforme, uma vez que se relacionou com os diferentes contextos políticos e institucionais, os quais o país atravessou.

Sem desapegar de todo dos fios que tecem o conjunto dessa trajetória institucional, este capítulo traz acontecimentos dos anos 2005 a 2010, período que coincide com o que poderia ser compreendido como uma maior consolidação institucional da Secretaria. Para isso, sem a pretensão de esgotar o repertório de ações e políticas consideradas relevantes ou com os resultados mais efetivos ao longo desse período, o texto passará em revista de algumas políticas, programas e debates que costumam ser referidos por especialistas e gestores como importantes em uma perspectiva dos avanços registrados nesses anos de relativa consolidação institucional (Soares *et al.*, 2016).

## **Algumas palavras sobre o contexto brasileiro**

Retomando o marco histórico do dia 1º de janeiro de 2003, quando Luiz Inácio Lula da Silva, do PT, assumiu pela primeira vez na história a Presidência do Brasil, abria-se, no interior do Estado brasileiro, um cenário para grandes mudanças institucionais, sem precedentes desde o final do regime militar, em 1985 (Almeida, 2004). Ainda que, a partir daí, em suas sucessivas gestões federais, o PT contasse com uma coalizão de partidos políticos como uma forma para garantir maior governabilidade não se pode deixar de registrar uma importante mudança nos quadros dirigentes federais por ele promovido nos anos dos governos Lula e Dilma.

No que se refere à economia, como ressaltado no capítulo anterior, sobretudo às políticas macroeconômicas, as alterações não ocorrem em profundidade com relação ao que estava estabelecido pelo governo de Fernando Henrique Cardoso (1995-2002), especialmente após a crise do Real, em 1999. Um conhecido tripé composto por política monetária orientada por metas de inflação, câmbio flutuante e política fiscal compromissada com superávit primário foi mantido (Morais; Saad-Filho, 2011), produzindo resultados econômicos considerados positivos até 2012. Daí em diante, durante a gestão da presidente Dilma Rousseff, a situação fiscal do país começou sua trajetória de crise até a situação de déficit primário dos anos de 2014 e 2015 (Gentil; Hermann, 2017).

No campo estritamente social, especialmente no que se refere ao contexto de análise, se pode atribuir destaque às políticas de transferência de renda aos mais pobres. Suas consequências já foram consideradas e medidas por diversos analistas, sem dúvida, a espinha dorsal da política social dos governos petistas (Arretche; Marques, 2020; Marques; Mendes, 2007).

Será, portanto, em um contexto essencialmente marcado por relativa tranquilidade político-institucional, de crescimento econômico e de melhorias do quadro social, que a SGTES encontrará, aparentemente, o cenário político-institucional mais favorável para formular, apoiar e implementar políticas nas áreas da educação e do trabalho em saúde, assim ampliando a sua própria consolidação institucional no interior do Estado brasileiro.

## **A SGTES sob os bons ventos**

Agendas programáticas consideradas historicamente estratégicas, tal como discutidas na seção “Um pouco antes”, passaram a ganhar inegável impulso e maior solidez a partir da criação da SGTES. Na fase que aqui se lança foco, tais agendas ganharam especial intensidade a partir das discussões em torno da necessidade de se avançar no processo de implantação do SUS no país, particularmente a contar da crescente ascensão da Estratégia Saúde da Família (ESF) como o veículo para construção de um novo modelo de atenção à saúde, capaz de

dar seguimento ao processo institucional de vigência efetiva do SUS no território brasileiro.

No que diz respeito a isso, as conexões entre o novo sistema de saúde e a Atenção Primária à Saúde (APS), aqui compreendida na perspectiva da ESF, passariam a ser gradualmente reconhecidas na incorporação dessa última como uma proposta afinada às ideias e às estratégias de construção do primeiro. Para Giovanella e Mendonça (2012), a construção institucional do SUS, comumente tensionada pela contenda entre diferentes propostas de modelos assistenciais, passou a contar com os discursos e propostas de uma APS que se estabelecia com base na noção de direito à saúde e na organização de práticas que convergiam com a agenda programática da universalidade e da integralidade. Assim, a histórica preocupação de formar trabalhadores(as) sintonizados com as necessidades do sistema de saúde ganhava mais um importante capítulo.

Segundo Gil (2005), para impulsionar a APS na perspectiva da ESF, várias iniciativas foram adotadas e viabilizadas pelo Departamento de Atenção Básica (DAB) com recursos do Projeto Reforço à Reorganização do SUS (REFORSUS), que destinou grande parte dos recursos para projetos estratégicos do MS e, entre eles, os destinados exclusivamente para o desenvolvimento de recursos humanos para a saúde da família, nas modalidades de especialização e de residência multiprofissional em saúde da família. Dessa forma, ainda que a implantação nacional da ESF e algumas iniciativas de formação recaíssem centralmente como responsabilidade do DAB do MS, suas repercussões e implicações institucionais para os demais setores ministeriais e, inclusive para a SGTES, são dignas de nota.

No que concerne estritamente ao contexto institucional da saúde, convém sinalizar ainda para a troca de ministro ocorrida em julho de 2005, quando José Saraiva Felipe substituiu Humberto Costa, abrindo assim a oportunidade de ingresso para novos personagens à cena institucional federal, uma vez que o MS, até então comandado pelo PT, passaria a ser gerido pelo Partido do Movimento Democrático Brasileiro (PMDB). Assim, em que pese o fato de o governo central ser o mesmo, a troca no comando do Ministério, com o ingresso de outro

grupo político em sua direção e em alguns de seus principais postos, entre eles na SGTES, vai produzir uma nova reconfiguração no quadro institucional até então vigente.

Essa mudança institucional não ocorreu sem consequências políticas. Entre as principais, figuram críticas por parte dos diferentes grupos que saíram, sob a alegação de que a mudança em curso representava um retrocesso na condução das políticas até então desenvolvidas, retrocesso que atingiria, segundo algumas avaliações, diversos setores do MS.

Em que pesem os abalos e posições críticas, na prática, não se registram mudanças importantes no interior da SGTES. Compreende-se, por exemplo, que atores-chave foram mantidos em postos de comando da Secretaria, como também houve continuidade dos programas em andamento, de modo, inclusive, a preservar a orientação institucional da SGTES, bem como suas políticas.

*[...] acredito que foi um momento difícil, houve um rechaço muito grande porque houve naquele momento algum tipo de estremecimento de que, ter um ministro de um partido que era um partido centrista, tinha de centro esquerda, centro, centro direita [...] E significaria um retrocesso? Eu não acredito nisso, eu acho que na verdade [...] foram seguidos os programas que estavam colocados [...] (E2).*

Em um processo de mudanças vistas como naturais, além da manutenção de alguns dos projetos em andamento, outras propostas foram sendo incorporadas ao portfólio da SGTES. No campo da educação, por exemplo, assistiu-se à busca pelo fortalecimento das relações da área da saúde com o MEC em ações no âmbito da graduação, pós-graduação e formação técnico-profissional, com vistas a mudanças no ensino em saúde voltadas para a formação profissional para o SUS.

Iniciativas já discutidas nesta obra, como os Polos de Educação Permanente em Saúde se processaram, em parte, nesse cenário; e, estritamente nesse contexto de análise, merece a atenção para a instauração, em junho de 2005, do Programa Nacional de Bolsas para

Residências Multiprofissionais e em Área Profissional da Saúde e a criação, em novembro do mesmo ano, do Programa Nacional de Reorientação da Formação em Saúde (Pró-Saúde). Essas iniciativas, no seu conjunto, correspondiam a uma posição crítica quanto à centralidade atribuída aos cenários de prática nos cursos de graduação e de pós-graduação, comumente organizados a partir de atividades no interior de unidades hospitalares, portanto, com baixa sensibilidade para as unidades de APS como espaços de formação profissional (Almeida *et al.*, 2012).

Dessa forma, na prática, egressos das instituições de nível superior, historicamente, tinham uma formação profissional em saúde que os colocava em situação que não correspondia à complexidade social e sanitária da coletividade e assim do próprio SUS. Portanto, como se viu, ainda que a discussão em torno dos currículos para a formação em saúde não fosse uma agenda de todo nova, bem como o próprio tema em torno da diversificação dos espaços docentes, neste contexto, sob a liderança da SGTES foi possível construir algumas experiências de articulação político-institucional inovadoras que, reconhecidos seus limites, abriram a possibilidade concreta de enfrentamento dos problemas identificados.

A instituição da Residência em Área Profissional da Saúde e a criação da Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde (CNRMS), cuja organização e funcionamento passaram a ser compartilhados entre o MEC e o MS, são exemplos de uma agenda programática e de um processo político-institucional que vinculava a SGTES às temáticas mais sensíveis do processo de implantação do SUS (Brasil, 2005c).

## ***Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde (CNRMS)***

*Por meio da Lei nº 11.129, de 30 de junho de 2005, foi criada, no âmbito do Ministério da Educação, a Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde (CNRMS), cuja organização e funcionamento são disciplinados em ato conjunto dos Ministros de Estado da Educação e da Saúde, a Residência Multiprofissional em Saúde e a Residência em Área Profissional da Saúde constituem modalidades de ensino de pós-graduação Lato Sensu destinado às profissões da saúde, sob a forma de curso de especialização caracterizado por ensino em serviço.*

*As Residências Multiprofissional e em Área Profissional da Saúde são uma ação voltada para educação em serviço, orientadas pelos princípios e diretrizes do SUS, a partir das necessidades e realidades locais e regionais, abrangendo as diversas profissões da área da saúde: Biomedicina, Ciências Biológicas, Educação Física, Enfermagem, Farmácia, Fisioterapia, Fonoaudiologia, Medicina Veterinária, Nutrição, Odontologia, Psicologia, Serviço Social, Terapia Ocupacional, Saúde Coletiva e Física Médica.*

*Atualmente, encontra-se vigente a Portaria Interministerial MEC/MS nº 7, de 16 de setembro de 2021, que dispõe sobre a estrutura, a organização e o funcionamento da Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde (CNRMS) de que trata o artigo 14 da Lei nº 11.129, de 30 de junho de 2005, e institui o Programa Nacional de Bolsas para Residências Multiprofissionais e em Área Profissional da Saúde. Totalmente reformulada, a Comissão realizou 13 plenárias, quando foram aprovadas normativas por meio de Resoluções, como os Regimentos das Comissões Descentralizadas Multiprofissionais de Residência (CODEMU) e das Câmaras Técnicas, e a primeira matriz de competências de um Programa de Residência em Área Profissional da Saúde.*

Fonte: Brasil ([2024]).

Voltada para a educação em serviço e abrangendo as profissões da área da saúde, com exceção da Medicina, a iniciativa financiou 22 programas de Residência Multiprofissional no país em 2005, consolidando essa inovação no campo da formação, na modalidade de residências em saúde. Um pouco mais de dez anos mais tarde, a iniciativa já cobria cerca de 1500 programas de residência uni e multiprofissional, um sinal inequívoco do sucesso do empreendimento institucional da SGTES e da tendência de expansão dessa modalidade de ensino na formação em saúde no Brasil (Silva, 2018).

Um traço importante desse processo institucional diz respeito à mobilização e às estreitas discussões com trabalhadores(as) da saúde. Já a partir de 2005 se é testemunha da realização de seminários locais e regionais com foco no processo de regulamentação da residência no país, bem como a construção de fóruns de coordenadores, tutores e preceptores. A realização do I e II Seminários Nacionais de Residências Multiprofissionais em Saúde, respectivamente, em dezembro de 2005 e em agosto do ano seguinte são exemplares desse rico processo que procurou articular diferentes interesses em torno de uma pauta comum (Silva, 2018).

Em sintonia com as questões e demandas discutidas no II Seminário, a SGTES/MS e a Sesu/MEC conformaram um grupo de trabalho, cuja responsabilidade institucional foi a sistematização do relatório do Seminário e elaboração da portaria de criação da CNRMS (Brasil, 2006b). A Portaria Interministerial MEC/MS nº 455, de janeiro de 2007, ao definir as diretrizes para os programas multiprofissionais e em área da saúde e a própria composição da CNRMS, é considerada um marco importante do início de um processo institucional que, certamente, exigiu e ainda exige das instituições e atores sociais envolvidos, constantes revisões e comprometimento institucional (Brasil, 2007b).

Em outra frente de luta institucional, e em boa medida inspirado na avaliação do Programa Nacional de Incentivo a Mudanças Curriculares nos Cursos de Medicina (Promed), exclusivamente dirigido às escolas médicas, o Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde (Pró-Saúde) promoveu uma ampliação da perspectiva segundo a qual as escolas médicas, de enfermagem

e de odontologia deveriam requerer a formação profissional de forma integrada ao serviço público de saúde (Brasil, 2007b).

Tal como havia se processado na formulação do Promed, o Pró-Saúde também contava com a participação de representantes do Conasems, da OPAS, do Conselho Federal de Medicina (CFM), do Conselho Federal de Odontologia (CFO), do Conselho Federal de Enfermagem (Cofen), da Associação Brasileira de Educação Médica (Abem), da Associação Brasileira de Ensino Odontológico (Abeno), da Associação Brasileira de Enfermagem (ABEn), da Associação Brasileira de Odontologia (ABO) e das próprias IES que faziam parte do Promed e participaram do Seminário de Avaliação do Programa e da Oficina do Pró-Saúde, realizada em Brasília em setembro de 2005 (Brasil, 2007b).

No que se refere ao trânsito da iniciativa no interior do Estado brasileiro, a proposta envolveu o MS, por intermédio da SGTES, em articulação com a Sesu e com o INEP, que formularam conjuntamente o programa (Brasil, 2005c). Voltava-se, em particular, para a qualidade da graduação no país e igualmente, em especial, para as necessidades impostas pela expansão da APS, notadamente da modalidade da Estratégia Saúde da Família (ESF).

Dessa forma, a SGTES alinhava-se, mais uma vez, aos processos institucionais que se colocavam no terreno do fortalecimento do SUS no país, em particular, nesse caso, como já se chamou a atenção, ao Projeto de Expansão e Consolidação do Saúde da Família (PROESF). Esse, como já sinalizado, entre os anos 2002 e 2009, se configurava como uma iniciativa do MS, apoiada com recursos do Banco Mundial, que se voltava para a organização e o fortalecimento da ESF nos grandes centros urbanos brasileiros. Os desafios, quanto à disponibilidade de pessoal de saúde em quantidade e qualidade necessárias, eram reconhecidos como questões fundamentais para o sucesso do empreendimento.

No terreno das realizações com foco no trabalho em saúde, algumas ações importantes foram desenvolvidas, frequentemente associadas às várias tratativas com o então ministro do Trabalho e ao empenho do DEGERTS na discussão da MNNP-SUS; do trabalho digno e da desprecarização do trabalho.

*[...] não tenham dúvida do número de vezes que nós tivemos lá com o ministro, depois com Agenor e Temporão, lá no ministro Carlos Lupi, para discutir a questão de trabalho. A gente fez muita ação nessa área. [...] mesa de negociação [...] trabalho digno, da desprecarização das condições de trabalho, foram muito, muito pensadas durante esse período (E2).*

É desse momento a 3ª Conferência Nacional de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (CNGTES), realizada em Brasília de 27 a 30 de março de 2006, ainda na gestão do ministro Saraiva Felipe e com o mesmo comando na SGTES.

Após 12 anos da realização da 2ª Conferência Nacional de Recursos Humanos em Saúde, a 3ª Conferência, agora rebatizada como de “Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde”, contou com a presença de mais de 1.300 delegados, distribuídos paritariamente entre usuários, trabalhadores(as), gestores e prestadores de serviço.

## ***3ª Conferência Nacional de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde***

*A Conferência foi organizada em quatro eixos temáticos, quais sejam:*

- *Gestão Democrática e Participativa do Trabalho em Saúde: Agenda Estratégica e Financiamento;*
- *Gestão Democrática e Participativa na Educação em Saúde: Agenda Estratégica e Financiamento;*
- *Negociação na Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde: Valorização, Humanização e Saúde do Trabalhador; e*
- *Controle Social na Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde.*

Fonte: Brasil (2007a).

Dessa forma, objetivando estabelecer diretrizes para a valorização e a qualificação do profissional do SUS, foram discutidas e deliberadas entre outras questões a participação do trabalhador(a) na gestão; a desprecarização dos vínculos de trabalho no SUS; a educação permanente dos trabalhadores(as) do SUS; a situação dos PCCS; e a Mesa de Negociação. Em seu relatório final são elencadas 528 propostas distribuídas pelos quatro eixos temáticos contidos no quadro de destaque.

Outra troca de ministro da Saúde ocorreu nesse momento, com a entrada de José Agenor Álvares da Silva, em substituição a José Saraiva Felipe, ambos representantes da mesma orientação política. Assim, mais uma vez, a troca de ministro não implicou em alteração no comando da SGTES, nem do perfil das propostas em andamento e das que ainda iriam se desenvolver.

Nesse contexto, e sob a agenda programática discutida na 3ª Conferência, a partir de setembro de 2006, chama especial atenção a instituição do Programa de Qualificação e Estruturação da Gestão do Trabalho no SUS (PROGESUS). Instituído pela Portaria Ministerial nº 2.261, a sua concepção se relaciona a inúmeras questões apontadas por gestores, técnicos e pesquisadores ao longo dos anos (Brasil, 2006b). No seu conjunto, dizem respeito à necessidade de fortalecimento não apenas das iniciativas no campo da educação profissional, mas, como se viu, também do enfrentamento urgente dos diversos problemas que condicionam a qualidade e o exercício do trabalho em saúde, sem o qual o próprio processo de operação do SUS se encontraria em xeque.

No que se refere estritamente à iniciativa do PROGESUS, cabe destacar o importante papel desempenhado pelo Conass, a quem coube a produção de documentos considerados importantes no processo de análise das estruturas de Recursos Humanos das Secretarias de Saúde dos Estados e do Distrito Federal (Conselho Nacional de Secretários de Saúde, 2004). Outro importante ator institucional, é a própria Rede Observatório de Recursos Humanos (Rede ObservaRH), nesse caso, sob a liderança da Estação de Trabalho do Observatório do Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (IMS/ UERJ), que produziu com foco em municípios com população acima de

100 mil habitantes, estudo sobre o papel das secretarias municipais de saúde na gestão de seus recursos humanos em saúde (Brasil, 2006b).

No seu conjunto, tais contribuições representaram aportes importantes para demonstrar que a maioria das estruturas institucionais de Recursos Humanos existentes nos estados e municípios do país contava com infraestruturas administrativas precárias, baixa profissionalização de gestores, baixa remuneração dos seus quadros profissionais, entre outros problemas que demandavam apoio financeiro e técnico por parte das instâncias federais (Brasil; Organização Pan-Americana da Saúde, 2004).

Detalhada na seção “Primeiro Momento” o seu processo de criação em 1999, a Rede ObservaRH será analisada nesse contexto no qual encontrou as condições institucionais mais adequadas para a sua expansão no país. Seu alargamento, em uma articulação institucional entre o MS e a OPAS, permitiu a criação de novas estações de trabalho, a inscrição de temas relativos à educação e ao trabalho em saúde nas instituições de pesquisa e/ou saúde e a própria ampliação e diversificação dos estudos. Ampliava-se, assim, muitas vezes pela própria formação de especialistas, a comunidade epistêmica de estudiosos da área (Brasil; Organização Pan-Americana da Saúde, 2004; Pierantoni *et al.*, 2012).

A Rede ObservaRH foi especialmente capaz de avançar na produção de diferentes estudos e pesquisas, bem como ampliar o acesso público às informações e análises mediante a criação de sistemas de informação para este fim nos seus respectivos websites institucionais (Brasil; Organização Pan-Americana da Saúde, 2004). Dessa forma, em diálogo com o componente do controle social em saúde, se permitiu acesso aberto a informações sobre políticas e programas da área, acessível para gestor, trabalhador(a) e todos interessados nos distintos temas da educação e do trabalho em saúde.

Uma outra iniciativa, com o objetivo de desenvolver ações de apoio à assistência à saúde e, em especial, de educação permanente na Saúde da Família, em janeiro de 2007, no âmbito do MS, foi a criação do Programa Nacional de Telessaúde. Na perspectiva da educação para o trabalho, ele tinha como horizonte contribuir com mudanças práticas

nos processos de trabalho na APS (Brasil, 2007c). Para tal, buscou integrar as equipes de Saúde da Família do país a centros universitários de referência, de maneira a promover qualificação profissional efetiva de trabalhadores(as).

O sucesso desse Programa pode ser comprovado, após dois anos de sua criação, graças aos números levantados: nove Núcleos de Telessaúde constituídos e em funcionamento, 735 pontos em funcionamento, 641 municípios e 2.474 equipes de Saúde da Família atendidas (Conselho Nacional de Secretários de Saúde, 2013). Em fevereiro de 2010, em um movimento que pode ser compreendido como de evolução institucional, foi instituído, em âmbito nacional, o Programa Telessaúde Brasil com o objetivo de qualificar e ampliar a resolubilidade e fortalecer a Estratégia Saúde da Família, sempre mediante ações educacionais dirigidas para diversos profissionais dessas equipes (Brasil, 2010; Conselho Nacional de Secretários de Saúde, 2013).

Adiante, especialmente no contexto da pandemia da covid-19, essa iniciativa se tornaria sobretudo estratégica, uma vez que parte da abordagem de contenção da propagação da doença envolveu o distanciamento social. Nesse quadro, ainda que as consultas presenciais tenham desempenhado um destacado papel no enfrentamento da pandemia, durante situações mais dramáticas da vivência desse período tornou-se inviável. Assim, o uso de tecnologias, como os serviços de telessaúde, se colocou como estratégia fundamental de enfrentamento da covid-19 (Paloski *et al.*, 2020).

Esse contexto vai ser palco, em março de 2007, de mais uma mudança no comando do Ministério da Saúde com a saída de José Agenor Álvares e a entrada de José Gomes Temporão. A troca de ministro se deu, mais uma vez, dentro do mesmo campo político e, novamente, não implicou mudança no comando da SGTES. A manutenção do mesmo secretário assegurou, mais uma vez, a continuidade dos projetos em andamento e propiciou a criação de outros.

Em junho de 2007, em mais um movimento com vistas a estabelecer diretrizes para a formação de Recursos Humanos para a Saúde no país, foi criada a Comissão Interministerial de Gestão da Educação na Saúde. Voltava-se, em especial, para os critérios técnicos que tratam

da regulação de cursos superiores na saúde e para a oferta de formação em áreas prioritárias, segundo as distintas necessidades regionais (Campos *et al.*, 2011).

Dessa forma, a Comissão Interministerial assumiu a responsabilidade de orientar os ministros da Educação e da Saúde no processo de definição de diretrizes para a política de formação profissional, tecnológica e superior na área da saúde, bem como para a especialização na modalidade residência médica, multiprofissional e em área profissional da saúde. Assumia, igualmente, a missão de apoiar as autoridades da educação e da saúde quanto aos critérios para avaliação, autorização, reconhecimento e renovação de reconhecimento de cursos superiores na área da saúde; expansão da educação profissional, tecnológica e superior na área da saúde; e especialização nas modalidades residência médica, multiprofissional e em área profissional na área da saúde, entre outras funções estratégicas.

Nesse mesmo contexto, a promulgação da Portaria nº 1.996, de agosto de 2007, definiu novas diretrizes e estratégias para a implementação da PNEPS, a fim de adequá-las às diretrizes operacionais e ao regulamento do Pacto pela Saúde – um conjunto de reformas institucionais pactuadas entre as três esferas de governos, que definiu diretrizes para a gestão do trabalho e para a educação no SUS.

O Pacto pela Saúde foi organizado em três componentes: Pacto pela Vida, Pacto em Defesa do SUS e Pacto de Gestão. Este último constituiu-se como uma proposta de construção de consensos na gestão do trabalho e da educação na saúde, assegurando, pela primeira vez, recursos para essas duas áreas. Segundo a Portaria, a condução regional de PNEPS passaria a ser exercida por meio dos Colegiados de Gestão Regional (CGR), com a participação das Comissões Permanentes de Integração Ensino-Serviço (CIES).

Os CGR foram definidos na Portaria nº 399/GM, de 22 de fevereiro de 2006, que divulga o Pacto pela Saúde 2006 e aprova as Diretrizes Operacionais deste, como um espaço de decisão por meio da identificação, definição de prioridades e de pactuação de soluções para a organização de uma rede regional de ações e serviços de atenção à saúde, integrada e resolutiva. Formado pelos gestores municipais de

saúde do conjunto de municípios e por representantes do(s) gestor(es) estadual(ais), as decisões dos CGR deveriam ocorrer sempre por consenso, pressupondo o envolvimento e comprometimento do conjunto de gestores com os compromissos pactuados (Brasil, 2006a).

Já a Portaria nº 1.996/2007, da PNEPS, coloca para os CGR, entre outras questões, a atribuição de elaborar um Plano de Ação Regional de Educação Permanente em Saúde (PAREPS) coerente com os Planos de Saúde estadual e municipais, no que se refere à educação na saúde. As CIES, por sua vez, são definidas como instâncias intersetoriais e interinstitucionais permanentes que participam da formulação, condução e desenvolvimento da Política de Educação Permanente em Saúde e têm entre suas atribuições, apoiar e cooperar tecnicamente com os Colegiados de Gestão Regional para a construção dos Planos Regionais de Educação Permanente em Saúde da sua área de abrangência (Brasil, 2007d).

A partir de 2007, ainda com foco na formação profissional, instituiu-se a Rede de Escolas e Centros Formadores em Saúde Pública, um empreendimento que, num só tempo, fortaleceria e revelaria a força da Saúde Coletiva como campo de conhecimento e de formulação de políticas. A construção da rede pode ser compreendida também como uma importante contribuição para o desenvolvimento de ações integradas com foco no fortalecimento do SUS.

Nos últimos dias do ano de 2009, o MS voltou-se de forma sistemática para o tema da formação profissional técnica com a implementação do Programa de Formação de Profissionais de Nível Médio para a Saúde (PROFAPS). Seu objetivo era qualificar e/ou habilitar trabalhadores(as) em cursos de Educação Profissional para a Saúde, sejam trabalhadores(as) já inseridos ou a serem inscritos no SUS. Ainda que tenha proporcionado resultados distintos pelo país, em boa medida condicionados pelas diferentes ecologias político-institucionais locais, se considerarmos a escassez de cursos profissionalizantes na área, especialmente no Norte e Nordeste, onde justamente as demandas por qualificação de recursos humanos são maiores, o PROFAPS pode ser considerado como um empreendimento importante para o fortalecimento do SUS (Reis *et al.*, 2020).

Em termos institucionais, o Programa envolvia o MS, as secretarias estaduais, municipais de saúde e do Distrito Federal, cabendo à SGTES o monitoramento, acompanhamento e supervisão das ações previstas. Além disso, deveria promover e estabelecer as ações de cooperação técnica com as instituições formadoras na formulação e execução dos cursos (Brasil, 2009b).

Em março de 2010, em mais uma iniciativa de educação pelo trabalho, é instituído pelas Portarias Interministeriais nº 421 e nº 422, como uma ação conjunta do MS e do MEC, o Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET-Saúde). Conduzido pela SGTES, nascia com o objetivo de qualificar a integração ensino-serviço-comunidade, aprimorando, no âmbito do próprio local de trabalho, o conhecimento de profissionais da saúde, inclusive daqueles em formação, como era o caso de estudantes dos cursos de graduação na área da saúde.

Essa iniciativa, dialogando com outras, como o Pró-Saúde e, de alguma forma, igualmente com iniciativas mais longevas – como os projetos de Integração Docente Assistencial (IDA), implantado nos anos 1970 e a partir de 1981, o chamado Projeto UNI, demonstrou que o tema da integração ensino-serviço avançava e ganhava novos contornos institucionais mais sólidos (Pinto *et al.*, 2023). Expressava, dessa forma, aprendizados institucionais e expertises que foram sendo acumulados ao longo dos anos, mas, ao mesmo tempo, enfrentava o desafio da construção de novos espaços de trabalho em saúde, criando redes de interlocução entre estudantes, docentes e profissionais de serviço, ampliando as possibilidades de aprendizagens problematizadoras e significativas no próprio campo de trabalho (Batista *et al.*, 2015; Costa *et al.*, 2015).

Outra iniciativa que merece menção neste texto é a Universidade Aberta do SUS (UNA-SUS). Em dezembro de 2010, com o apoio da OPAS e da Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), o MS instituiu a UNA-SUS, com o objetivo de permitir acesso aberto e democrático ao conhecimento de interesse ao SUS. Para tal, foi estabelecida uma rede que contava com 34 instituições públicas de educação superior e institutos federais credenciadas pelo MEC, responsáveis pela oferta de educação a distância. (Pierantoni *et al.*, 2012)

A ampla oferta de cursos, com diferentes modalidades e propósitos, como cursos de extensão, de aperfeiçoamento, de especialização e até mestrados profissionais, permitiu que a UNA-SUS fosse capaz de contemplar inúmeros temas de interesse da área da saúde, como dengue, tuberculose e arboviroses, até programas, como Saúde da Família e Saúde Mental (Campos; Lemos; Oliveira, 2017).

Ainda sobre a dimensão e escala dessa iniciativa, segundo seu website institucional, a UNA-SUS possui, no momento, mais de 8 milhões de matrículas em mais de 480 cursos ofertados para todo o país, cobrindo todos os municípios brasileiros<sup>1</sup>. Números tão expressivos demonstram o quanto a proposta de criação de um sistema com essas características já denotava ousadia e inovação desde seus primeiros momentos. Num contexto de cerca de 35 mil equipes de Saúde da Família em atividade naquele momento, perfazendo um total de cerca de 100 mil profissionais que demandavam capacitação, a necessidade de formação em escala e uma estratégia para fazê-lo foram fatores que impulsionaram a SGTES a propor esse projeto.

Assim, a UNA-SUS surge a partir do reconhecimento de que as capacitações tradicionais não conseguiriam cobrir esse contingente e nem as necessidades da Saúde da Família, colocando-se como impositivo se pensar outra forma de capacitação que atendesse ao contingente de profissionais e de forma imediata. Uma questão que, à luz das novas tecnologias, se impõe como pertinente e urgente.

## **Limites e desafios institucionais**

Como se pode constatar, há muitos legados decorrentes dos processos até aqui sumarizados. Voltando ao início, é possível chamar a atenção para o próprio tema da inscrição da educação e do trabalho no campo institucional da saúde, tal como se expressou desde a conformação institucional da Secretaria. Nesse ponto, conforme sinalizado nos textos anteriores, se reconhece que não havia sido delegado, até então, ao MS um papel de liderança na formulação e implementação de políticas

<sup>1</sup> Ver site da UNA-SUS, disponível em: <https://www.unasus.gov.br/>.

relativas à gestão da formação na saúde e à gestão e regulação do trabalho profissional. Esse processo foi, em boa medida, construído nas diferentes iniciativas e movimentos nos distintos contextos anteriores à vigência da SGTES e, sem nenhuma dúvida, avançaram.

Desse modo, o caminho para uma maior consolidação institucional da SGTES é também o da maior consolidação e legitimação do papel do MS na articulação, formulação e implementação de políticas voltadas para a educação e o trabalho em saúde. Dito de outro modo, a SGTES representou um passo imenso e decisivo, principalmente, na inscrição da educação no campo da saúde, um passo que – como se verá adiante – não deixaria de ser questionado. De todo modo, como se buscou sinalizar, eis aqui um legado institucional fundamental para a vigência de um sistema público de saúde integral.

É nesse horizonte também que se deve compreender a história da SGTES, como povoada por grandes desafios, que exigiram dos seus quadros técnicos e de inúmeras outras instituições parceiras, ações à altura das dificuldades institucionais colocadas para a área e para o sistema de saúde brasileiro. À luz desse contexto, pode-se concluir, portanto, que os desafios da SGTES, em última análise, dizem respeito às próprias contendas do processo de efetiva implantação do SUS, segundo a formulação e os princípios doutrinários mais estruturantes da Reforma Sanitária. Desse modo, em que pesem os avanços institucionais já registrados, a trajetória que aqui se contempla não correspondeu a um caminho livre. Ainda que o cenário político-institucional, relativamente ao que se colocaria adiante, fosse mais favorável, o processo de construção de políticas e programas sempre teve que lidar com diversos interesses, perspectivas, organizações e, inclusive, projetos de sociedade em disputa. As dificuldades e os embates também se fizeram presentes e se manifestaram de diversas formas e intensidades, tendo mais uma vez, o conflito com a corporação médica como um dos pontos de destaque.

Assim, a despeito do diagnóstico da escassez ou da ausência de médicos em várias localidades ser de total conhecimento de estudiosos da área, as dificuldades políticas no enfrentamento do que se referia ao provimento de profissionais fez com que não fosse possível, por

exemplo, propor um programa nos moldes do Programa Mais Médicos (PMM). Esse, como logo se discutirá, só viria a acontecer adiante, mas não sem conflitos, também.

Entre os motivos para um enfrentamento parcial do conhecido problema da escassez de profissionais médicos, refere um dos depoentes que haveria uma “falta de coragem” para enfrentar a corporação médica e sua resistência a propostas consideradas como potenciais interferências ou ingerências políticas na dinâmica estabelecida. Além disso, menciona o mesmo depoente a “falta de coragem” que se estendeu à ausência de enfrentamento de um congresso considerado conservador e corporativista pró médico.

*Por que ainda que conscientes da questão de ter muita localidade descoberta de médico no Brasil nós não tivemos a coragem de propor o Mais Médicos antes? – [...] talvez não tenha tido coragens como essa coragem de enfrentar a corporação na questão do provimento [...] [...] eu acho que faltou coragem política de que naquele momento, enfrentar um Congresso Nacional de cunho fortemente conservador e corporativista pró médico, talvez se tenha avaliado mal (E2).*

Outro importante ponto de embate se deu em torno da Lei do Ato Médico, que se manifestou desde a implantação da Estratégia Saúde da Família, e agora, apontada como uma grande dificuldade e desgaste enfrentados pela gestão da SGTES. Data dos primeiros anos deste século o movimento legislativo com vistas a regulamentação de competências para profissionais da Medicina, que conformaram a chamada Lei do Ato Médico. O Projeto de Lei nº 7.703/2006, que levou popularmente o nome de Ato Médico, gerou grande debate no país e forte reação de diversas representações de profissionais de saúde não médicos.

*[...] um dos grandes sofrimentos que nós tivemos durante o tempo da SGTES [...] a lei do ato médico, [...] eu tenho um problema nas unhas hoje que é um problema que começou naquela época que é claramente psicossomática, eu acho que metade disso está na lei do ato médico [...] (E2).*

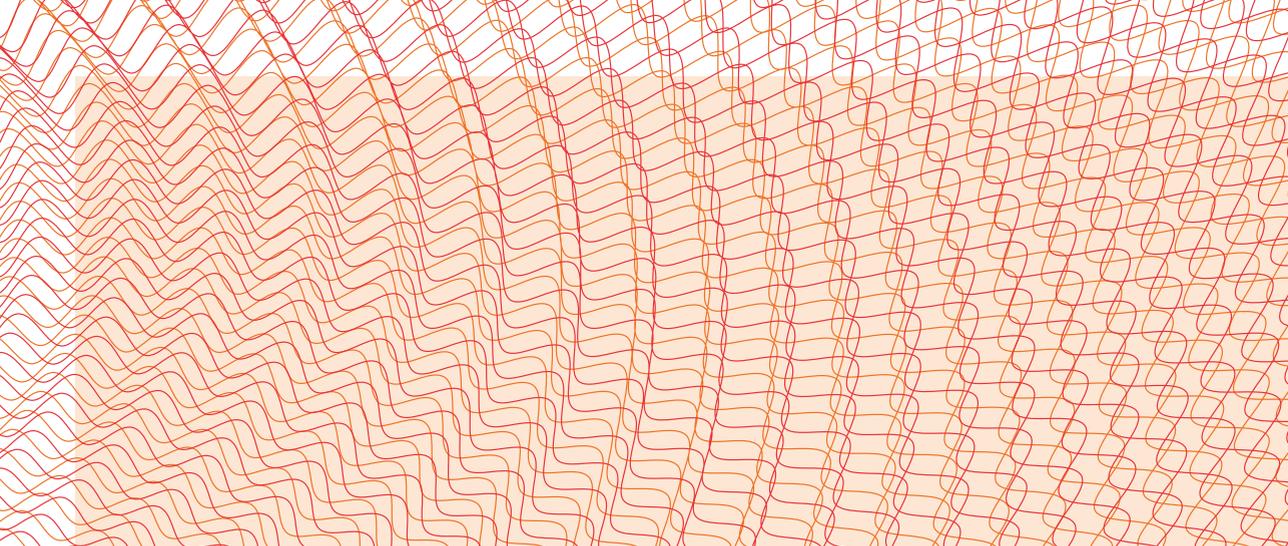
Conforme já sinalizado, esse foi um contexto no qual o MS foi comandado por três diferentes ministros. Representantes da mesma orientação política, que não imprimiram descontinuidade de comando da SGTES, havendo assim uma perceptível linearidade política-administrativa na condução e no papel institucional da Secretaria em boa parte de sua primeira década de vigência.

Ao longo desse período, de forma a dirimir antigas resistências institucionais, destaque para o estreitamento das relações interinstitucionais representado, entre outras iniciativas, pelo grande contingente de projetos desenvolvidos com o MEC e promulgados por diversas portarias interministeriais. Foi, portanto, um contexto de liberdade de ação, de construção de apoios, de possibilidades de organização das equipes técnicas e de interlocução com diversos dirigentes internos e externos ao Ministério.

*[...] eu tive na SGTES, toda a liberdade possível, por parte do ministro que era professor universitário, mas dizia que delegava total e completamente e assim o fez [...]. Eu confesso a vocês que eu tive as facilidades (E2).*

De toda forma, uma avaliação positiva não está isenta de críticas, uma vez que, numa arena povoada por tantos e tão diferentes grupos de interesses, as diferenças de posições sempre estiveram presentes. Em outra conjuntura de análise, por exemplo, próximo de adentrar a segunda década de atividades, no contexto da primeira gestão de Dilma Rousseff (2011-2014), alguns desses grupos de interesse encontraram um cenário político que lhes permitiu a externalização de posições críticas, por vezes, bastante contundentes, justamente no cenário em que a SGTES passou a dedicar especial atenção para o tema da distribuição e fixação de profissionais de saúde no território brasileiro. É desse contexto iniciativas como o Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica (PROVAB) e o Programa Mais Médicos. Este último, ao convocar o tema de uma maior regulação do Estado sobre a formação e o mercado de trabalho de médicos, produziu grande debate público no Parlamento, na imprensa e, especialmente, entre a própria categoria médica (Teixeira; Paim, 2018).

Parte desse debate já se encontrava atravessado pela instabilidade política governamental e pelo próprio cenário de crise político-institucional que se instalava no país (Bahia; Cardoso, 2019). Esse ambiente repercutiria seriamente nas instituições de Estado, a SGTES não estava imune à crise. Esse contexto será contemplado na seção a seguir.



# *O que dizer* sobre a SGTES

**Márcia Cristina Rodrigues Fausto**

Rede Brasileira de Escolas de Saúde Pública (RedEscola)

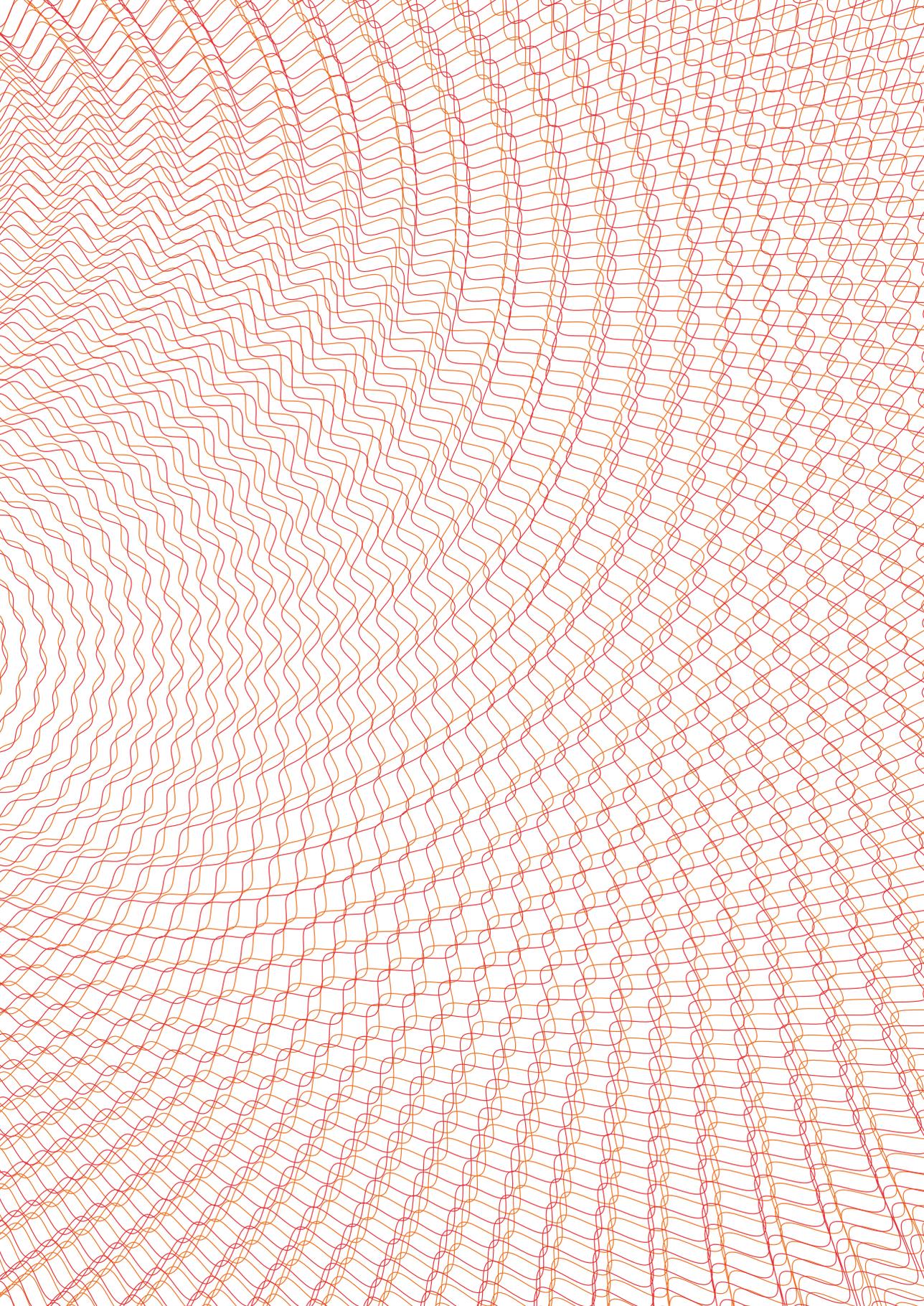
*A Rede Brasileira de Escolas de Saúde Pública (RedEscola) tem a Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES) como importante aliada para o exercício daquele que é o seu papel estratégico: atuar em rede para responder às necessidades formativas no (e para) o Sistema Único de Saúde (SUS).*

*Pela própria natureza de sua atuação, a relação da RedEscola com a SGTES é embrionária. A RedEscola ganhou concretude a partir do Projeto REGESUS. Este projeto (estabelecido mediante convênio entre SGTES e ENSP/Fiocruz) revelou a importância de se constituir bases para*

*o fortalecimento de ações estratégicas em rede, de modo a alavancar e consolidar uma política nacional de qualificação da educação e do trabalho no SUS.*

*Ao longo de sua existência, a RedEscola tem mantido com a SGTES uma relação de parceria, baseada na construção de diálogos e ação colaborativa, com estímulo aos debates e ações cooperativas para a Educação em Saúde e Formação em Saúde Pública no Brasil. A representação da SGTES em reuniões do grupo de condução e nos encontros nacionais denota o compromisso e o reconhecimento do SGTES quanto ao papel que as escolas e centros formadores têm na construção do SUS, principalmente no que tange aos desafios que precisam ser enfrentados nos processos de formação das trabalhadoras e trabalhadores do SUS, com base na realidade do mundo do trabalho. Por outro lado, revela o compromisso político assumido pela RedEscola de operar projetos nacionais voltados para a implementação das diretrizes estratégicas da política nacional de educação permanente em saúde, em todo território nacional.*

*As parceiras RedEscola/SGTES são marcadas por movimentos de grande mobilização e aglutinação de distintos atores implicados em ações no campo da educação e da saúde, em diversos lugares e espaços de atuação. O encontro nacional da RedEscola de 2023 refletiu a importância desta interação e mais do que isso, reforçou o papel que tem a SGTES para impulsionar processos colaborativos entre as diversas redes comprometidas com o **fortalecimento das Escolas do SUS.***



# Inovação e enfrentamento (2011-2016)

Em 2011, a eleição de Dilma Rousseff, primeira mulher a ocupar a Presidência da República e da mesma orientação política do governo que saía, inaugura uma nova era no país e, com ela, novos desafios, realizações e enfrentamentos em todos os setores da sociedade aí incluída a saúde. Essa mesma presidente, seria reconduzida em outubro de 2014, para um segundo mandato, a partir do qual as incertezas políticas se radicalizaram, bem como se configurou uma crise econômica com fortes implicações sociais e institucionais, um cenário com consequências dramáticas, sobre o qual será tratado a seguir (Gentil; Hermann, 2017).

Na arena institucional da saúde algumas mudanças na direção do Ministério ocorreriam sem, no entanto, se produzir consequências institucionais relevantes. A SGTES, como parte da estrutura ministerial será exemplo dessa situação.

Nesse período, quatro ministros, advindos de diferentes grupos políticos, assumiram a Pasta ao longo dos mandatos da então presidente, sendo eles Alexandre Rocha dos Santos Padilha, Arthur Chioro, Marcelo Castro e novamente Agenor Álvares da Silva. No âmbito da SGTES, três foram os secretários que passaram pela sua liderança nesse cenário, sem que houvesse uma mudança importante nas diretrizes da Secretaria.

Foi um momento de implantação de projetos inovadores e ousados, que mexeram substancialmente com as políticas até então em curso, com gestores e com profissionais de saúde, tanto no âmbito da educação como no do trabalho em saúde.

O primeiro ministro desse período e parte de seus principais assessores traziam, na bagagem, um histórico desde o movimento estudantil, de participação nos debates sobre formação médica graduada e especializada, sobre reforma curricular dos cursos de medicina e de ocupação de cargos de representação estudantil em diferentes órgãos da categoria médica em âmbito nacional.

Foi o momento em que a denominada “geração DENEM” – Direção Executiva Nacional dos Estudantes de Medicina – assumiu pela primeira vez a gestão do MS, uma geração que tinha intimidade e propriedade com o tema da formação médica e acreditava ser o momento propício para a inserção desta discussão.

*[...] a propriedade com o tema e a compreensão dessa importância nós carregávamos desde aquele momento [...] por uma delegação do ministro Padilha, nos entendíamos que a gente tinha que entrar nesse processo da formação de graduação e na formação do especialista, era uma primeira oportunidade que a nossa geração estava chegando no Ministério da Saúde, a gente tinha identidade com esse tema e tínhamos propriedade com esse debate e entendíamos que a gente tinha que colocar a mão nessa discussão [...] (E8).*

Entre as ações “inéditas” de um Ministério da Saúde, a ida de uma autoridade, pela primeira vez, a uma reunião da CNRM, além de provocar assombro, fez com que o então ministro da Educação também comparecesse à Comissão. Nessa histórica reunião, pontuou-se a importância da formação de especialistas na área médica e a entrada do MS nessa discussão. Como desdobramento, foram iniciadas as primeiras tratativas que resultaram na criação do Programa de Valorização da Atenção Básica, o PROVAB, criação aprovada numa reunião da CNRM, por seus integrantes, um membro do MS e um do MEC. A resolução da CNRM da aprovação do PROVAB foi publicada em setembro de 2011.

A falta ou escassez de médicos no país já se apresentava como um tema presente em períodos anteriores à criação da própria Secretaria, mas, a partir desse momento, foi objeto de maior investimento e visibilidade. Assim, para a gestão da SGTES que se iniciava, a pressão de

governadores e prefeitos reivindicando o aumento do número de profissionais médicos em seus serviços de saúde constitui-se como seu maior desafio.

*[...] o grande desafio, a grande pressão sobre a minha Secretaria durante todo durante todo o curto período que eu fiquei, [...] era a reivindicação tanto de governadores como de prefeitos de falta de médicos (E9).*

Assim, a fim de prover municípios considerados áreas de difícil acesso ou de populações com maior vulnerabilidade, foi criado o PROVAB. O Programa tinha como foco profissionais integrantes da equipe básica da ESF e assumia como objetivo institucional estimular e valorizar o profissional de saúde que atuasse em equipes multiprofissionais no âmbito da Atenção Básica (AB) e da ESF (Brasil, 2011).

É importante registrar que a proposta do PROVAB, como um programa de provimento de profissionais em áreas de maior vulnerabilidade, não era inédita. Outras iniciativas com esse objetivo já haviam sido adotadas pelo MS em períodos anteriores à própria criação da SGTES. Como exemplo, o Programa de Interiorização do Trabalho em Saúde (PITS) desenvolvido no âmbito da então CGPRH em conjunto com o DAB (Médicos [...], 2003).

O PITS era dirigido para profissionais médicos e enfermeiros para atuar em áreas remotas e carentes dos municípios das Regiões do Brasil: Norte, Nordeste, Centro-Oeste e Sudeste (estado de Minas Gerais), nas quais os profissionais eram remunerados por meio de bolsa e realizavam um curso de especialização em Saúde da Família. A adesão ao programa pelos municípios era opcional, e uma vez efetivada, estes ofereciam moradia e alimentação para tais profissionais como contrapartida. Esse programa não foi o primeiro de provimento estabelecido no Brasil, mas sua instituição foi saudada como positiva, por retomar a discussão do provimento e por ter um projeto político que enfrentasse a questão, no qual o MS reconhecia que provimento também era de sua responsabilidade (E3).

O modelo do PITS se reproduzia no PROVAB e, de certa forma, também na proposta que viria posteriormente, o Programa Mais Médicos (PMM). Nas palavras de um entrevistado

*Não é que foi o primeiro movimento de provimento do Brasil, mas fazia muito tempo que não tinha algo parecido [...] eu acho que tem de interessante foi retomar essa questão e ter um projeto político para enfrentar essa situação. Acho que foi relativamente bem-sucedido. Mas como era um curso [...] os profissionais recebiam uma bolsa, isso vai se reproduzir depois no PROVAB, e de uma certa forma, até uma parte do Mais Médicos trabalha com isso ainda (E3).*

De acordo com um entrevistado, o PROVAB veio resgatar uma prática já corrente em outros países, qual seja, a de propiciar uma passagem do médico pela Atenção Primária antes de se especializar.

A proposta, no entanto, teve muita resistência da categoria médica, especialmente no que se referia à colocação de recém-formados na AB e ao bônus de 10% no exame de residência para aqueles que aderissem ao programa. Tais iniciativas contrariavam práticas consolidadas pela denominada “elite médica”, cujos filhos e parentes próximos já se encontravam posicionados para assumir as residências mais disputadas, uma vez que era uma realidade da corporação conviver há muito tempo com uma situação familiar de várias gerações de médicos (E8).

A resistência resultou num grande número de liminares judiciais, todas enfrentadas e derrubadas pelo MS. Partindo de um cenário de desconfiança sobre sua viabilidade e estabilidade, resultando numa baixa adesão por parte de médicos, o Programa experimentou um significativo aumento da adesão em seu segundo ano de funcionamento.

*[...] teve liminar na justiça, teve tudo. Nós conseguimos derrubar todas, e foi para valer. Tanto é que, no segundo ano, nós tivemos mais de 3000 médicos inscritos no PROVAB e já passou a ser o PROVAB aí, a maior intervenção de provimento e, ao mesmo tempo de informação, porque ele era bimodal, ele formava o médico na sua condição de generalista e ele também ofertava profissional atenção básica de maneira supervisionada por instituições (E8).*

Contudo, a despeito da conjuntura política bastante favorável e da grande preocupação com o social tanto do governo que saía como do que assumia, a política econômica mostrou-se um tanto desfavorável no tocante ao financiamento da saúde, uma vez que, esta foi contemplada com um volume de recursos menor do que o esperado, causando um sentimento de frustração nos novos dirigentes.

***Era uma conjuntura muito propícia do ponto de vista político. [...] não era uma conjuntura extremamente propícia do ponto de vista dos recursos para a saúde [...] Apesar da grande preocupação social dos governos anteriores, do presidente Lula, a saúde não tinha recebido aquela quantidade de recursos federais que todos nós sonhávamos [...] o que deixou uma certa, uma grande frustração em nós logo no começo, no começo da gestão (E9).***

Além do PROVAB, a SGTES elegeu outras importantes ações como prioritárias no período, tais como a expansão da especialização dos programas de residência médica (RM) e os de residência multiprofissional, para tentar reduzir desigualdades regionais na formação de especialistas; um maior investimento na qualificação de trabalhadores(as), a partir da constatação da existência de grande contingente de trabalhadores(as) das mais diversas categorias sem a qualificação adequada, necessitando, portanto, serem qualificados; e o reconhecimento da necessidade de valorizar as Escolas do SUS em âmbito estadual e municipal.

No que tange à área do trabalho, o apoio e o reforço, à MNNP-SUS, eram prioritários e as reuniões eram acompanhadas presencialmente pelo secretário. Esse foi um período de forte mobilização de trabalhadores(as) da saúde, que organizaram diversas caravanas a Brasília para negociar as suas reivindicações que incluíam, entre outras questões, jornada de trabalho e piso salarial. Uma situação difícil para o então gestor da SGTES, uma vez que, ao mesmo tempo em que representava o governo, acreditava na justiça das reivindicações apresentadas.

*[...] as reivindicações trabalhistas que a gente tinha dificuldade na época de lidar, que eram as 6 horas, a jornada de trabalho de 6 horas para enfermagem [...] a reivindicação dos agentes de saúde de um piso salarial que eles faziam, várias viagens a Brasília, concentração em Brasília, eu tinha que recebê-los, e era uma coisa engraçada porque eu era negociador, mas eu achava que as reivindicações deles eram justas porque o salário deles era [baixo], então eu ficava numa situação [...] difícil (E9).*

A Proposta de Emenda à Constituição (PEC) do Piso da Enfermagem (PEC nº 11/22), a qual determina que lei federal instituirá pisos salariais nacionais para enfermeiros, técnicos de enfermagem, auxiliares de enfermagem e a parteira, só foi aprovada pela Câmara dos Deputados no dia 13 de julho de 2022 (Piovesan, 2022).

No que diz respeito à integração da educação com o trabalho, pauta ainda presente nas discussões atuais da Secretaria, foi elaborada uma proposta na qual o SUS se constituía como uma escola, cujo slogan seria o “SUS como escola”. O objetivo era que o sistema público de saúde, além de cuidar da saúde da população, tomasse para si a responsabilidade de formar futuros profissionais de saúde. Essa proposta foi trabalhada pelas gestões seguintes da SGTES, sendo posteriormente incorporada à Lei do Mais Médicos.

*[...] o SUS como escola [...] depois acabou sendo trabalhado pelos secretários seguintes [...] acabou sendo incorporado na lei 12871, na lei do Mais Médicos [...] (E9).*

A realização de reuniões e a criação de grupos de trabalho para a discussão de um contrato ensino-serviço, resultou posteriormente na criação do denominado Contrato Organizativo de Ação Pública Ensino-Saúde (COAPES), institucionalizado em 2015, e trouxe a proposta de definir as responsabilidades de gestores e das instituições de ensino nos campos de prática, sobre o qual será tratado posteriormente.

Assim, numa gestão avaliada como positiva, porém curta, foi dado o pontapé inicial para a consecução de importantes iniciativas, continuadas e aprofundadas em momentos posteriores, dentre elas, um

projeto estratégico para a formação médica e para a qualificação de trabalhadores(as) do SUS; a criação do PROVAB que pavimentou o caminho para a criação do Programa Mais Médicos (PMM); e a discussão sobre a integração ensino-serviço que resultou no COAPES.

Ainda na gestão do mesmo ministro da Saúde, a troca de secretário da SGTES não implicou mudanças substantivas nas políticas empreendidas pela Secretaria. Foi um período em que a discussão sobre provimento de médicos e a formação de especialistas ocuparam o centro da cena no MS e, conseqüentemente na SGTES, apesar de pouco contemplada a questão da fixação desses profissionais.

O recém-nomeado secretário, foi logo instado pela então presidente Dilma a elaborar um programa de provimento para a área médica, que deveria contemplar o aumento da formação graduada, da formação de especialistas, além de cotejar a possibilidade de incluir médicos provenientes de outros países na proposta. Dessa forma, o que viria a se constituir como o PMM surge a partir de uma demanda da então presidente, após a identificação de limites do SUS na AB, decorrentes da escassez de médicos.

A demanda da presidente, e a conseqüente necessidade de elaboração de uma apresentação para ela, evidenciou a ausência de informações estruturadas sobre a disposição de profissionais pelo país, sobre o número de faculdades de medicina, de vagas ofertadas, bem como do processo de formação de especialistas, obrigando a que se recorresse a *websites* privados e à utilização de um sem-número de fontes de dados. Tal situação evidenciou também a necessidade do estabelecimento de alianças e de realização de estudos e pesquisas que subsidiassem a construção de uma nova proposta. Recorreu-se então à OPAS e à ROREHS, uma parceria já mencionada nesta publicação.

*[...] para montar essa apresentação, a gente teve que recorrer a um site privado [...] E aí eu me assombrei como é que o Estado brasileiro não tinha isso?! E aí eu fui buscar no MEC também essas informações e aí o MEC disse “não, a gente tem do sistema federal de ensino, que são as federais e as privadas” [...] [...] o MEC tinha informações de vaga de medicina, por exemplo, das federais e das privadas, das estaduais não tinham. Então um caos (E8).*

A organização dos dados, a partir dos estudos feitos pelas instituições de pesquisa, demonstrou que o Brasil tinha um grave problema de ausência do Estado no tocante ao provimento de profissionais, em especial de médicos; ao mesmo tempo em que havia uma defasagem entre oferta de vagas/demanda/finalização do curso e mercado de trabalho na área de enfermagem. O excesso de profissionais tanto na enfermagem como em outras categorias fazia com que o mercado diminuísse a massa salarial desses(as) trabalhadores(as). Situação ainda presente, ao se considerar a resistência à implantação do piso da enfermagem, já referido.

O crescimento de cursos na área da saúde e a consequente formação de profissionais, ocorrido de forma desregulada, na presença de um mercado privado muito aquecido e de um duplo financiamento por parte do setor público por meio de programas como o FIES e o PROUNI, estabeleceu um verdadeiro “exército de reserva” no qual se destacam o excesso de profissionais e os baixos salários. Na tentativa de frear um pouco esse movimento, uma moratória na abertura de cursos de enfermagem, configurou um dos últimos decretos assinados pela presidente Dilma, decreto logo invalidado, após a sua deposição.

A discussão acerca da abertura de cursos na área da saúde, particularmente de medicina e a necessidade de sua regulação, continua presente nas pautas da SGTES, constituindo-se um de seus desafios atuais. Algumas iniciativas estão sendo propostas, das quais se falará no decorrer desta publicação.

Retomando a demanda da presidente e seguindo a trilha das propostas de provimento, mas em um movimento ainda mais ousado e amplo, a proposição do PMM suscitou generalizados e profundos debates em diversos setores da vida nacional – imprensa, Congresso Nacional e, em especial, na corporação médica, que desempenhou papel de destaque no decorrer de sua implantação e desenvolvimento.

Proposto inicialmente pela Medida Provisória nº 621 de 8 de julho de 2013, o PMM foi formalmente instituído por meio da Lei nº 12.871 de 22 de dezembro de 2013, aprovada pelo Congresso Nacional e sancionada pela Presidência da República. Escassez, dificuldade de fixação, má distribuição de médicos no território nacional, além do

reconhecimento da necessidade de se estabelecer mudanças na graduação em medicina foram, mais uma vez, o mote para a proposição de um programa aos moldes do PMM.

Dessa forma, temáticas historicamente muito presentes, como diminuir a carência de médicos em regiões prioritárias para o SUS; fortalecer a AB; aprimorar a formação médica; ampliar a inserção de médicos em formação nos serviços do SUS; fortalecer a política de educação permanente com a integração ensino-serviço; promover a troca de conhecimento e experiências entre profissionais brasileiros e estrangeiros; aperfeiçoar médicos para atuar nas políticas públicas, na organização e funcionamento do SUS, além de estimular a realização de pesquisas aplicadas a esse órgão estavam entre os objetivos constantes na lei de instituição do programa (Brasil, 2013b).

Num processo cercado por muitas resistências, foi necessário um intenso trabalho junto com o Congresso Nacional e outros setores da sociedade, no intuito de angariar apoio para a proposta, gerar convencimento, alianças e capacidade de enfrentamento. Uma conjunção de fatores explicitados no depoimento abaixo, contribuíram para viabilizar a proposta.

***[...] eu estar ali na SGTES, o Alexandre estar como ministro, o Rogério [Carvalho] de ser o relator da medida provisória, foi um condicionante histórico processual importante pelo alinhamento conceitual e pela capacidade de diálogo e de interpretação processual da coisa, pra poder ter alinhamento, unidade e capacidade de enfrentamento. Isso é uma coisa que é difícil de se repetir, pelo processo histórico e tal, mais foi o que aconteceu (E8).***

Além do Congresso Nacional, a busca por apoio não só em relação ao aceite da proposta, mas também à sua implementação, empreendeu uma cruzada que passou por diversos órgãos e setores da sociedade. Destaque para importância do PROVAB no processo de implementação do PMM, o qual não teria sido possível sem a existência do primeiro. O PROVAB pavimentou os caminhos burocráticos, tornando-os conhecidos e facilitando a implantação do PMM. Outro fator

importante foi o grande apoio dado por instituições como UNA-SUS, Fiocruz/FIOTEC e seus gestores.

*[...] quando a gente chegou com a formulação do Mais Médicos, a gente já sabia quais eram os caminhos burocráticos, e aí a gente teve uma grande colaboração [...] lá na UNA-SUS [...] grande participação do [...] vice-presidente administrativo da Fiocruz. A gente teve uma grande participação e colaboração da vice-presidente de ensino, então todos eles [...] foram muito importantes. Sem a Fiocruz e sem a Fiotec não existiria nem PROVAB, nem Mais Médicos (E8).*

Como dito anteriormente, os Observatórios de RH foram instados a produzir estudos e análises sobre provimento de mercado de trabalho médico no Brasil, sobre a formação graduada de tais profissionais, além de comparar esses dados com a experiência internacional.

A positiva resposta dessas instituições resultou, segundo avaliação de um dos entrevistados, na produção de “*materiais inequívocos, indiscutíveis, incontestáveis, sobre a realidade do processo de provimento das profissões de saúde no Brasil, com um foco maior na medicina, porque era onde estava maior problema [...], mas um olhar sobre todas em geral*” (E8).

O material produzido pelos Observatórios embasou fortemente a sustentação do debate sobre a necessidade e oportunidade do PMM e municiou apresentações realizadas para diferentes setores e instituições – Presidência da República; Casa Civil; Ministério Público do Trabalho; Supremo Tribunal Federal, Conselhos de Medicina, entre outros.

Assim como ocorreu no PROVAB, um número de ações foi impetrado na Justiça Federal (65); no Supremo (3 Ações Diretas de Inconstitucionalidade – ADIN); Ações Civil Pública (3); um inquérito no Ministério do Trabalho e várias ações dos Conselhos. O grande número de ações judiciais provocou a entrada do Ministério Público (MP) no debate para melhor entendimento da proposta. Em seminário realizado, quando as partes apresentaram seus argumentos, o MP foi convencido da legitimidade do programa após a explanação dos dados

da realidade brasileira pelo MS, os quais não foram contestados em sua consistência e veracidade por nenhum dos participantes.

A produção dos dados e a análise do quadro situacional do país em relação a outros países, fortaleceu a defesa do Programa, levando a gestão a se considerar blindada em relação ao argumento de que era uma “proposta politiqueria” e não foi gestada com a intenção de privilegiar Cuba.

*[...] isso foi uma fortaleza que a produção de dados e que a análise do quadro situacional brasileiro comparado com o mundo nos deu. A gente estava blindado que essa não era uma intervenção politiqueria, que isso não era uma coisa para agradar Cuba [...] [...] a questão de Cuba ter os profissionais cubanos aqui não é porque ele queria, porque queria mandar dinheiro para ditadura [...]. É porque eles eram o único país do mundo que tinha médico em abundância (E8).*

A Lei do PMM preconizava a reordenação da oferta de cursos de medicina, bem como de vagas para residência médica e priorizava as regiões de saúde que tivessem uma menor relação de vagas e médicos por habitante, mas que possuíssem estrutura de serviços de saúde aptas a serem utilizadas como campo de prática para alunos. Em sua redação, tratava da autorização para o funcionamento dos cursos de medicina, sujeitos à efetiva implantação das DCN; da formação médica no Brasil; da oferta de vagas da residência médica e destacava a Residência em Medicina Geral de Família e Comunidade, que deveria contemplar especificidades do SUS. Estabelecia, ainda, o primeiro ano da referida residência como obrigatório para o ingresso nos programas de residência das denominadas áreas básicas da medicina (clínica médica, pediatria, ginecologia e obstetrícia, psiquiatria e medicina preventiva e social). Além disso, um traço importante: as atividades da residência seriam coordenadas pelo MS no âmbito da rede saúde-escola. Um dado que deve ser destacado é o que constava no Capítulo IV, artigo 13, da Lei da PMM, que institui no âmbito do Programa Mais Médicos, o Projeto Mais Médicos para o Brasil contemplando duas situações para egressos dos cursos – os formados em IES brasileira ou

com diploma revalidado no país e os formados em IES estrangeira, por meio de intercâmbio médico internacional e habilitados para o exercício da medicina no exterior.

Seguindo o padrão dos programas de provimento anteriores, também aqui o aperfeiçoamento de médicos participantes ocorreria mediante oferta de curso de especialização por instituição pública de educação superior, envolvendo atividades de ensino, pesquisa e extensão com um componente assistencial diante da integração ensino-serviço, além do pagamento por meio de bolsa.

Esse foi um período em que houve um aumento substancial do contingente de recursos da SGTES, que passou de cerca de 400 milhões para mais de um bilhão de reais em um ano, se fez um importante investimento na política pública. Apesar de se pensar que tal incremento se deu às expensas do PMM, houve também a participação de outros projetos nesta mudança.

Dessa forma, nem só de PMM viveu a SGTES no período. Outro importante investimento se deu em relação às residências médica e multiprofissional, quando foram criadas cerca de 5000 vagas na primeira e 1000 vagas na segunda. Considera-se que essa foi a maior expansão de vagas na RM, de 2011 a 2014, quando o MS passou a ser o maior pagador de bolsas de residência do Brasil, superando o MEC e os estados.

*[...] tem coisas que a gente precisava contar melhor. Ficou muito cravado em cima do provimento da coisa dos cubanos, mas aquele período que a gente teve lá, foi um período em que houve um investimento muito forte de política pública, nós saímos de R\$400.000, [...] na SGTES para um bilhão e 200 de orçamento, em 1 ano, e não foi só o Mais Médicos, foi porque nós criamos quase 5.000 vagas de residência, a maior expansão da residência médica do Brasil foi entre 2011 e 2014, [...] o Ministério da Saúde passou a ser o maior pagador de bolsa de residência do Brasil, superando o MEC e os estados (E8).*

A nova política para as RM implicou mudanças no sistema de pagamento com a inclusão de instituições filantrópicas; no funcionamento do programa Pró-Residência que passou a ficar aberto em fluxo

contínuo e, desse modo, recebendo constantemente os pedidos de credenciamento e na extensão do prazo para a abertura de um programa. Nesse processo, o MS garantiu o repasse de recursos para a CNRM contemplar infraestrutura, passagem, diárias, além de recurso para formação de avaliadores de residência. Estabelecidas algumas prioridades, essas ações levaram a uma grande expansão de programas em todo o país. Foi também promulgada uma portaria conjunta com a Secretaria de Atenção à Saúde (SAS) dirigida aos hospitais que abrissem programa de RM em no mínimo três especialidades. Para esses, era destinado um incentivo para material didático, biblioteca, assinatura de portal de base de dados, computador, estrutura para sala de ensino, além de valor mensal por cada vaga criada por ano para cada hospital, financiado pela SAS. Medidas respaldadas pelo ministro da Saúde e pela Presidência da República, que colocaram a SGTES numa posição empoderada perante a corporação médica, uma das mais ferrenhas opositoras às políticas da Secretaria.

***Política pública para acontecer, ela tem que ser hegemônica dentro do governo, você tem que falar grosso e você tem que estar com poder, empoderado. E ali eu estava falando pelo ministro da Saúde e pela presidente da República. Vai ter diária, passagem e formação de avaliador de residência. E aí, pipocou programa de residência do Brasil inteiro, com algumas prioridades, como, por exemplo, anestesiologia [...] (E8).***

No que se refere às políticas de gestão do trabalho, como já dito, houve o apoio à MNNP-SUS e a participação da Secretaria no processo de negociação das reivindicações de trabalhadores(as). Porém, à medida que as pautas relativas à educação avançavam, por meio do estabelecimento dos programas já relatados, levando ao aumento substancial do financiamento da Secretaria para a componente educação, a gestão do trabalho mantinha um financiamento diminuto, comparativamente ao da educação.

Dessa forma, a despeito de a Mesa de Negociação do SUS ter cumprido um papel importante amortizando a relação com os sindicatos,

a necessidade de investimento financeiro se impõe, sob o risco de as ações se reduzirem a encontros e reuniões. Para um entrevistado, o SUS e a gestão federal se ausentaram do debate da gestão do trabalho pelo fato desta ser uma política complexa e cara.

*Quando eu cheguei lá na SGTES, a área da educação e da formação ela tinha 380 milhões [...] o orçamento dessa gestão do trabalho, 25 milhões. [...] mesa de negociação cumpriu um papel importante, amortizava a relação com os sindicatos, amortecia, garantia avanços de algum debate e diálogos. [...] você não entra nesse debate da gestão do trabalho em saúde sem botar dinheiro na mesa, não entra, porque senão você só vai ficar fazendo aí encontro, reunião e prevendo e promovendo debate. (E8).*

O fortalecimento da política de gestão do trabalho, bem como a sua integração com a política de educação, coloca-se como uma das metas prioritárias do atual momento vivenciado pela SGTES, sobre a qual vai se falar mais à frente.

Ao finalizar o segundo momento da SGTES, constata-se ter sido um período fértil em propostas e ações, mas também de muitos enfrentamentos, classificado por um de seus personagens como um período de difícil aprendizado, no qual foi necessário muito trabalho junto com congressistas para conseguir a aprovação da Medida Provisória do PMM, gerar convencimento, aliança e capacidade de enfrentamento.

*Foi um enfrentamento muito grande, eu acho. Eu acho [...] a maior briga que o SUS pegou foi o Mais Médicos. Porque foi uma briga do SUS contra a corporação e o corporativismo [...] (E8).*

Para um entrevistado, além de historiar a Secretaria, é necessário historiar também o investimento e o enfrentamento do Estado; especificar melhor as questões advindas do provimento, do investimento e os enfrentamentos; demonstrar para a categoria médica que o maior investimento em pós-graduação na formação de especialistas foi realizado no governo da presidente Dilma, no governo do PT (E8).

Assim, de volta ao PMM, proposto ainda na gestão do ministro Alexandre Padilha e a cargo da SGTES, o PMM representou uma aposta ousada do governo central no que diz respeito a interferir na formação e na distribuição de médicos pelo território nacional. Contudo, sua rápida elaboração e implantação demonstrou, em pouco tempo, a necessidade de ajustes organizacionais, normativos e estratégicos, na busca por proporcionar perenidade à proposta. Além disso, como uma vitrine de governo, o PMM precisava ser lapidado com vistas apoiar um então possível novo mandato da presidente Dilma Rouseff.

No que concerne a isso, segundo um entrevistado, durante o ano de 2014, o foco da SGTES foi ajustar os projetos em virtude da eleição e o contexto do final do primeiro mandato presidencial. Já em 2015, em pleno segundo mandato, foi iniciada a implementação dos projetos (E1). Nesse momento, a SGTES troca de comando, uma vez que o secretário anterior havia se afastado para se candidatar a um cargo eletivo, e passa a ser comandada por um secretário oriundo do Departamento de Atenção Básica (DAB), que já compunha o *staff* do MS desde os primeiros dias daquela gestão.

*[...]. Eu entrei no DAB para formular uma política para os quatro, oito anos de governo, e na SGTES eu entrei para poder continuar ou aperfeiçoar, ajustar uma política em final de mandato para no início de um novo mandato pensar numa nova política [...] (E1).*

A escolha do diretor do DAB para o comando da Secretaria tinha como preocupação a não ocorrência de um paralelismo do programa que chegava, o PMM, como a principal política do Ministério, a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), mas sim a sua efetiva articulação. Como um departamento importante, o DAB possuía um orçamento robusto e já executava um conjunto de políticas de educação em parceria com a UNA-SUS. Assim, os ajustes necessários do PMM se colocaram como a primeira incumbência dada pelo ministro ao novo secretário.

*[...] quando eu vou pra SGTES, o que é o grande elemento? Primeiro elemento é esse que foi o a demanda que o ministro Artur Chioro me*

*fez, que foi a demanda de organizar, melhor estruturar o Programa Mais Médicos. Então esse foi o primeiro foco (E1).*

*[...] eu já desenvolvia um conjunto de ações de educação etc. na SGTES, porque naquela ocasião, já existia a UNA-SUS, então o Ministério estava fazendo muitas atividades pela UNA-SUS, então várias áreas, elas manejavam recursos e esses recursos iam ali pra SGTES ou pra contratar a UNA-SUS pra fazer políticas de educação permanente, capacitação, especializações etc. (E1).*

A preocupação e o zelo com a condução do PMM ao longo do período fizeram com que as trocas de ministros ocorridas – Alexandre Padilha foi substituído por Arthur Chioro, que foi substituído por Marcelo Castro e este por Agenor Álvares da Silva, advindos de diferentes orientações políticas – não implicassem em mudança de secretário na SGTES. O terceiro secretário permaneceu no posto até a deposição da então presidente, pelo Congresso Nacional, na metade de seu segundo mandato.

Em termos institucionais, a gestão do PMM foi assumida pelo novo departamento – Departamento de Planejamento e Regulação da Provisão de Profissionais de Saúde (DEPREPS/SGTES), o que significou uma grande demanda operacional – ciclos de milhares de pessoas, gestão das vagas e pagamento de bolsas, num intenso processo de trabalho, sem, contudo, abdicar dos demais projetos em andamento.

O Programa era organizado em três componentes, a saber: aumento qualificado da formação profissional; melhoria da infraestrutura da AB; e provimento emergencial de profissionais. A Secretaria assumiu fortemente a estruturação do eixo de formação, em parceria com a UNA-SUS e as universidades, eixo que era majoritário na lei e não se restringia à profissão médica.

O eixo de formação se constituía como um instrumento do MS para indicar ao MEC as necessidades de profissionais de saúde por região, ou seja, o PMM possibilitou ao MS indicar, na prática, o número de vagas de graduação necessárias em cada região ao MEC, influenciando de forma importante no processo de abertura de escolas. Desse modo,

o PMM mudou qualitativamente a posição do MS no arranjo institucional que define a ordenação da formação de RH, uma vez que este passava da condição de consultado para a efetiva ação.

*[...] eu assumi fortemente a estruturação e construção do eixo formação do Programa Mais Médicos. [...] nesse eixo de formação passava a prever um instrumento concreto do MS dizer ao MEC qual a necessidade de profissionais de saúde por região. [...] com o Programa Mais Médicos, a indicação para o MEC, de quantas vagas de graduação precisava em cada região de saúde, virou uma etapa necessária do processo de abertura de escolas. Mais Médicos, qualitativamente, ele muda a posição do MS no arranjo institucional brasileiro que define a ordenação da formação de recursos humanos (E1).*

Nesse contexto, registra-se um fortalecimento institucional do DEGESS, o que permitiu que o departamento passasse a pautar a discussão do eixo de formação do PMM para além da medicina e conduziu a discussão de questões relativas ao ensino com representantes das demais categorias profissionais em articulação com as diretrizes curriculares.

Uma importante ação do período, no tocante à PNEPS, foi a instituição das diretrizes para a celebração dos COAPES, para fortalecimento da integração ensino-serviço-comunidade no âmbito do SUS.

## **Contratos Organizativos de Ação Pública Ensino-Saúde (COAPES)**

O COAPES foi instituído por meio da Portaria MEC/MS nº 1127, de 4 de agosto de 2015, com os seguintes objetivos:

- X - garantir o acesso a todos os estabelecimentos de saúde sob a responsabilidade do gestor da área de saúde como cenário de práticas para a formação no âmbito da graduação e da residência em saúde; e
- XI - estabelecer atribuições das partes relacionadas ao funcionamento da integração ensino-serviço-comunidade (Portaria MEC/MS 1127 de 04/08/2015).

Segundo um entrevistado, com relação ao COAPES, embora ressalte a excelente ideia do ordenamento dos contratos, acrescenta:

*[...] apesar de [...] suas dificuldades iniciais, é a ideia de colocar, de haver um contrato que estipule, realmente, o que é a responsabilidade do gestor da saúde, o que é a responsabilidade das instituições de ensino [...], mas eu colocaria, ainda mais um artigo nessa lei dizendo, olha, é obrigação das prefeituras de serem campos de estágio, é obrigação fazer parte do SUS, [...] é uma questão séria do SUS (E9).*

Entre os princípios do COAPES, estabelecidos pela Portaria, destaca-se a garantia da formação de profissionais em consonância com os princípios e diretrizes do SUS; o compromisso das instituições de ensino e gestões municipais, estaduais e federal do SUS com o desenvolvimento de atividades educacionais e de atenção à saúde integral; o compromisso das instituições de ensino com o desenvolvimento de atividades que articulem o ensino, a pesquisa e a extensão com a prestação de serviços de saúde, com base nas necessidades sociais em saúde e na capacidade de promover o desenvolvimento regional no enfrentamento de problemas de saúde da região; a integração das ações

de formação aos processos de Educação Permanente da rede de saúde; o planejamento e avaliação dos processos formativos, compartilhada entre instituições de ensino, programas de residência em saúde e serviços de saúde, garantida a autonomia progressiva do estudante no desenvolvimento de competências em serviço e de integração do processo de trabalho da equipe em saúde; e, por fim, a participação ativa da comunidade e/ou das instâncias do controle social em saúde (Brasil, 2015).

Nessa linha, o COAPES, como um dispositivo da PNEPS ofertado aos atores do SUS e da Educação Superior,

[...] é a expressão de um processo de articulação contínua de construção que sinaliza a intencionalidade de um conjunto de atores, na construção de um modelo de ensino que valoriza a integração ensino-serviço-comunidade, necessária aos cursos de graduação e residências em saúde (Brasil, 2018b, p. 64).

Em seguida, por meio da Portaria nº 10, MEC/MS, de 28 de agosto de 2014, foi instituída a Comissão Executiva dos Contratos Organizativos de Ação Pública Ensino-Saúde e o Comitê Nacional dos Contratos Organizativos de Ação Pública Ensino-Saúde. O objetivo da portaria foi auxiliar os Ministérios da Educação e da Saúde na execução das ações necessárias para assegurar a pactuação de Contratos Organizativos da Ação Pública Ensino-Saúde, nos termos do art. 12, da Lei nº 12.871, de 22 de outubro de 2013 (Brasil, 2014).

Com o aproveitamento dos recursos já disponibilizados para a expansão da residência médica, assistiu-se também a um movimento de valorização das residências multiprofissionais. Na prática, registrou-se uma expansão de forma proporcional das residências multiprofissionais pelo país e um aumento notável das vagas disponíveis. Além disso, na pauta da Secretaria estava a realização de debates a respeito das diretrizes para a preceptoria no SUS e sobre remuneração por desempenho.

No que se refere à graduação, o DEGES teve como um de seus focos a criação de critérios que levassem em conta a necessidade social para

orientar a abertura, a manutenção ou o fechamento de cursos. O primeiro modelo, com base nesse princípio, foi dirigido justamente às escolas médicas, a fim de aplicá-lo no PMM. Posteriormente, iniciou-se um trabalho com outros modelos, além de considerar as orientações contidas nas DCN.

Ainda com foco nas questões que envolvem a graduação em saúde, o PET-Saúde, em suas diversas edições, foi oferecido com diferentes focos, como Saúde da Família (PET-Saúde/Saúde da Família); Vigilância em Saúde (PET-Saúde/VS), Saúde Mental (PET-Saúde/SM) e Redes de Atenção à Saúde (PET-Saúde/Redes) e integração ensino-saúde (PET-Saúde Gradua-SUS). O PET-Saúde direcionou seu foco para mobilizar mudanças curriculares nos cursos de graduação em saúde em consonância com as DCN, e o PET-GraduaSUS, com foco na qualificação dos processos de integração ensino-serviço-comunidade e na formação de preceptores(as) e docentes.

Observa-se, portanto, que a atuação da Secretaria não se restringiu à categoria médica, uma vez que abordava o que determina a própria Constituição Federal, ou seja, a responsabilidade do SUS como ordenador da formação de RH na saúde.

Nesse cenário, o eixo de formação passou a ser fonte de informações ao MEC sobre as necessidades de profissionais de saúde por região, possibilitando discussões sobre diretrizes curriculares dos demais cursos da área da saúde; sobre a temática da abertura de vagas e qualidade dos cursos; sobre temáticas como vazios assistenciais, além da discussão sobre a oferta excessiva de força de trabalho em algumas profissões, a exemplo da enfermagem; e a escassez de profissionais em outras áreas da saúde.

Aliás, a constatação da falta de médicos na maior parte das regiões do país e, em contraposição, a abundância de profissionais de enfermagem levou à adoção de critérios de qualidade de avaliação para reduzir a oferta de vagas de enfermagem em várias regiões o país.

***Medicina faltava na maior parte das regiões de saúde do Brasil.  
Enfermagem estava sobrando, então como a gente faria? A gente***

*iria olhar pelos critérios de qualidade de avaliação e reduzir a oferta de cursos de enfermagem em várias regiões do país (E1).*

Ainda sobre o componente da educação, foi nesse momento que o MS ampliou a discussão acerca das DCN para as demais profissões de saúde, uma vez que as da Medicina já haviam sido aprovadas. Entre os resultados desse processo foram criadas as DCN para os cursos de Farmácia e Fonoaudiologia.

No que se refere à formação de nível médio, procedeu-se à discussão sobre os ACS no que diz respeito à qualificação, para que pudessem ampliar suas capacidades de atuação e de cuidar, adotando critérios de priorização no território.

No tocante aos projetos em desenvolvimento, a realização de um conjunto de ações de educação em parceria com a UNA-SUS e o Programa de Apoio ao Desenvolvimento Institucional do SUS (Proadi-SUS) demandou identificar especificidades, diferenças, metodologias e custos dos cursos oferecidos por cada um dos programas, resultando na construção de diretrizes gerais e esforços, para estabelecer maior coerência entre os cursos de preceptoria oferecidos pela UNA-SUS e pelo Proadi-SUS (E1).

O Proadi-SUS foi desenvolvido para colaborar com o fortalecimento do SUS, cujo financiamento era oriundo de recursos de isenção fiscal, concedidos aos hospitais filantrópicos de excelência, e reconhecidos pelo MS, que apoiavam a promoção da melhoria das condições de saúde da população brasileira (Consensus, 2019).

No âmbito do trabalho, registram-se duas importantes iniciativas da SGTES nesse período. A primeira, conduzida pelo DEPREPS, com a criação do Cadastro Nacional de Especialistas, que colocava a possibilidade de regular vagas de graduação e pós-graduação de acordo com as necessidades. A segunda, conduzida pelo DEGERTS, com o lançamento do Observatório da Força de Trabalho ou Cadastro Nacional de Profissionais do SUS, que passou a monitorar a força de trabalho de nível superior. Essa iniciativa, como nos informa um dos depoentes, construída no mesmo formato que o cadastro de especialistas, não teria tido a visibilidade devida:

***[...] [já que] havia o cadastro nacional de profissionais de saúde, digamos assim, do SUS no mesmo formato do Cadastro Nacional de Especialistas. Só que o Cadastro Nacional de Especialistas por tá envolvido com a medicina, por ter a ver com o Mais Médicos e por ter tido a reação que teve, as pessoas lembram dele. O Observatório da Força de Trabalho no SUS pouca gente lembra [...]* (E1).**

A presença constante da SGTES nas reuniões da Mesa de Negociação do SUS, em um esforço de valorização desse espaço institucional, trouxe para a pauta, entre outras questões, temas como valorização, seleção, fixação e remuneração diferenciada de profissionais do SUS, que recebiam estudantes ou pessoas em formação; debates sobre diretrizes para a preceptorial no SUS e remuneração por desempenho. Por fim, com vistas a promover maior articulação da gestão do trabalho com a gestão da educação – questão ainda presente e almejada na atualidade, também se constituiu como pauta importante desse contexto.

***Existiam as mesas de negociação, eu fiz um movimento de voltar a valorizar mais a mesa de negociação, participando de todas as reuniões da mesa de negociação, para a gente conversar sobre isso, a gente estava articulando mais, foi um esforço da gestão que eu tive à frente, articular mais a gestão do trabalho com a gestão da educação* (E1).**

Outras iniciativas que merecem destaque nesse mesmo contexto são a publicação de resoluções da mesa nacional; as diretrizes de carreira; a realização em parceria com a OPAS, relativa ao Inova Saúde, com foco nas práticas inovadoras de gestão do trabalho; e a publicação de portarias para identificar as soluções concretas que estados e municípios estavam conduzindo em relação à gestão e às carreiras regionais.

Nesse cenário, a SGTES inovou ao colocar a discussão de instrumentos e ferramentas para a gestão cotidiana do SUS, por parte do DEGERTS, e por pautar com gestores a remuneração por desempenho, melhores práticas para a gestão, e a diminuição de iniquidades e improbidades administrativas. Inovava, portanto, ao reconhecer a

necessidade de ampliar a perspectiva para gestão do trabalho como uma área não isolada, que necessita dialogar tanto internamente como com as demais políticas do MS. Dessa forma, reconhecia a importância da integração dos departamentos, tendo no DEGERTS o principal responsável pela organização de uma lógica de gestão do trabalho mais integrada, numa tentativa de construir a “Secretaria Única de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde”.

Por fim, inovava também ao abraçar e gerir um programa com a amplitude e o alcance do PMM e ao enfrentar, sem titubear, oposições e dificuldades provenientes de diferentes setores da sociedade.

No entanto, em que pesem a proposição e a realização de diferentes projetos, foi um contexto em que a centralidade da formação médica passou a ocupar boa parte da cena. Por meio da intensa atuação do DEPREPS, o enfoque da Secretaria se localizou principalmente nas proposições afeitas ao PMM e à residência médica – formação e fixação, e na necessidade de integrar o eixo provimento ao eixo formação.

A intensidade do trabalho e a visibilidade conferida ao PMM levou a desconhecimentos, interpretações limitadas ou mesmo reducionistas no que concerne ao papel e às atividades da Secretaria, inclusive por parte de gestores da área.

***[...] o que eu percebo é que de 2013 até 2019, a SGTES ficou muito focada no trabalho do Programa Mais Médicos e ela era reconhecida pelos pares, assim pela população também. O que é a SGTES? [...] Era a Secretaria do Programa Mais Médicos. E ela tem uma competência muito maior do que simplesmente gerir um Programa [...] (E5).***

***[...] eu acho que ela foi criada em função do Programa Mais Médicos e a cultura do Mais Médicos acabou ficando muito implantada lá (E5).***

De todo modo, nesse cenário rico em iniciativas inovadoras e de fôlego, com alcance em toda a sociedade e nos diferentes níveis de gestão, também foram necessários enfrentamentos de diversas ordens e intensidades: orçamentárias, corporativas e, sobretudo, política e institucional.

Entre os primeiros, conforme se retratou na abertura, está-se diante de um contexto de crise institucional e de retração orçamentária, que levou à necessidade de contingenciamento de recursos para diversas instituições de Estado, incluído o MS, e conseqüentemente a própria SGTES. Esse processo levou necessariamente à mudança da lógica de financiamento da Secretaria junto com seus parceiros e colaboradores.

Já entre os problemas corporativos, mais uma vez a ocorrência de embates com a corporação médica, a qual em seu processo de empoderamento parlamentar, passou a acionar de forma constante o Congresso Nacional, a fim de fazer valer as suas pautas e interesses.

O Congresso Nacional, por sua vez, passou a fazer uso intensivo de mecanismos político-institucionais como o denominado Decreto Legislativo, um ato legislativo com o poder de derrubar portarias, instrumentos de efetivação de propostas e políticas empreendidas pelo MS.

*[...] eu, por exemplo, nunca tinha ouvido falar de decreto legislativo até ter o primeiro porque derrubou o Cadastro Nacional de Especialistas, depois virou moda. Então é um ato do legislativo que derruba portarias, até então a portaria quase ficava num campo, imexível porque o Congresso olhava para as leis, a portaria estava lá no âmbito do executivo [...] vários decretos legislativos que conseguiram derrubar portarias, e aí a gente não mais conseguia fazer uma portaria no Ministério sem considerar como é que ela poderia ser recebida lá no Congresso Nacional (E1).*

Dessa forma, o Cadastro Nacional de Especialistas foi um dos focos da resistência da corporação médica, sendo derrubado justamente por um Decreto Legislativo. A resistência se dava pelo fato de que o Cadastro criava a possibilidade de regular vagas de graduação e pós-graduação segundo as necessidades do sistema de saúde. Tal possibilidade fez com que a corporação médica tentasse manter sua posição histórica, ou seja, conteúdo e oferta de especialistas definidos segundo os interesses da profissão (E1).

Outro foco importante de resistência da corporação foi o próprio PMM, que se colocou em ferrenha oposição ao programa, em especial, ao eixo de provimento e à permissão para médicos estrangeiros e/ou formados no exterior atuarem no país sem a necessidade de realizar o exame de revalidação do diploma, o REVALIDA.

Segundo um entrevistado, apesar da mídia reforçar que o problema estava centrado na situação dos médicos cubanos e intercambistas, o cerne da oposição dos médicos seguia em outra direção. Para ele, a desqualificação de profissionais cubanos pela corporação médica funcionou como uma nuvem de fumaça no interior de uma questão que era maior, representada pelos poderes adquiridos pelo MS em relação a questões caras à profissão – o MS passaria a definir o itinerário de formação de especialistas, em especial via residência médica, assim como o controle de abertura e de fechamento de vagas de graduação e residência médica.

***[...] o maior problema do Mais Médicos para a corporação médica não são os médicos cubanos. O maior problema do Mais Médicos para a corporação médica foram os poderes que o Ministério da Saúde passou a ter em relação a elementos que são caros pra profissão, por exemplo, definindo o itinerário de formação de especialistas, podendo definir diretrizes de formação de especialistas, no caso das residências (E1).***

Contudo, a despeito de todas as propostas desenvolvidas e dos inegáveis avanços registrados, os desafios relativos à inadequação da quantidade necessária e entre o perfil de profissionais e as demandas do sistema de saúde continuam presentes e representam agendas históricas que se reiteram no escopo de preocupações e atividades da Secretaria. Problemas tradicionais ainda não superados e que irão perpassar a agenda da Secretaria em todos os seus próximos cenários.

Por fim, mas não menos importante, o maior enfrentamento desse contexto se deu no âmbito político. Após a reeleição da presidente Dilma, a organização de forças no Congresso Nacional, opostas ao governo, se articulou contrariamente a ela, desaguando numa crise institucional nacional sem precedentes na história recente brasileira.

Em um contexto de insegurança e de indefinição sobre a permanência ou não do governo eleito, a SGTES viu sua capacidade de execução de projetos diminuir progressivamente, dificultando a continuidade da implementação das políticas em curso.

*[...] o ano de 2016 começou sem nenhuma capacidade de execução, por causa da crise instalada no Congresso Nacional, [...] a gente fazia planejamento de 15 em 15 dias. Porque a gente não sabia se depois de 15 dias estaria ainda no governo [...]. Então isso prejudicou (E1).*

Mas, como se viu, o terceiro momento da SGTES foi marcado por inovações e ousadias, num movimento no qual se tentou integrar e organizar processos internos na busca de se fazer a “Secretaria Única da Gestão da Educação e do Trabalho na Saúde” e garantir estabilidade mediante o contexto que se apresentava – eleição da primeira presidente do país.

Avaliado sob uma postura crítica, esse cenário não poderia ser considerado como memorável ou mesmo ruim para a SGTES. Considera-se que seu desempenho foi informado pelo contexto e pelas dificuldades já mencionadas. Apesar das muitas ideias e da presença de um grupo para pensar novas iniciativas institucionais, as realizações ficaram marcadas pela tentativa de integrar e organizar os processos internos e mesmo garantir sustentabilidade ante ao contexto que se avizinhava.

*[...] eu acho que a minha gestão foi marcada por isso. Tinha muitas ideias [...]. Tinha, vamos chamar o grupo pra pensar o novo, mas do ponto de vista de realização [...] ela acabou sendo marcada mais por uma gestão que tentou integrar, organizar os processos internos, garantir sustentabilidade ante o contexto [...] ante o cenário que estava (E1).*

Para um entrevistado, a gestão teve a feição do contexto no qual ela se inseriu – enfrentamento de uma eleição nacional dramática; necessidade de aumentar a efetividade e a eficiência do PMM; e tirar do

papel as iniciativas que não estavam em efetivo andamento no PMM, especialmente, no que se referia ao eixo formação, além da tentativa de integrar as áreas de trabalho e educação.

*[...] ela foi uma gestão [...] teve a cara um pouco desse contexto eu acho, ela teve a cara de uma gestão que ela enfrentou uma eleição difícil ali em 2014 e que para isso ela teve que aumentar, digamos assim, a efetividade e eficiência do Programa Mais Médicos [...] (E1).*

O momento também foi marcado pela presença de ministros da Saúde de diferentes grupos e orientações políticas; crise econômica e social e, por fim, a crise política e institucional sumarizada no início do texto.

As manifestações nacionais de 2013, desencadeadas pelo aumento da tarifa de ônibus, associadas à progressiva perda de apoio da presidente na sociedade, contribuíram para a criação de um clima de instabilidade e de insatisfação social e política, instaurando, como já sinalizado, uma grave crise político-institucional. Crise que levou ao processo de afastamento da presidente da República, culminando com o seu impedimento dois anos antes do término oficial do mandato. Como resultado foi alçado ao poder um grupo de outra orientação política, o qual vai terminar a legislatura iniciada em 2011.

Abre-se uma ruptura institucional que traria mudanças e consequências importantes para o país e para toda a sociedade. Nesse contexto político-institucional, a nova gestão do MS vai imprimir outras características aos projetos presentes e futuros.

De imediato, como já citado, a despeito da nomeação de um novo secretário para a SGTES, essa não sofreu as consequências da ruptura política em curso, conseguindo manter sua essência e seus princípios fundamentais. Muito do que vinha sendo feito permaneceu, como algumas novas propostas foram desenvolvidas. O novo e desafiante cenário da SGTES, que se abre com o impedimento da presidente da República, será objeto da próxima seção.

# O que dizer sobre a SGTES

**Mônica Vieira (vice-diretora de pesquisa da EPSJV)**

Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio (EPSJV)

*Secretaria de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde (SGTES) – Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio (EPSJV): uma relação baseada na confirmação da centralidade do trabalhador para a produção do cuidado e construção do Sistema Único de Saúde (SUS) que vislumbramos*

*A criação da SGTES foi uma resposta histórica a um anseio coletivo que buscou assegurar no Ministério da Saúde (MS) um espaço para formulação de políticas, programas e ações que partam da centralidade das questões relacionadas ao trabalhador da saúde. Em 2003, a EPSJV comemorou seus 18 anos e pode amadurecer seu projeto institucional como referência no campo da educação profissional em saúde através da construção de uma relação intensa com a SGTES. A agenda da Secretaria priorizava a constituição de redes para o fortalecimento do trabalho e da educação na saúde, quando também se retomava o papel do Estado após*

*a intensificação da flexibilização da gestão pública na segunda metade dos anos 1990. Tempos de reestruturação produtiva e de reconfiguração de dispositivos de gestão do trabalho em saúde.*

*Assim, a EPSJV participou ativamente dos estudos produzidos pela Rede de Observatórios de Recursos Humanos em Saúde (Rede ObservaRH), mobilizou a Rede de Escolas Técnicas do SUS (RET-SUS), formou trabalhadores da saúde a partir de programas de alcance nacional e internacional, além de especialistas e mestres em Educação Profissional em Saúde que participaram do fortalecimento desse campo. Contribuiu também na organização de referenciais e diretrizes curriculares para a formação de trabalhadores técnicos do SUS. Atuamos, interagimos, criticamos e aprofundamos conceitos e ações estruturantes do campo do trabalho e educação na saúde, acompanhamos trajetórias de diferentes grupos ocupacionais, e a dinâmica da formação e da inserção dos técnicos no mercado de trabalho.*

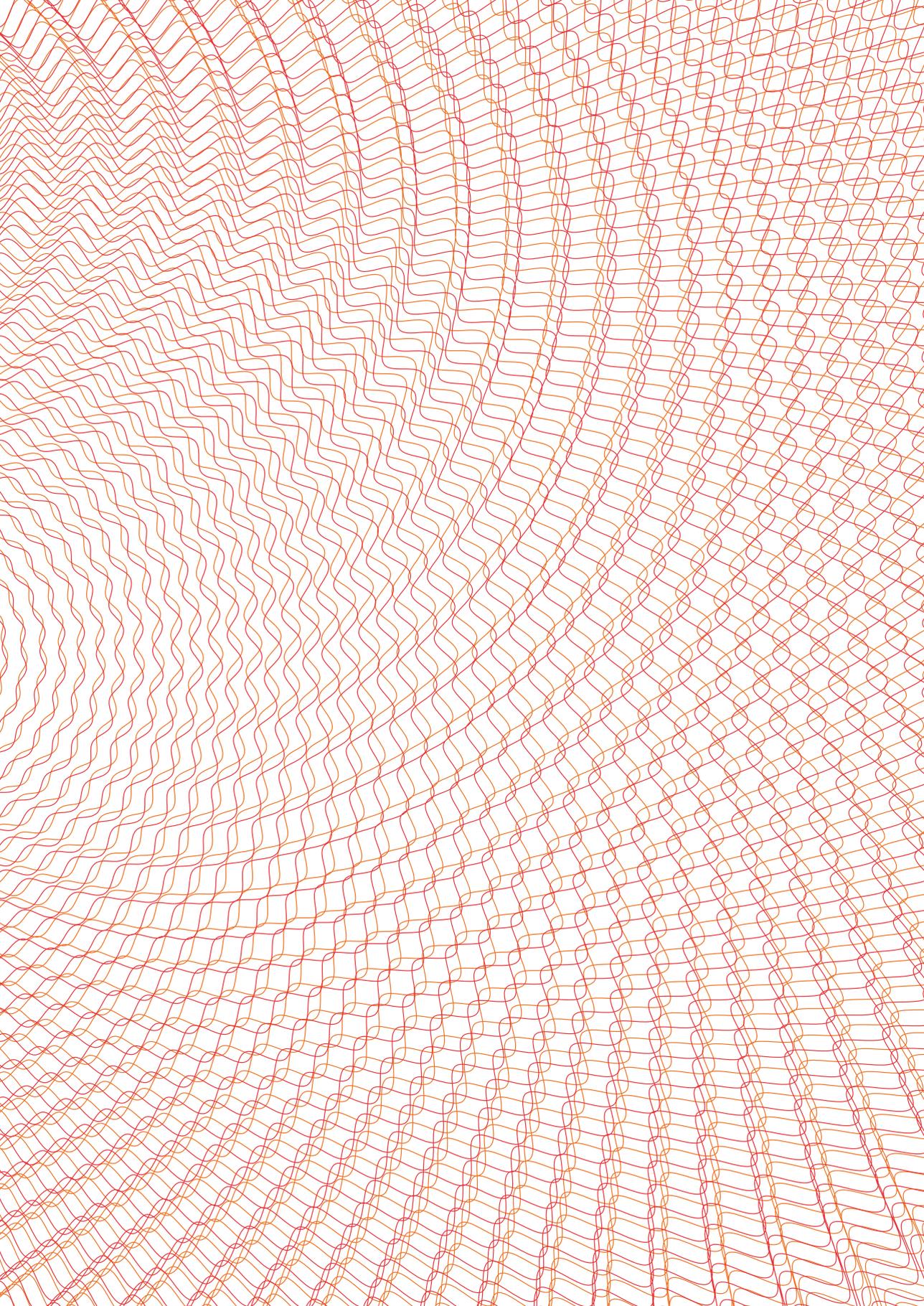
*Nesse processo, seguimos polindo as lentes que nos permitem identificar distintas dimensões que constituem esse campo: regulação, negociação, qualificação, precarização, vínculos, processos de profissionalização, mecanismos de gestão, produtividade, desempenho, desgaste, autonomia, sofrimento, satisfação, fixação de profissionais, composição da força de trabalho, luta por reconhecimento. Participamos da atualização de concepções como a de recursos humanos, educação continuada, educação permanente, processo de trabalho. Enfim, fomos amadurecendo como escola politécnica em saúde junto com a complexificação do campo do trabalho e da educação na saúde.*

*Nestes 20 anos, seguimos apostando que trabalhar é um modo de se inscrever na história, de inscrição simbólica na vida social. A SGTES é estruturante da saúde coletiva brasileira que compreende o cotidiano do trabalho no SUS, majoritariamente realizado por mulheres, como espaço relacional privilegiado de aprendizagem e transformação. Assim, a SGTES deve seguir impulsionando o crescimento de fortes laços entre instituições dedicadas aos programas, projetos e políticas do campo do trabalho e da educação na saúde. Vida longa à SGTES, à EPSJV e às instituições públicas desse país que tecem essa rede centrada nos **trabalhadores que fazem o SUS.***





*Terceiro*  
**momento**



## Capítulo V

# Mudança de rumo (2017-2018)

### SGTES no contexto da crise institucional

Uma grave crise político-institucional – que vinha se configurando e levou ao processo de afastamento da então presidente da República, Dilma Roussef, culminando com o seu impedimento, dois anos antes do término oficial do mandato – possibilitou que fosse alçado ao poder um grupo de outra orientação política, o qual terminou a legislatura iniciada em 2011. É nesse contexto que será abordada a continuidade do percurso da SGTES, que conseguiu, mesmo na turbulência inicial, se manter firme no encadeamento dos seus propósitos.

O documento de exposição da plataforma do novo governo, intitulado *Uma ponte para o futuro*, apresentava um conjunto de intervenções que feriam, em alguma medida, a garantia dos direitos constitucionais, entre os quais estavam o direito de trabalhadores(as), o direito à educação e o direito à saúde (Cavalcanti; Venerio, 2017).

Ganhou corpo no plano político institucional geral um projeto alicerçado no aprofundamento das ideias neoliberais, para o qual o trabalho e trabalhadores(as) não encontraram esteio. Esse projeto advogava pela redução das despesas e aumento da produtividade no trabalho, pelo incremento tecnológico para barateamento do custo e a garantia da reprodução da força de trabalho, pela flexibilização das relações trabalhistas e pela implementação de um conjunto de medidas de austeridade fiscal (Bravo; Pelaez; Pinheiro, 2018; Paim; Almeida-Filho, 2023). Concretamente, várias reformas foram realizadas ou encaminhadas no período, dentre as quais a reforma trabalhista e a reforma da previdência.

No plano institucional, foi iniciada a “dança das cadeiras”. A descontinuidade administrativa promoveu, no processo de gestão, alterações no comando dos ministérios, das secretarias e dos cargos intermediários de gestão que, por sua vez, produziram mudanças e/ou rupturas nas políticas sociais em curso (Araújo, 2021; Soares, 2018). Nesse clima organizacional, transformações foram produzidas no MS e na assunção aos cargos da administração pública brasileira, incluindo SGTES (Pinto *et al.*, 2023).

Contudo, a nomeação de um novo secretário para a SGTES não sofreu as consequências da ruptura política, uma vez que houve a continuidade dos projetos em curso e a emergência de outros, em consonância com suas diretrizes históricas e em parcerias com instituições de ensino, observatórios de recursos humanos, OPAS, Conass e outras organizações.

***Conseguimos fazer aquilo que deveria ser feito politicamente, humanamente e atendemos aquela demanda que estava totalmente desamparada (E6).***

Essa situação foi possível pelo compromisso do secretário, reconhecimento pela gestão que entrava do papel da SGTES, do trabalho feito anteriormente, e pela existência de uma equipe técnica qualificada, funcionários de carreira, comprometidos(as), que foram alçados aos cargos de gestão e mantiveram a SGTES atuante.

***[...] a gestão anterior foi ótima, eu peguei tudo pronto. Agradeço também ao secretário anterior que foi muito bom, deixou pronto para mim [...]. Eu, enquanto estive na SGTES, encontrei a SGTES muito bem. Os diretores que estavam lá [...] eu gostei de todos, todos são muito técnicos [...]. (E6).***

Em artigo intitulado *Resistência em Surdina*, publicado na *Folha de São Paulo*, Tavares (2023) salienta vários mecanismos de resistência nas instituições em que diversos projetos e atores se revelaram resilientes em períodos de desmonte e retrocesso. Para a autora, “[...] a história da

resistência democrática não estará contada por inteiro sem que nela se inclua a ação silenciosa de setores importantes da burocracia às tentativas de desmanche da capacidade de ação estatal”. Esta citação faz referência a um dos assuntos centrais do livro *Desmonte e reconfiguração de políticas públicas (2016-2022)*, recém-publicado pelo Instituto e Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA), resultado do trabalho de 40 pesquisadores coordenados por Alexandre de Avila Gomide, Michelle de Sá e Silva e Maria Antonieta Leopoldi. Assim, está dito que

[...] políticas mais antigas, ancoradas em estruturas estatais com burocracias fortes, dirigidas a um leque amplo de beneficiários e com reconhecimento social se revelaram mais resilientes [...] Nelas, servidores públicos experimentados tiveram condições de ir tocando as atividades em silêncio e, não raro, à revelia de seus ministros. Registrar e reconhecer essa resistência em surdina – bem como entender as condições que a tornaram possível – é tarefa incontornável [...]. Não há política apta a ficar em pé sem burocracia bem-preparada para executá-la (Tavares, 2023).

Dessa forma, o desenvolvimento dos projetos, das ações e das propostas inerentes à área, foi em grande medida decorrente da atuação da equipe e de sua coesão interna. Os diretores da época, profissionais do quadro do MS, deram sustentação à Secretaria, mesmo em período pouco permeável tanto às pautas de trabalhadores(as) quanto à sua participação. Nessa direção, tomaram corpo projetos contemplando o planejamento regional das ações de educação permanente, desenvolvidos de maneira descentralizada e por meio do fortalecimento das parcerias.

*Os diretores que estavam lá [...] todos são muito técnicos [...] várias situações fantásticas que a gente viveu e conseguiu resolver, situações muito boas, teria de fazer um levantamento que tem muita coisa boa para passar [...] foi um ano e nove meses de lutas (E6).*

## Trabalho e educação no período 2017-2018

Numa conjuntura hostil aos direitos sociais, especialmente os vinculados ao trabalho e à seguridade social, tendo como propostas a Reforma Trabalhista, a Lei das Terceirizações e a PEC da Reforma da Previdência Social (Bravo; Pelaez; Pinheiro, 2018), em função do cenário político institucional constituído na SGTES, no período de 2017-2018, iniciou-se a retomada da análise da implementação da PNEPS assim como do PET-Saúde (Brasil, 2018c; Universidade Federal da Bahia, 2018). Apesar de visíveis retrocessos em outras áreas da saúde, no caso do trabalho e da educação, contraditoriamente, retoma-se como pauta a Política de Educação Permanente em Saúde (Pinto *et al.*, 2023).

A inclusão na PNEPS na agenda dos dirigentes da SGTES desencadeou um movimento institucional, em larga escala, sobre a sua possível revisão, com participação de atores sociais formuladores e implementadores da PNEPS no âmbito dos estados da federação e no Distrito Federal, por meio de um amplo diagnóstico dos problemas no processo de implementação da política (Universidade Federal da Bahia, 2018). Esse movimento, ademais, reabriu o debate da PNEPS com gestores por meio de oficinas regionais, com representantes das diversas instituições envolvidas na EPS; secretarias estaduais e municipais; instituições públicas e privadas; MS; Cosems, Conasems, entre outras. O resultado desse processo considerou a pertinência da PNEPS e identificou duas principais lacunas: a primeira foi a diversidade de compreensão acerca do seu conceito e a segunda, a necessidade de avançar no seu monitoramento e avaliação (Universidade Federal da Bahia, 2018).

Além desse mapeamento de problemas, como desdobramento do diálogo entre SGTES/MS e gestores do SUS, para fins de avanço na implementação da PNEPS, foi necessário retomar o seu financiamento e o planejamento da EPS em todo o território nacional (Brasil, 2017c). Com esse objetivo, foi criado o Programa para o Fortalecimento das Práticas de Educação Permanente em Saúde no Sistema Único de Saúde (PRO EPS-SUS), mediante Portaria nº 3.194/2017, que visou estimular a retomada da política por meio da formulação dos Planos

Estaduais de Educação Permanente, em consonância com o objeto central da Portaria nº 1.996, de 22 de agosto de 2007.

O objetivo central do PRO EPS-SUS era promover o fortalecimento da Atenção Primária à Saúde (APS) e a promoção da integração dela com os demais níveis de atenção por meio da qualificação do trabalho em saúde, no território brasileiro, dando centralidade aos processos de gestão da PNEPS na lógica do modelo de atenção à saúde e reconhecer as contribuições dos principais atores nesse processo (Brasil, 2017c), com vistas à obtenção de respostas mais efetivas para a melhoria do cuidado em saúde. Para tanto, o programa visava estimular, acompanhar e fortalecer a qualificação profissional de trabalhadores(as) da área da saúde, estimulando o planejamento das ações e retomando o financiamento para a Educação Permanente em Saúde para todos os municípios e estados do país (Brasil, 2017c).

Ainda no que se refere à PNEPS, no final do período, com o propósito de dar visibilidade às boas práticas de EPS no SUS, foi criado o Laboratório de Inovação em Educação na Saúde, para potencializar as ações da PNEPS no território e investir em processos que produzissem mudanças na organização dos procedimentos de trabalho e na qualificação de profissionais (Brasil, 2017c). Como resultado, além da premiação das experiências exitosas, foi organizada uma publicação com estas e distribuídas em todo o Brasil (Brasil, 2018a). A retomada da PNEPS usufruiu de múltiplos dispositivos para constituir as ações e o trabalho da SGTES no período.

Essas ações desenvolvidas pela Secretaria nesse momento estão registradas na publicação intitulada *Política Nacional de Educação Permanente em Saúde: o que se tem produzido para o seu fortalecimento?* (2018), a qual também traz em seu bojo as temáticas da Educação Interprofissional em Saúde (EIP) e do COAPES, já referido em outra seção desta publicação.

Destaca-se sobre o COAPES nesse momento, a realização de uma Oficina de Experiências sobre os Contratos oficialmente informados ao MS, da qual participaram 19 representantes dessa experiência de contratualização. O encontro teve como objetivos estimular o fortalecimento de uma rede de integração ensino-serviço, criando um canal

de diálogo entre os atores do COAPES; conhecer as experiências de contratualização em âmbito nacional de avaliar o seu processo de implementação, a partir das contratualizações já realizadas de modo a identificar aspectos limitadores e facilitadores, além de disseminar o Sistema de Monitoramento e Avaliação da Integração Ensino-Saúde (SIMAIES) (Contrato Organizativo de Ação Pública Ensino-Saúde, 2018). Entre os desdobramentos, decidiu-se pelo lançamento de um curso de aperfeiçoamento com enfoque no COAPES, em nível nacional, para preceptores das instituições acadêmicas e dos serviços, certificado pela Escola de Governo da Fiocruz.

No que concerne à EIP, o Brasil já vinha envidando esforços no seu desenvolvimento e implementação, mas foi a realização de um evento promovido pela OPAS/OMS em 2016, na cidade de Bogotá, que reativou a discussão da pauta no âmbito das políticas de educação e saúde. São parte dos resultados dessa reunião a elaboração de ampla agenda de compromissos sobre o tema da EIP entre os membros da OPAS/OMS, a elaboração de Plano de Ação para a implantação da EIP e a proposta de constituição de uma Rede de Regional de EIP (Brasil, 2018b).

O MS adotou a definição de EIP de Reeves (2016 *apud* Brasil, 2018b, p. 41), qual seja “[...] uma intervenção em que membros de mais de uma profissão da saúde aprendem em conjunto, de forma interativa, com o propósito explícito de melhorar a colaboração Interprofissional”, e, a partir de então priorizou a formalização da inclusão da pauta da EIP em suas estratégias de fortalecimento da política de educação na saúde.

Para a elaboração do plano de ação para implementação da EIP no Brasil, foram estabelecidas articulações com o MEC, instituições de ensino, bem como com a Rede Brasileira de Educação e Trabalho Interprofissional em Saúde (ReBETIS), com o apoio da OPAS/OMS Brasil. A versão preliminar do plano foi elaborada em fevereiro de 2017 e encaminhada pelo DEGES/SGTES/MS, ao escritório regional da OPAS em Washington (Brasil, 2018b).

É desse momento, também, o aprimoramento das ações do Programa Telessaúde que assumiu como terminologia o “Programa Telessaúde Brasil Redes”. Nessa nova versão do Programa, investiu-se na sua expansão de modo a torná-lo disponível para profissionais e

trabalhadores(as) das redes de atenção à saúde do SUS por meio dos serviços de teleeducação, telediagnóstico de oferta nacional, teleconsultoria e segunda opinião formativa (Brasil, 2017b).

No âmbito da formação técnica de nível médio, foi publicada a Portaria nº 2.651, de 10 de outubro de 2017, que dispõe sobre a RET-SUS, situando-as ao interior da PNEPS. Tinha por objetivo fortalecer o trabalho em rede de modo a compartilhar informações e conhecimentos, buscar soluções em comum, difundir tecnologias e metodologias entre elas, promovendo a cooperação no ensino, na pesquisa e na própria cooperação técnica. Tal iniciativa visava, em última análise, estimular a Política de Educação Profissional promovendo a qualificação de trabalhadores(as) em consonância com as necessidades formativas para o SUS.

***Também foi um trabalho importante estruturar as Escolas Técnicas [...] ter as Escolas Técnicas como agentes dessa sustentação, quer pela execução de projetos de formação, quer pela reflexão proporcionada pelas experiências das Escolas, orientando políticas de formação para pessoal de nível técnico, também foi um trabalho relevante (E3).***

Ainda nesse período, destaca-se a instituição da Portaria nº 5, de 28 de setembro de 2017 (Brasil, 2017a) de consolidação das normas sobre as ações e os serviços de saúde do SUS, que consolidou, entre outras questões, diversas normas e programas anteriores sobre a PNEPS. Nessa direção, alguns programas foram fortalecidos como PROFAPS; Programas de Residência Médica em Medicina de Família e Comunidade (PRM-MFC); PROVAB; e Programa de Qualificação e Estruturação da Gestão do Trabalho e da Educação no SUS (PROGESUS) (Brasil, 2017a). O documento apresenta também a consolidação dos documentos normativos sobre a desprecarização do trabalho no SUS, o Proadi-SUS e o Programa Nacional de Avaliação de Serviços de Saúde (PNASS).

Essa Portaria foi alterada, poucos meses depois, em dezembro do mesmo ano, dando maior visibilidade ao Proadi-SUS. Nesse particular, em 2017, foi lançada a Portaria nº 3.362 que altera a Portaria de

Consolidação nº 5 MS/GM, de 28 de setembro de 2017, para dispor sobre o Proadi-SUS, cujo propósito foi apoiar e aprimorar o SUS por meio de projetos de capacitação de recursos humanos, pesquisa, avaliação e incorporação de tecnologias, gestão e assistência especializada demandados pelo MS (Brasil, 2017d). Esse Programa assumiu e permanece com um papel de apoio da SGTES na qualificação da força de trabalho para o SUS.

Para uma melhor compreensão do papel do Proadi-SUS, sua efetivação é uma iniciativa prevista em lei federal, sob a responsabilidade institucional do MS, cujo propósito é executar projetos de apoio e prestação de serviços ambulatoriais e hospitalares não remunerados pelas entidades de saúde de reconhecida excelência (ESRE) em benefício do SUS. A participação no Proadi-SUS constitui meio alternativo, facultado às ESRE, para o cumprimento dos requisitos necessários para a obtenção da Certificação de Entidade Beneficente de Assistência Social (Cebas) (Brasil, 2022a).

Ficaram estabelecidas as regras e os critérios para apresentação, análise, aprovação, monitoramento e prestação de contas de projetos de apoio e para a prestação de serviços ambulatoriais e hospitalares no âmbito do Proadi-SUS (Brasil, 2022a).

***O Proadi vem ajudar também, depois, ajuda a alavancar alguns processos, mas numa dinâmica de decisão mais centralizada, fora da SGTES, ainda que realizando alguns grandes processos massivos, com algumas grandes instituições conduzindo (E3).***

Embora o Proadi não tenha nascido no interior da SGTES, a constituição das instituições de excelência exige como contrapartida a qualificação da força de trabalho para o SUS, por esse motivo a implicação da SGTES nesse processo tornou-se fundamental.

Em 2018, como desdobramento da análise da implementação de PNEPS, o DEGES teve a iniciativa de desenvolver um projeto para monitoramento e avaliação da PNEPS nos vários estados do Brasil, em parceria com o Instituto de Saúde Coletiva (ISC) da Universidade Federal da Bahia (UFBA). O desenvolvimento do projeto se deu de maneira participativa por intermédio de reuniões regionais com técnicos e gestores

estaduais da política, por meio de várias etapas, e como produto foi publicado, em 2022, o livro *Política Nacional de Educação Permanente em Saúde - monitoramento e avaliação* (Pinto; Esperidião, 2022). Nessa publicação, há o registro das contribuições de diversos atores em relação à área de Trabalho e da Educação na Saúde, em especial, no que tange à avaliação das práticas e da política de EPS em saúde. O MS, por meio da SGTES, contribuiu com a produção de um conjunto de ferramentas para o monitoramento e avaliação no âmbito da EPS.

A integração ensino-serviço também esteve na pauta da SGTES no período. Foi publicado, em 2018, o documento intitulado *Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde: um panorama da edição PET-Saúde/GraduaSUS*. Este documento representou uma nova edição do PET-Saúde, reelaborado com base nos dados sistematizados sobre o PET-Saúde, edição GraduaSUS, obtidos no âmbito do Projeto Monitoramento e Avaliação das Ações de Educação na Saúde apoiadas e implementadas pela SGTES, em parceria com a OPAS e o Centro de Estudos e Pesquisa em Saúde Coletiva (CEPESC), por meio da Estação de Trabalho do Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ), Rede Observatório de Recursos Humanos em Saúde (ObservaRH/IMS-UERJ) (Brasil, 2018c). O objetivo da publicação foi identificar resultados alcançados pelo programa e apontar os limites e as contribuições em relação a mudanças na formação em saúde e na qualificação dos serviços de saúde (Brasil, 2018b).

Entre os desdobramentos, os dados da publicação serviram de base para a formulação de um novo edital do PET-Saúde com foco no tema da Educação Interprofissional (Brasil, 2018c), outra iniciativa empreendida pelo DEGES/SGTES no momento.

Também em 2017, destaque para mais uma iniciativa do DEGES, com apoio financeiro do MS, para o Projeto de Formação de Docentes da Fiocruz: em busca de novos padrões de ensino aprendizagem para as Escolas de Saúde, fruto da demanda e necessidade histórica de formação de profissionais para o SUS, diante da velocidade das transformações da atualidade que incidem sobre os modos de viver, trabalhar, ensinar e aprender cujos eixos estruturantes foram: aprendizagem significativa/metodologia ativa, sociologia da educação e padrões de aprendizagem (Fundação Oswaldo Cruz, 2022).

O apoio à formulação e à implementação de políticas voltadas para o trabalho e a educação faz parte das atribuições do nível federal das políticas dessa área, portanto da SGTES. A nova gestão, instituída no período, encarregou-se de visitas institucionais com vistas ao reconhecimento das realidades de saúde nas distintas regiões do país, sobretudo a situação do provimento médico e os vazios assistenciais a serem considerados na oferta de profissionais pelo PMM (E6).

Essa agenda era, talvez, a mais sensível da SGTES. Reconhecidamente, existia uma dificuldade de provimento e da fixação de profissionais médicos no interior do Brasil, uma questão histórica e como vista em outros capítulos dessa publicação, objeto de políticas e programas para a sua superação. As tensões em torno da pauta alcançaram o executivo, os conselhos profissionais e o legislativo brasileiro. Com relação a esse último, o diálogo com o legislativo garantiu emendas parlamentares com vistas ao provimento de profissionais médicos em certos locais do país.

*[...] tirei muitos médicos que estavam em grande centro e levei para a ponta. Eu viajei, visitei mais de cem municípios. [...] brasileiros foram estudar em país vizinho e quando retornavam para o Brasil, o diploma não valia nada, porque o CRM não acreditava [...] os médicos CRM que participavam, ocupavam o espaço e abandonavam. Isso aí é fato! (E6).*

Com o Conselho Federal de Medicina (CFM) a estratégia foi a criação de espaços de discussão no sentido de esclarecer que os médicos brasileiros não estavam atendendo às expectativas da Secretaria.

*[...] dificuldade com o CRM, várias vezes. Mas eu fui pro enfrentamento, entendeu? Eu não vou deixar de ditar as regras para mim. Eu sabia das necessidades dos municípios, daquela população carente. [...] Mas eu fui para cima para conseguir reverter isso aí (E6).*

Para além da necessidade de provimento de médicos nos municípios, também foram realizadas ações de intervenção em relação a

outras necessidades a exemplo da infraestrutura para o funcionamento dos estabelecimentos de saúde, visando a qualificação do trabalho dos profissionais de saúde.

*Consegui visitar, ter uma noção e consegui atender quase todos os municípios que estão na ponta. Então fizemos um trabalho muito bom, porque quando você vai no município você visita UTI, você vê o que acontece ali, aporte de equipamento. Eu voltava para o Ministério, ia 'bater de frente' lá com o outro Secretário que eu precisava de ajuda lá, precisava de ajuda e conseguia recursos e equipamentos pra poder atender aquela região. Então fiz muito disso. Um exemplo, o Hospital de Câncer de Presidente Prudente estava para ser fechado. [...] um único hospital que realmente atende toda a população ali. Acho que você tem além do hospital, você tem uma equipe médica, toda a parte de equipamentos de primeiro mundo, e estava para ser fechado porque os empresários que bancavam aquilo, não tinha mais condição de bancar. Eu falei: não pode ser fechado assim [...]. Eu consegui tipo recurso [...] e conseguimos ativar. E, até hoje, é referência dessa região. Como esse, como vários outros, e politicamente sempre fazendo o melhor para o Brasil (E6).*

A questão do trabalho médico permeou o período, sem dúvida. Mas, é digno de nota o movimento produzido, internamente, em prol do reconhecimento do trabalho da enfermagem e seus profissionais nos diversos municípios (Brasil, 2017a). Isso se construiu por meio de projetos fomentados pela gestão do MS para a vinculação desse profissional com o PMM, objetivando dar sustentação ao Programa e às ações de saúde no nível local.

*E na realidade, o município geralmente necessitado daquilo, se precisava de uma gestão, uma qualificação para a enfermagem. [...] Fui atrás também da questão da enfermagem, consegui reconhecimento da enfermagem, foi muito bom. Ai tem diversos outros Projetos que foram efetivados na minha gestão (E6).*

Salienta-se que em 2018, foi regulamentado o processo de seleção de alunos para o curso de especialização em Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, na modalidade de EaD ofertado pelo Departamento de Gestão e Regulação do Trabalho em Saúde (DEGERTS), em parceria com o Observatório da Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN) e com apoio do Conass. O curso teve como objetivo qualificar os processos de gestão do trabalho e da educação na saúde no âmbito do setor público de saúde, através da capacitação de trabalhadores(as) do SUS (Conselho Nacional de Secretários de Saúde, 2018).

Para ampliar as articulações internacionais, foi realizada uma viagem para a Espanha com objetivo de conhecer e trazer experiências exitosas na temática da gestão da educação e do trabalho em saúde para o Brasil.

*[...] muito bom foi a Espanha, estivemos lá, visitando lá, é possível trazer algumas coisas lá que foi fantástico para esse tipo, conseguimos praticar aqui na nossa Secretaria. A gente quando vai, a gente busca o melhor lá que vai somar às nossas necessidades aqui. Nossa tecnologia, o modo operante deles. Então a gente foi buscar e realmente praticamos, e foi muito bom (E6).*

A fim de sumarizar as ações desenvolvidas pela SGTES nesse momento, apresenta-se no quadro uma síntese, não exaustiva, dos principais projetos desenvolvidos entre 2017 e 2018:

## **Principais Projetos, Programas e Ações Desenvolvidos pela SGTES entre 2017 e 2018**

- 1 – *Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS): debate sobre a necessidade de sua atualização;*
- 2 – *Programa para o Fortalecimento das Práticas de Educação Permanente em Saúde no SUS – (PRO EPS-SUS);*
- 3 – *Laboratório de Inovação em Educação na Saúde;*

- 4 – *Educação Interprofissional em Saúde (EIP);*
- 5 – *Oficina de Experiências sobre os COAPES;*
- 6 – *Projeto para monitoramento e avaliação da PNEPS;*
- 7 – *Edital do PET-Saúde com foco no tema da Educação Interprofissional;*
- 8 – *Portaria nº 2.651, de 10 de outubro de 2017, que dispõe sobre a Rede de escolas Técnicas do Sistema Único de Saúde (RET-SUS), situando-as ao interior da PNEPS;*
- 9 – *Projeto de Formação de Docentes da Fiocruz: em busca de novos padrões de ensino aprendizagem para as Escolas de Saúde; e*
- 10 – *Curso de Especialização em Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, na modalidade de Educação a Distância (EaD).*

Fonte: elaborado pelos autores.

Constata-se que elementos contidos nesse texto apontam que a configuração da SGTES no período possibilitou o desenvolvimento de ações, projetos e propostas históricas do trabalho e educação, independentemente da descontinuidade administrativa que atravessou. Ao contrário, na Secretaria houve compromisso com as pautas do trabalho, de trabalhadores(as), assim como a sua qualificação profissional (Brasil, 2017a, 2018a).

Dessa forma, a Secretaria buscou alternativas para identificar atores que estavam dispostos a colaborar com ela, entre os quais estavam universidades federais e estaduais, a UNA-SUS, a Fiocruz e a OPAS. Os diálogos estabelecidos culminaram com o estabelecimento de parcerias e apoio aos projetos da SGTES e, por conseguinte, representaram o esteio para a área de Trabalho e Educação.

***Eles acham que um cargo público eles não respeitam, entendeu?  
Nem o ministro, eles vão para cima mesmo pra poder resolver,  
usando a posição que tem do governo [...] o que a SGTES precisava  
fazer a gente fez, juntar as Universidades Federais, Estaduais, UNA-  
SUS. Aquilo que a gente realmente enxergava que era necessário.***

*Tive muito apoio da OPAS [...] A OPAS sempre esteve junto naquilo que eu precisei. A Fiocruz também esteve junto e os professores aí do Rio [...] (E6).*

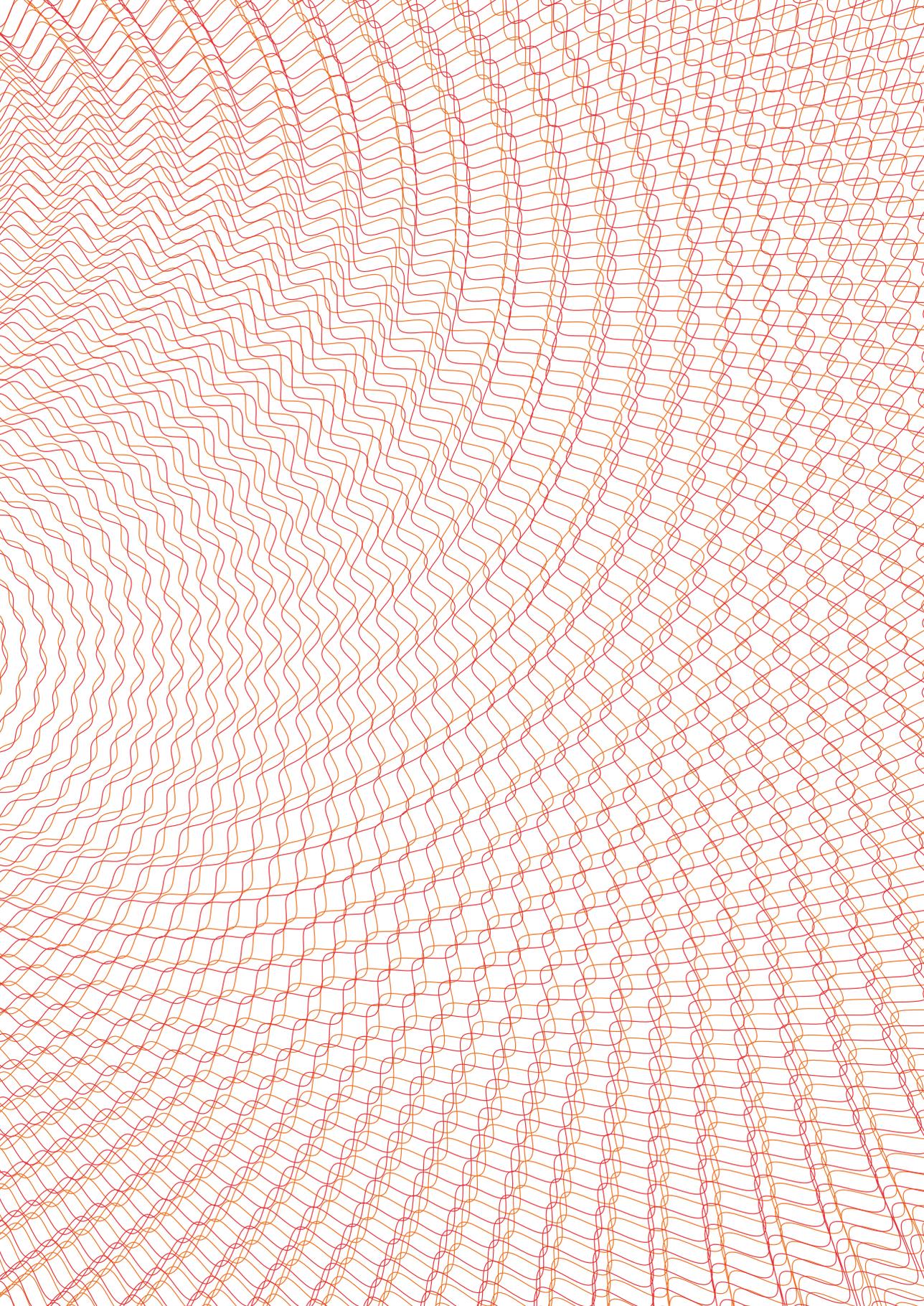
A presença de funcionários de carreira, na gestão da SGTES, com conhecimento técnico e científico, fez com que ficassem responsáveis pela formulação e condução dos projetos e pelo trabalho estratégico de articulação com outras instâncias de governo, com destaque para o poder legislativo.

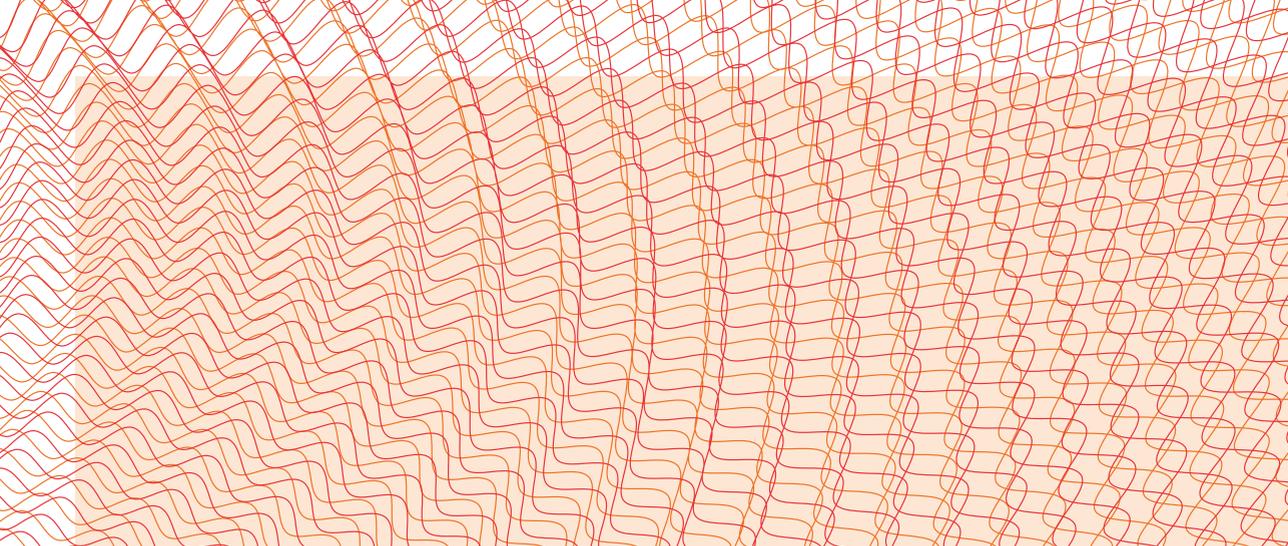
O período controverso e restrito à participação de atores estratégicos para o SUS, contraditoriamente, configurou espaços de mobilização e de articulação no âmbito da SGTES, sobretudo pela retomada e análise da implementação da PNEPS no Brasil. Talvez, pela própria razão de ser da PNEPS, ela foi capaz de desencadear processos e mobilizar ações e propostas na Secretaria.

Apesar de reconhecer essa questão como fundamental, não houve grandes inovações no que tange ao trabalho, a trabalhadores(as) e sua valorização a partir das ações de educação permanente. Nessa tônica de reforço às pautas históricas, emerge uma inovação denominada “interprofissionalidade”. Deve-se, todavia, valorizar o diálogo estabelecido com gestores e instituições de ensino, a participação dos estados na formulação da PNEPS como o ponto mais alto desse período de gestão na SGTES.

Contudo, essa situação de estabilidade e continuidade dos projetos em andamento e da proposição de novos sob os mesmos princípios e diretrizes até então estabelecidos, bem como da assunção de servidores de carreira em cargos de gestão na Secretaria, vai sofrer reveses e alterações a partir da eleição de um novo governo. Esse, detentor de um estilo bastante atípico em relação aos anteriores, vai imprimir uma nova tônica aos diversos setores da sociedade, entre eles a saúde.

O próximo capítulo versará sobre esse período, sua relação com a sociedade, com as instituições, com as políticas sociais e de saúde e os desdobramentos na SGTES.





# *O que dizer* sobre a SGTES

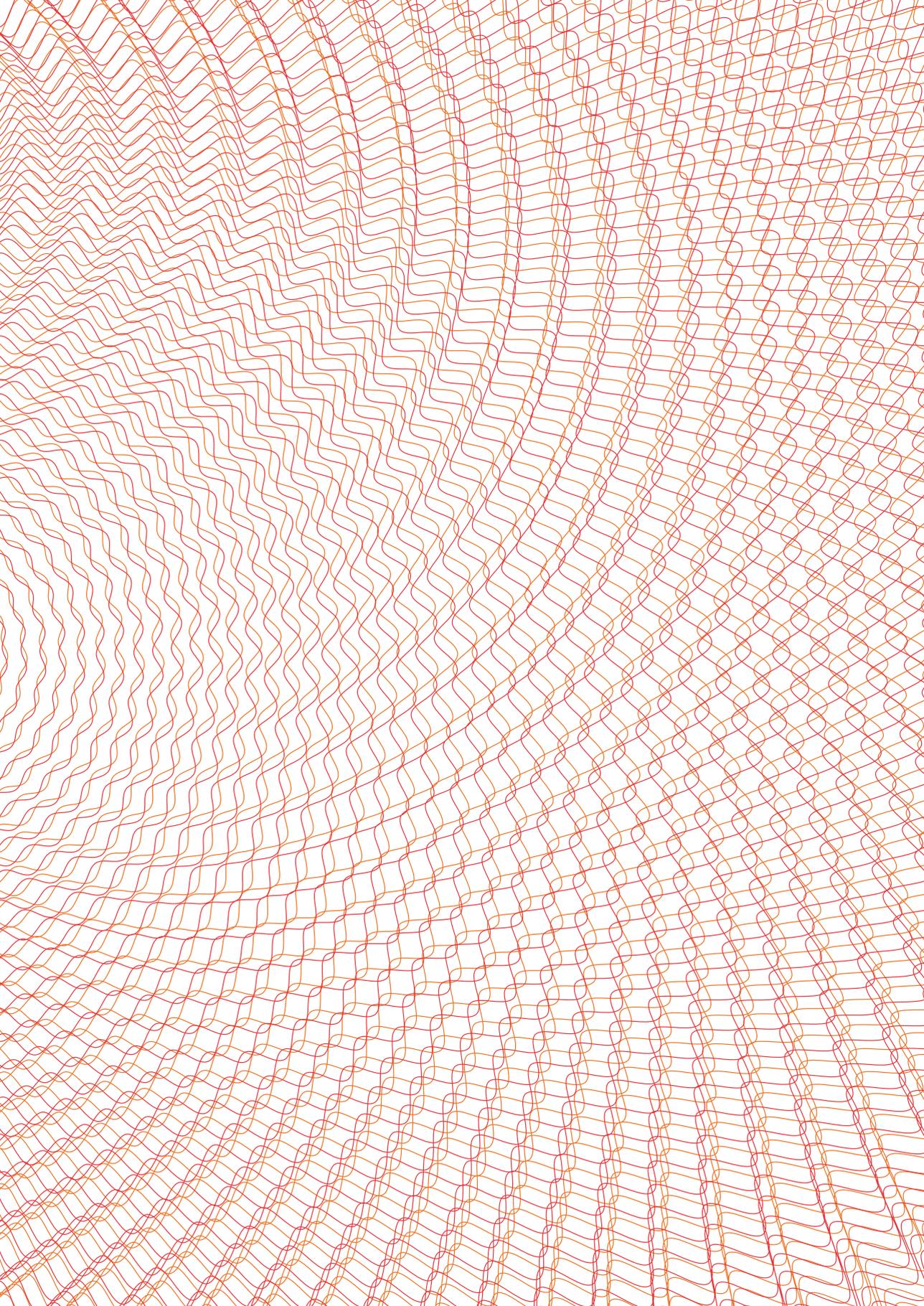
**Fábio Baccheretti Vitor (Presidente)**

Instituição: Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass)

*A constituição da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES) materializa o que já estava indicado na Constituição Federal, de 1988, e na Lei Federal nº 8.080, de 1990, já que a primeira afirma que ao Sistema Único de Saúde (SUS) compete ordenar a formação de Recursos Humanos na área da saúde, e segunda reafirma a competência da formação e a definição da participação da União, estados e municípios na formulação e na execução da Política de Recursos Humanos.*

No campo da Educação e do Trabalho em Saúde, seriam necessárias profundas mudanças na formação e no desenvolvimento de pessoal, com impacto e alterações nos processos de trabalho. A constituição de uma Secretaria específica para esse fim possibilitou a execução das ações necessárias para a construção de um Sistema de Saúde universal, integral, com equidade e controle social, ao passo em que propiciou uma maior articulação deste campo entre União, estados e municípios. Temas fundamentais para o SUS, como as mesas de negociação e as residências em saúde, passaram a ser discutidos de modo integrado. Esse novo movimento, evidentemente, ampliou e fortaleceu o debate e as ações necessárias. Merece destaque, e serve como exemplo dessa nova articulação, a formulação, nos primeiros anos posteriores à constituição da Secretaria, da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS).

A PNEPS, principal estratégia do SUS para formação de pessoal, fundamenta-se na necessidade de saúde das pessoas, promove a integração entre ensino, ações de saúde e realidade local e objetiva a transformação das práticas dos profissionais e o processo de trabalho. Mais recentemente, logo no início de 2023, o Ministério da Saúde (MS) assumiu o compromisso de retomar as discussões e as deliberações com estados e municípios, retomando, portanto, seu papel de coordenação e articulação, fundamental para a permanente construção e fortalecimento do SUS. As Secretarias Estaduais de Saúde (SES) e Secretarias Municipais de Saúde (SMS) voltam a contar com a parceria da SGTES e as reuniões da Câmara Técnica de Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde (CTGTES), da Comissão Intergestora Tripartite (CIT) prossegue com vigor o seu trabalho. O principal exemplo, neste ano, foi a elaboração coletiva da portaria que constitui o Programa ValorizaGTES-SUS. Trata a referida portaria da construção de um Plano Estadual de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde; pela primeira vez os temas da educação e do trabalho estão integrados, com financiamento federal para o processo de elaboração e posterior execução das ações, com pactuação bipartite. Outras iniciativas estão em curso, todas com fundamento no SUS, com construção e **pactuação entre União, estados e municípios.**



## Retrocesso (2019-2022)

No decorrer dos 20 anos de história da SGTES, o momento a ser examinado neste capítulo representa talvez o maior desafio dessa existência e resistência. Destacam-se duas características especiais: a primeira, por abranger um governo atípico ou da “tormenta” (Oyama, 2020); a segunda, por incluir um acontecimento inusitado, a pandemia da covid-19.

O governo federal, resultante das eleições de 2018, não parecia interessado em governar, pois a cada instante ameaçava a democracia, desmontava políticas públicas e tensionava instituições (Nobre, 2022). Logo na primeira semana da gestão extinguiu dezenas de colegiados de participação social (Brasil, 2019a), com ataques crescentes à cultura, às universidades públicas, à ciência e à tecnologia, à diplomacia, aos direitos humanos, aos indígenas e ao meio ambiente. E o modo com que atuou em relação à pandemia da covid-19, produziu uma das maiores tragédias da sociedade brasileira, e uma situação de desconforto perante a opinião pública mundial e de relações internacionais.

No âmbito da saúde, agiu na reversão de políticas exitosas, a exemplo da Saúde da Mulher, Atenção Primária à Saúde, Programa Nacional de Imunizações (PNI), Farmácia Popular e Saúde Mental (Costal; Santos; Araújo, 2019).

Com relação à saúde da mulher, o MS censurou o uso da expressão “violência obstétrica” nas políticas e programas do SUS enquanto o Ministério da Mulher, Família e Direitos Humanos apresentou a campanha “Tudo tem seu tempo”, indicando a abstinência sexual para prevenir a gravidez precoce. O governo publicou a Portaria nº 2.282, de 27 de agosto de 2020, sobre o Procedimento de Justificação e Autorização da Interrupção da Gravidez nos casos previstos em lei, determinando que profissionais de saúde notificassem à polícia os casos de vítimas

de crime de estupro. E a representação do Brasil na ONU rejeitou o termo “educação sexual”, assim como a expressão “saúde sexual e reprodutiva” (Damasceno; Santos, 2020).

No que diz respeito à APS, o governo federal extinguiu o PMM, substituindo-o pelo programa “Médicos pelo Brasil” e criando a Agência para o Desenvolvimento da Atenção Primária à Saúde (Adaps). O MS instituiu o “Previne Brasil”, estabelecendo um novo modelo de custeio que alterava a lógica e o vínculo da APS, especialmente na saúde da família.

Quanto à saúde mental, a nova Política Nacional sobre Drogas (Brasil, 2019b) trouxe modificações na saúde, segurança e justiça, contrariando a Lei da Reforma Psiquiátrica e rejeitando as práticas de redução de danos. A Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas do Ministério da Justiça embargou a divulgação de resultados de pesquisa realizada pela Fiocruz sobre uso de drogas, exercendo a censura, sob o pretexto de discordâncias científicas e institucionais (Damasceno; Santos, 2020).

Junto a esse quadro regressivo, a eclosão da pandemia da covid-19, no Brasil em 2020, encontrou um SUS fragilizado, subfinanciado, submetido à Emenda Constitucional 95 (EC-95) e dominado por um setor privado subregulado. A negação da pandemia pelo governo federal, a omissão diante das medidas sanitárias necessárias, a recusa a uma coordenação nacional das ações, assim como a sabotagem das iniciativas de prevenção e controle configuraram uma tragédia anunciada (Rodrigues; Costa, 2022).

Entretanto, desde 2019 verificaram-se vários retrocessos, dentro e fora do setor saúde, que certamente repercutiram na política de gestão do trabalho e da educação na saúde. Assim, a Medida Provisória nº 870/2019 extinguiu o Ministério do Trabalho (MT) e transferiu o Instituto Nacional de Seguro Social (INSS), responsável pela previdência social, para o recém-criado Ministério da Economia (ME), que passou a centralizar um conjunto de atribuições, funções e atividades do Estado, incluindo a fiscalização, a regulação profissional, a aplicação de sanções, bem como a segurança e saúde no trabalho. Desse modo, considerando os efeitos da Reforma Trabalhista de 2017, o esvaziamento do MT e outras medidas tomadas pelo governo federal, seria possível

reconhecer que o trabalho e o emprego passaram a ocupar um lugar marginal nas políticas públicas (Costa; Amado; Santos, 2019).

A ingerência direta do ME sobre a previdência dificultaria não só as aposentadorias como também outros direitos sociais e benefícios previdenciários. O governo publicou o Decreto nº 9.747/2019, estabelecendo uma nova Estrutura Regimental do INSS, com alterações nas regras de aposentadorias especiais. A Lei nº 13.874/2019 instituiu a Declaração de Direitos de Liberdade Econômica, voltada para as garantias de livre mercado, com impacto regulatório sobre as questões trabalhistas, representando prejuízos aos direitos sociais de trabalhadores(as). Suprimiu, ainda, a Política de Valorização do Salário-Mínimo, com mais de uma década de vigência, enquanto a Reforma da Previdência foi aprovada, colocando em risco direitos sociais, especialmente de trabalhadores(as) rurais, professores, mulheres e pobres.

Na saúde, foi extinta a Mesa Nacional de Negociação Permanente do SUS, enquanto o PMM foi transferido da SGTES para a recém-criada Secretaria de Atenção Primária à Saúde (SAPS):

***O Mais Médicos foi direcionado pra SAPS, pra atenção primária de saúde, e até os colaboradores da SGTES, que viviam em função do Mais Médicos, eles se tornaram extremamente proativos, eles entenderam a importância deles [...] (E5).***

Outros depoimentos coletados para o presente livro apontam, todavia, posições e interpretações diversas: “A SGTES teria de voltar ao modelo anterior. E passar a fazer aquilo que ela fazia de melhor. Agora, tem que ter o planejamento pra regiões” (E6). Do mesmo modo, há opiniões que não consideram como vantagens nem a saída do PMM da SGTES, nem a criação da SAPS (E1 e E6).

Nos pronunciamentos do primeiro ministro da saúde daquele governo, pautas como educação na saúde e PMM não foram incluídas como prioridades do MS. Assim, a SGTES não parece ter sido considerada relevante para a nova gestão do MS, apelidada de “café com leite” por um dos ministros de então:

*A SGTES ela tem um papel fundamental dentro do Sistema, que é a formação, a educação em saúde [...]; ela era uma Secretaria [...] ‘café com leite’ [...]; esquecem que sem o preparo adequado, a qualificação, sem o treinamento dos profissionais do SUS [...] prejudica na ponta o usuário do sistema (E5).*

Outra medida governamental com repercussões na atuação da SGTES foi a Portaria do MEC nº 2.117, de 6 de dezembro de 2019, que permitia a oferta de carga horária na modalidade à distância em cursos de graduação presenciais de Instituições de Educação Superior pertencentes ao Sistema Federal de Ensino, liberando a EaD para cursos de saúde, até mesmo em enfermagem.

Apesar dessas medidas potencialmente comprometedoras da gestão do trabalho e da educação na saúde, a SGTES apresentava nesse período uma lista de políticas, programas, projetos e ações que indicava alguma continuidade de ações, dispostos a seguir, mas sem destaques para as Escolas de Saúde Pública e para o UNA-SUS (Brasil, 2022).

Na leitura desse portfólio é possível constatar, todavia, a manutenção da Rede de Escolas Técnicas do SUS, da PNEPS, das Residências em Saúde e do PET-Saúde.

## ***Políticas, programas e ações da SGTES***

- *Política Nacional de Educação Permanente em Saúde*
- *Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde*
- *Sistema de Monitoramento da Educação na Saúde*
- *Programa Saúde com Agente*
- *Ambientes Virtuais de Aprendizagem (AVA)*
- *Ações de Educomunicação em Defesa da Vida*
- *Ações de Educomunicação em Doenças Raras*
- *Ações de Educomunicação em Cuidados Paliativos*
- *Rede de Escolas Técnicas do Sistema Único de Saúde*
- *Curso de Formação de Multiplicadores em Urgências e Emergências em Saúde Mental*

- *Capacitação nas Urgências e Emergências do Brasil*
- *Residências em Saúde*
- *Plano Nacional de Fortalecimento das Residências em Saúde*
- *Ação Estratégica “O Brasil Conta Comigo - Residentes na Área de Saúde”*
- *Sistema de Informação (SisDim)*
- *Documento Orientador Para Investimentos na Rede Assistencial*

Fonte: elaborado pelos autores com base em Brasil (2022b, p. 22).

## Educação na saúde

O conteúdo do portfólio registrado anteriormente poderia expressar a atuação de uma gestão comprometida com um amplo espectro de ações relativas à educação na saúde. Entretanto, a consulta a documentos e publicações do período, assim como a análise da entrevista sugerem um foco dirigido para a qualificação de médicos, com ênfase especial em programas de residência. Desse modo, as residências foram ressaltadas na entrevista e consideradas no Plano Nacional de Fortalecimento das Residências em Saúde, contemplando o reajuste das bolsas, a remuneração das preceptorias do SUS e a organização de especializações.

*A gente tinha uma série de insatisfações na execução dos Programas de Residência, na distribuição das vagas e na valorização desses profissionais [...] entendemos, a partir da avaliação, que a gente deveria criar mais vagas onde houvesse uma necessidade real para a população do especialista e não simplesmente atendendo a demandas e pedidos. [...] através também desse Plano Nacional melhoramos o valor da bolsa das Residências Médicas e não médicas [...] foi um reajuste real de quase 24%. [...]; não só aumentou o valor da bolsa, mas ele também criou [...] a remuneração das preceptorias do SUS (E5).*

Cabe registrar, no entanto, que houve grande investimento nas residências por gestões da SGTES, tanto no Governo Lula II quanto no Governo Dilma, como foi destacado nos capítulos anteriores. O MS que apresentava uma posição secundária no financiamento das bolsas de residentes passou a exercer um maior protagonismo naqueles governos (E2). Houve, também um aproveitamento melhor do recurso disponibilizado de expansão da residência médica para fortalecer as residências multiprofissionais, com valorização e crescimento proporcional (E1).

Assim, as residências podem ter sido incrementadas entre 2019-2022, mas já se constituíam como política da SGTES, seja a residência médica, seja a multiprofissional (E1 e E2). Há, também, discordâncias com relação à formação em massa de preceptores(as) sem regras definidas que estabeleçam quem incorpora, quem contrata, quais as suas responsabilidades e atribuições (E3).

Outro programa que teve continuidade nesse período foi o PET-Saúde, que em 2019 alcançou sua nona edição, contando com 120 projetos de universidades e secretarias de saúde de todas as regiões e envolvendo mais de 6 mil participantes. Entretanto, é possível constatar uma ênfase concedida à assistência médica naquela gestão, a exemplo de certas iniciativas como as capacitações em urgências e emergências, inclusive em saúde mental (Dantas; Matos; Santos, 2019).

Não foi identificada nenhuma política nova, explicitamente formulada com vistas à temática da educação nem do trabalho em saúde. Tendo em conta as ameaças ocorridas para a extinção da SGTES é plausível, no entanto, admitir a existência de uma política implícita voltada para a sua permanência no organograma do MS, entre os desafios da gestão:

*A primeira delas foi o meu desafio de não deixar a SGTES ser extinta, se tornou quase uma briga política porque quem entrou no Ministério achava que ela não era essencial. [...]. Mas o maior desafio foi não deixar a SGTES ser extinta. O segundo foi o que eu disse, motivar os colaboradores pra que eles entendessem a importância deles. [...]. Os outros desafios foram a gente concluir os trabalhos com poucos recursos e fazendo novas parcerias (E5).*

O MS lançou em 2022, o Programa de Educação Permanente em Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora, voltado para gestores, técnicos, profissionais de saúde e membros do controle social que atuam nas três esferas federativas do SUS (Damasceno; Santos; Moura, 2022), embora sem registro no portfólio. Pode ser mencionado, ainda, o Programa Saúde com Agente. No que diz respeito a projetos, podem ser citados a Avaliação da PNEPS, iniciada no governo anterior, o Sistema de Mapeamento da Educação na Saúde (SIMAPES) e “O Brasil conta Comigo” (E5).

## Gestão do trabalho

Como já registrado no início deste capítulo, a pandemia da covid-19 marcou o período, sob análise, no Brasil e no mundo. Para além do negacionismo do governo federal diante da pandemia, os fatos relativos à gestão do trabalho na saúde evidenciam uma subordinação à política econômica ultraliberal e ao pensamento conservador, mesmo mantendo algumas medidas de gestões anteriores. Essas políticas, no entanto, não modificaram a precarização do trabalho, a flexibilização das relações laborais e a reorientação de projetos de educação em direção à iniciativa privada (Dantas; Matos; Santos, 2019).

Há registros, no entanto, de que a SGTES, ameaçada de extinção, teve a oportunidade de reforçar a sua importância para o governo durante a pandemia da covid-19.

*A gente fez o SOS de Ponta, um programa de treinamento para todos os urgencistas e emergencistas do Brasil. Inclusive, a gente criou Centros de Simulação Realística em todo o Brasil pra que agora de forma rotineira, a gente possa ter profissionais que trabalhem em urgência e emergência sendo treinados pelas Escolas de Saúde Pública (E5).*

Mas na realidade, o governo federal fomentava o conflito e a descoordenação, de modo que o enfrentamento da pandemia foi realizado por governos e atores subnacionais (Coelho *et al.*, 2023), sob o respaldo do Supremo Tribunal Federal (STF) e de tribunais estaduais

(Oliveira, 2023), bem como por universidades, centros de pesquisa, e especialmente, profissionais e trabalhadores(as) de saúde, junto com iniciativas vinculadas à sociedade civil (Fleury *et al.*, 2023).

Pesquisa realizada na Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo (FSP-USP) apontou uma estratégia deliberada do governo federal voltada para a expansão da epidemia seguindo uma dada racionalidade – imunidade de rebanho e prioridade para a economia –, apesar da aparência de equívocos, improvisos ou incompetências (Ventura, 2020).

## Respostas da sociedade e das instituições

Em maio de 2020, foi criada a Frente pela Vida (FpV), reunindo entidades e movimentos sociais em defesa do SUS e da democracia. A FpV lançou a “Campanha Abrace a Vacina”, defendeu o *lockdown*, o auxílio financeiro, a vacinação universal exclusivamente pelo SUS, o fortalecimento da vigilância em saúde, a ampliação do financiamento do SUS, além de colaborar com a Comissão Parlamentar de Inquérito (CPI) da covid no Senado Federal.

O movimento sanitário, sob a liderança compartilhada da Associação Brasileira de Saúde Coletiva (Abrasco), do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (Cebes) e do Conselho Nacional de Saúde (CNS), com outras entidades e organizações, elaborou o *Plano Nacional de Enfrentamento à Pandemia da Covid-19* (Frente pela Vida, 2020), debatido na sociedade e apresentado à mídia, ao MS, ao Parlamento brasileiro e a outras instituições.

Inovações digitais como o telessaúde, a informatização e a incorporação de tecnologias para o atendimento remoto foram desenvolvidas por estados e municípios com o apoio do Fórum de Governadores e do Consórcio Nordeste, além do Conass e Conasems.

Reconhecendo as potencialidades da saúde digital, devemos considerar as implicações do envolvimento das grandes corporações digitais na saúde [...] aumentando a visibilidade de suas estratégias e preferências, bem como

negociando alternativas capazes de aproximá-las do interesse público (Coelho *et al.*, 2023, p. 239).

O recrudescimento da pandemia e uma lenta e insuficiente cobertura vacinal em 2021 foram reproduzidos no ano seguinte com a rápida disseminação da variante Ômicron (Damasceno; Santos; Moura, 2022). Ainda assim, o governo federal ignorou a legislação e a experiência acumulada do SUS, inclusive no que se refere à vigilância em saúde e às imunizações, cuja competência tem sido reconhecida internacionalmente.

Ao lado da desastrosa condução no enfrentamento da pandemia (Bava, 2023), dirigentes do MS questionavam a capacidade do SUS, cujo último ministro defendia a necessidade de sua “reforma”. Assim, foram executadas, entre outras, ações visando à descaracterização da APS e à priorização de um modelo de atenção voltado para a assistência médica individual, dirigida a problemas agudos, sem vínculo, continuidade, coordenação ou responsabilidade populacional.

Portanto, o acompanhamento das políticas de saúde entre 2019 e 2022 aponta inúmeros retrocessos e ações desarticuladas no âmbito do SUS. A atuação da SGTES negligenciou a problemática da gestão do trabalho no setor e no que se refere à educação na saúde privilegiou a clínica e a assistência médica individual, secundarizando a Saúde Coletiva.

A gestão nesse período manteve algumas iniciativas de governos anteriores (PNEPS, Rede de Escolas Técnicas do SUS, PET-Saúde, Residências em Saúde, entre outras), mas as mudanças de enfoques dos projetos e iniciativas lançados no período não constituíram, efetivamente, rupturas. No caso da PNEPS, embora tenha sido prestigiada por todas as gestões revisitadas neste livro, algumas investigações têm realizado um esforço voltado para a sua compreensão e crítica (Lemos, 2023).

Nessa conjuntura, o Brasil atravessou um conjunto de crises – econômica, social, sanitária, ambiental e política. A crise econômica se manifestou pela recessão e pelas dificuldades de retomada do crescimento, apesar da insistência em políticas neoliberais e monetaristas, com o pretexto do equilíbrio fiscal. Para a análise mais ampla dessa

conjuntura seria necessário examinar alguns antecedentes, como os efeitos retardados no Brasil decorrentes da crise econômica mundial de 2008, certos fenômenos sociopolíticos associados às Jornadas de Junho de 2013 (Nobre, 2022), a crise do neoliberalismo, o recuo da globalização, o resgate democrático do Estado, a revalorização do planejamento e o crescimento internacional da direita e da extrema direita (Gerbaudo, 2023).

A crise social se expressou pela persistência e agravamento do desemprego, com a predominância de empregos informais e precarizados, aumento da pobreza, miséria e desigualdades, assim como o retorno do Brasil ao “mapa da fome”.

Já a crise sanitária traduziu-se por um SUS submetido à direção de quatro ministros em quatro anos, com os seguintes resultados: falta de coordenação nacional para enfrentamento da pandemia; sabotagem das medidas de controle; questionamentos contra a vacinação; boicote à atuação de governadores e prefeitos; ameaças autoritárias; confronto do Executivo ao STF; provocações nas mídias sociais contra o distanciamento físico; intervenções descoladas de bases científicas; saldo de mais de 700.000 mortes; e um rastro de sofrimento entre brasileiras e brasileiros, especialmente mulheres, pobres, negros, indígenas, nortistas e nordestinos.

A crise ambiental foi deliberadamente ampliada pelo governo, incentivando o desmatamento e as queimadas na Amazônia, Cerrado e Mata Atlântica, negligenciando a questão climática e apoiando a ocupação de terras indígenas por madeireiros, garimpeiros e grileiros, com a expansão de empresas mineradoras e do agronegócio nesses territórios. E, finalmente, a crise política mediante ataques permanentes e ameaças à democracia, além da recusa do resultado das eleições presidenciais de 2022, culminando com a tentativa de golpe de Estado em 8 de janeiro de 2023 (Costa, 2023).

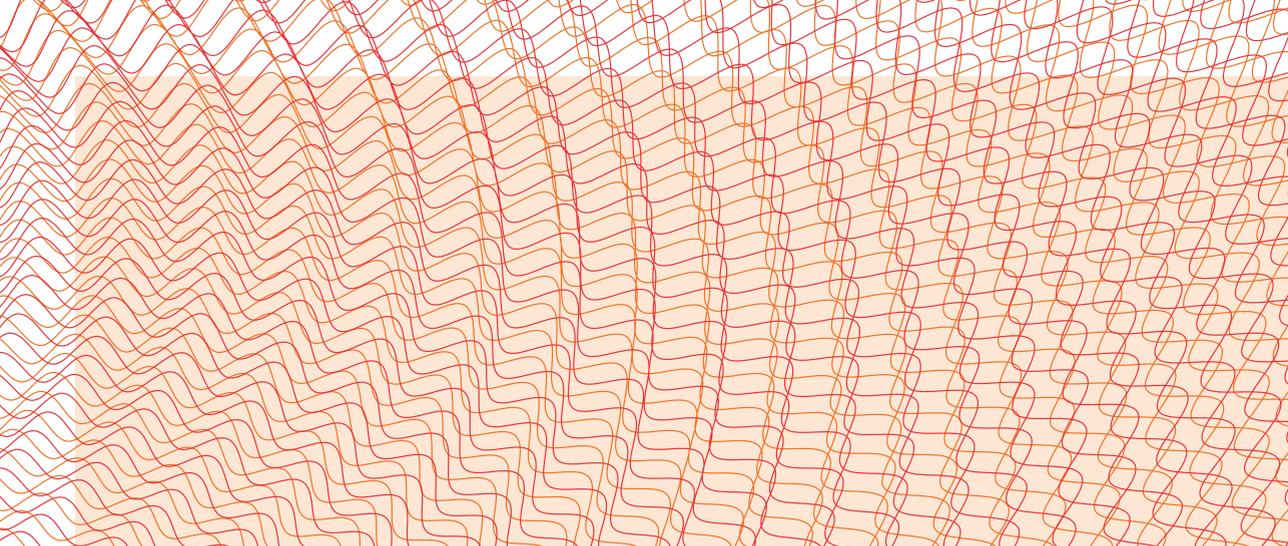
Esse complexo de crises passou a exigir do governo que se inicia em 2023 uma agenda centrada no lema “união e reconstrução”, incluindo a gestão do trabalho e a educação na saúde:

***[...] essa área dentro do Ministério nos últimos seis anos perdeu muito da sua potência e as suas pautas foram bastante desconstruídas digamos assim, para não dizer destruídas. Porque o que é destruído a gente não recupera (E7).***

A retomada de políticas para o desenvolvimento do SUS, a redução das desigualdades sociais, raciais, de gênero e de etnia, assim como o reforço de medidas para a inclusão e equidade compõem, também, prioridades: “[...] eu acho que não existe perspectiva, desafio pra SGTES sem pensar o SUS como um todo. E pra mim, o SUS como um todo é isso. É reafirmar que essa opção que nós fizemos é correta” (E2).

Trata-se de fazer com que o conjunto dessa área, envolvendo a educação e o trabalho, converse, discuta, faça propostas e as encaminhe de uma forma permanente (E4), dialogando com a sociedade. Do mesmo modo, o que foi possível aprender com a pandemia da covid-19, a partir da participação de atores subnacionais e da revitalização da sociedade civil, sugere novos mecanismos de coordenação do SUS e o aperfeiçoamento de sistemas de planejamento, regulação, avaliação e contratação (Coelho *et al.*, 2023). “A pandemia demonstrou a insensatez que foram os cortes do orçamento público em prol da austeridade fiscal, que deixaram sistemas de saúde e de educação em frangalhos” (Gerbaudo, 2023, p. 22).

Assim, a reorientação das políticas econômicas e o fortalecimento das políticas sociais de inclusão, proteção e cuidado representam grandes desafios do terceiro mandato do presidente Lula a serem discutidos nos capítulos seguintes.



# *O que dizer* sobre a SGTES

**Hisham Mohamad Hamida (Presidente)**

Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (Conasems)

*A agenda da gestão do trabalho e da educação na saúde sempre esteve presente nas preocupações, reflexões e proposições do Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (Conasems) e dos gestores municipais da saúde. Antes mesmo do Conasems ser fundado em 1988, essa pauta estava presente nos encontros municipalistas da saúde realizados desde a década de 1960 com os dois eixos estruturantes: a ordenação do trabalho em saúde e a ordenação da formação de recursos humanos, que já apontavam para a falta e a inadequada distribuição de trabalhadores de saúde e a necessidade de medidas voltadas para a capacitação profissional.*

*Isso está expresso em documentos finais dos encontros realizados em Campinas/SP, Londrina/PR e Montes Claros/MG, presentes no acervo do Conasems. Tais proposições avançaram nas conquistas pós constituição de 1988 e na regulamentação do Sistema Único de Saúde (SUS) pelas Leis nº 8080/90 e nº 8142/90, porém somente com a criação da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES), através do Decreto nº 4.726, de junho de 2003, esta pauta e esta agenda se organizam e se fortalecem na própria agenda do processo de consolidação do SUS.*

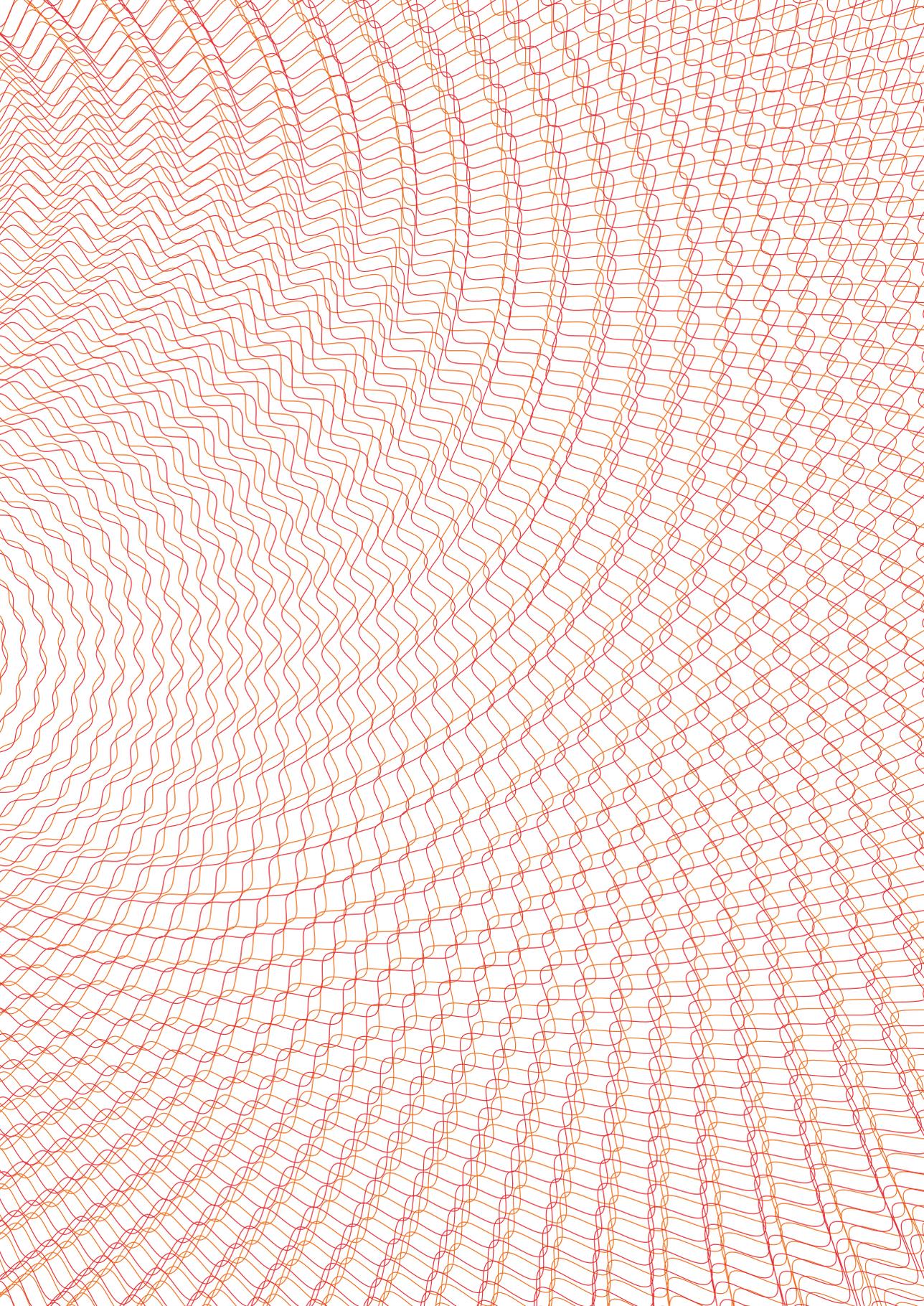
*Responsável por formular políticas públicas orientadoras da gestão, formação e qualificação dos trabalhadores e da regulação profissional na área da saúde no Brasil, a instituição da Secretaria, mesmo com enormes lacunas e desafios ainda presentes na construção do SUS, possibilitou políticas estruturantes para a integração dos setores de saúde e educação fortalecendo as instituições formadoras de profissionais na saúde, bem como desenvolvimento de agenda tripartite pactuada entre as gestões federal, estaduais e municipais do SUS no que se refere à formação, à qualificação e à distribuição das ofertas de educação e trabalho na área de saúde. Inúmeros exemplos de políticas e programas podem ser enunciados como resultado destacando Política Nacional de Educação Permanente em Saúde, Programa Mais Médicos, Contrato Organizativo de Ação Pública de Ensino – Saúde (COAPES), Melhorias no processo das residências em Saúde somente para citar algumas ações governamentais e a maior e mais inclusiva ação de formação representada pela formação técnica dos agentes de saúde, fruto da parceria Ministério da Saúde/SGTES e o Conasems – Curso Saúde com Agente, com formação de mais de 190 mil trabalhadores e trabalhadoras no País.*

*A parceria Conasems – Ministério da Saúde/SGTES vem desde a instituição da Secretaria e essa agenda está presente em nossos eventos desde então. No último Congresso do Conasems, em Goiânia/2023, por exemplo, debatemos as responsabilidades do mundo do trabalho e da educação para o alcance da integralidade do SUS e sempre é bom lembrar que nesses 20 anos caminhamos para a realização agora da IV Conferência Temática Nacional. Se há um longo caminho a percorrer para melhor equacionamento dos problemas e desafios, a parceria confere centralidade dessa agenda do trabalho e educação no **desenvolvimento do Sistema de Saúde e da sociedade brasileira.***





*Quarto*  
**momento**



## Retomada (2023 – período atual)

Ao final do capítulo anterior foi destacado que para uma compreensão mais adequada do contexto atual, seria necessário, além de examinar o complexo de crises experimentado pelo Brasil entre 2019 e 2022, considerar certos efeitos retardados do “tsunami” econômico mundial de 2008 sobre a sociedade brasileira, assim como certos fenômenos sociopolíticos vinculados às “Jornadas de Junho” de 2013.

Assim, as políticas econômicas, implementadas no Brasil no segundo mandato do presidente Lula e no primeiro da presidente Dilma, possibilitaram o crescimento e relativa distribuição de renda até 2013, quando a inflação volta a ameaçar a economia e o PIB dá sinais de decréscimo. A oposição de empresários e, especialmente do chamado “mercado” e seus porta-vozes midiáticos e políticos, pressionou o governo com instabilidade política desde 2014, em função das relações conturbadas entre os poderes Legislativo e Executivo, desembocando no *impeachment* da presidente, no crescimento da direita e da extrema direita, na chamada “polarização” da sociedade brasileira e, em última análise, nas eleições de 2018 e no governo federal de 2019-2022.

Esse resumido retrospecto pode ser útil para contextualizar as eleições presidenciais de 2022 e ajudar a compreender a engenharia política acionada para a composição da chapa Lula-Alckmin e as alianças com forças políticas do centro do espectro político, construídas no primeiro e no segundo turno do processo eleitoral. Isso significa que, por mais progressistas que tenham sido as promessas e as propostas da campanha (Coligação Brasil da Esperança, 2022), a construção da governabilidade não poderia desconhecer o reduzido percentual da diferença entre os votos conquistados pelo presidente eleito e o adversário,

assim como a composição do novo Congresso Nacional com predomínio de forças conservadoras, de direita e de extrema direita. Além disso, a tentativa de golpe de Estado, perpetrada em 8 de janeiro de 2023, conturbou o início da gestão, exigindo ainda mais habilidade política na condução do governo, com avanços e recuos.

A Carta Compromisso assumida pelo candidato Lula em 5 de agosto de 2022, apresentada por entidades vinculadas à Frente pela Vida – Abrasco, Cebes, Associação Rede Unida e SBB, ressaltava as seguintes proposições: SUS 100% público; revogação da Emenda Constitucional 95; recomposição do orçamento da saúde – no mínimo 6% do PIB, sendo o gasto federal ao menos 3% do PIB, e que o gasto público represente pelo menos 60% do gasto total com saúde; carreira pública nacional para o SUS, organizada e cofinanciada pelas três esferas de governo – participação tripartite no financiamento, provimento, seleção, contratação e formação dos profissionais de Saúde; SUS efetivamente público, republicano, moderno, eficiente, transparente, democrático, participativo e sob controle social; eliminação das inaceitáveis iniquidades de gênero, raça/etnia, orientação sexual e classe social que afetam direta e negativamente a saúde (Frente pela Vida, 2023). Cumpre lembrar as proposições referentes à Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, do Relatório da FpV (2023): carreira pública nacional; desprecarização dos vínculos de trabalho; formação acadêmica considerando as necessidades do SUS; redução drástica dos cargos de livre provimento e profissionalização das funções de gestão; ampliação e descentralização dos programas de residência; fortalecimento das ações de EPS.

Ainda assim, as políticas e ações de saúde adotadas em 2023 não podem ser analisadas ignorando a correlação de forças políticas e sociais advinda desta situação. Mesmo tendo o SUS conquistado certa visibilidade positiva, a partir da pandemia da covid-19, e obtendo algum consenso passivo na sociedade e nos governos, os obstáculos postos contra a sua consolidação continuam na ordem do dia.

Muitas forças que compõem, atualmente, o governo federal apostaram, em passado recente, na Reforma do Estado, na Lei de Responsabilidade Fiscal, no *impeachment* da presidente Dilma, na Reforma

Trabalhista, na Lei das Terceirizações, na Emenda Constitucional 95, na prisão do presidente Lula, no subfinanciamento do SUS, no apoio aos planos e seguros privados de saúde, nas Organizações Sociais (OS), Organização da Sociedade Civil de Interesse Público (Oscip), Parceria Público Privadas (PPPs), cooperativas, enfim, no desmonte das políticas sociais, no aumento das desigualdades e na privatização e na financeirização da saúde, por dentro e por fora do SUS.

Consequentemente, a gestão do trabalho e da educação na saúde não estão livres das determinações estruturais e conjunturais que incidem sobre o setor. O próprio GT da Transição (Gabinete de Transição Governamental, 2022) pouco avançou nessa área-problema, concentrando-se na recomendação da garantia do piso salarial da enfermagem (Moura; Ribeiro; Teixeira, 2023).

Dentro desses limites e de certas possibilidades construídas pela política, movimentos, instituições e forças sociais cabe analisar, presentemente, a atuação da SGTES. O novo governo tem um duplo desafio pela frente: não apenas reconstruir a democracia que retrocedeu nos últimos quatro anos, quando as desigualdades foram potencializadas, os direitos sociais desrespeitados e as políticas públicas desmanteladas, mas também aprofundá-la de modo a enfrentar as assimetrias de classe, de gênero e etnorraciais que dão sustentação à violência, à miséria e às injustiças historicamente produzidas na sociedade brasileira.

Antes mesmo de iniciado o novo governo, foi realizada uma articulação política para a aprovação da Proposta de Emenda à Constituição nº 32 de 2022 – a chamada PEC da Transição, para garantir R\$105 bilhões, possibilitando a recomposição do orçamento da área social, com destaque dos R\$27,3 bilhões para a implementação de políticas de saúde (Damasceno; Moreira; Conceição, 2023).

A posse da pesquisadora Nísia Trindade como ministra da Saúde, após ocupar a presidência da Fiocruz e participar do Grupo de Transição que detalhou o programa de governo Lula-Alckmin para o período de 2023 a 2026, sinalizava compromissos com o desenvolvimento do SUS. A montagem da equipe para a gestão nacional do SUS repercutiu na condução da SGTES, principalmente com o incentivo ao diálogo e a experiência acumulada dos novos quadros dirigentes:

*[...] o momento iniciado em janeiro de 2023 foi marcado pela retomada da ciência e do diálogo. Ter uma ministra da Saúde comprometida com o SUS e com as áreas da Educação e do Trabalho e que dá autonomia aos secretários. Ter uma equipe motivada e com pessoas que têm experiência em gestão estadual, o que facilita lidar com as adversidades, além de uma Secretaria transversalizando a discussão de processos formativos e de questões relacionadas à gestão do Trabalho e da Educação com as outras secretarias (E7).*

Se por um lado houve um respiro institucional, considerando todo o histórico recente de gestores negacionistas da Pasta, o embate político em torno do MS, em função do seu vultuoso orçamento, da sua relação com estados e municípios, assim como da sua capilaridade na sociedade, exigiu vigilância e mobilização de entidades, movimentos sociais e instituições em defesa da permanência da ministra da Saúde e da sua equipe ao longo do primeiro ano da gestão. A presença do presidente Luiz Inácio Lula da Silva na 17ª CNS reforçou a importância da luta pelo direito à saúde, do SUS e a continuidade da ministra Nísia Trindade à frente do MS (“Nísia Fica”), no contexto de retomada da democracia e fortalecimento das políticas de saúde no Brasil (Moreira; Santos; Araújo, 2023).

Além do “revogação” das portarias autoritárias e reacionárias que comprometiam certas ações de saúde, o MS modificou a sua atuação em relação à saúde da mulher, com a retomada da Rede Cegonha, saúde mental, com investimentos para a ampliação dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) e APS, incluindo o relançamento do PMM com incentivos financeiros a médicos em áreas remotas. No que se refere à Política Nacional de Promoção da Saúde (PNAPS), ocorreu o credenciamento e habilitação de 57,8 mil equipes da Estratégia Saúde da Família (Chioro *et al.*, 2023).

O MS voltou a intervir na ampliação da cobertura vacinal, no reforço ao Programa da Farmácia Popular – na perspectiva de reestruturar a assistência farmacêutica no SUS – e do Brasil Sorridente, assim como na atualização das diretrizes do Programa Nacional de Controle do Tabagismo no âmbito do SUS, sob a coordenação do Instituto Nacional de Câncer (Damasceno; Moreira; Conceição, 2023).

Na retomada da SGTES, certos fatos institucionais, programas, políticas, articulações, iniciativas e abertura de novas frentes de trabalho serão examinados no presente capítulo, a partir de trechos do discurso de posse da ministra da Saúde:

[...] Os trabalhadores e trabalhadoras da saúde são fundamentais para efetivação do direito à saúde no SUS [...] investiremos em políticas que tenham o trabalho e a educação como elementos centrais para efetivação de todas as ações de saúde, considerando que a mediação entre a necessidade de saúde e a oferta de serviços é realizada por meio do trabalho dos/as profissionais de saúde (Trindade, 2023).

Assim, a problemática relativa ao trabalho e à educação na saúde discutida pelo SUS, surge para agenda atual de questões centrais não superadas.

Essa área, portanto, envolve temas da formação, do mercado, emprego, profissões e força de trabalho do setor com a necessidade de atenção para as políticas de emprego, legislação trabalhista, regulação e regulamentação profissional, bem como a revisão de experiências e práticas educativas nas instituições formadoras e nos serviços.

***[...] Nós temos uma missão importante, que é restaurar algumas pautas fundamentais para o trabalho e a educação. Esse foi o primeiro movimento que fizemos ao assumir a Secretaria, nos debruçarmos em temas importantes que envolvem o controle social e o debate sobre a formulação e implementação de políticas de Trabalho e Educação na Saúde (E7).***

É, de fato, a retomada de pontos sensíveis, mas estruturantes da atuação da SGTES, voltada para as políticas públicas. A construção e a consolidação das pautas referentes a trabalho e a educação ocuparam alguns anos do desenvolvimento da Secretaria, requereu costuras e entendimentos com outros ministérios, e os primeiros resultados demonstraram que esse era o caminho a ser perseguido.

## Prioridades da SGTES

A SGTES reassume sua responsabilidade de formular políticas públicas orientadoras da gestão, formação e qualificação de trabalhadores(as) e da regulação profissional na área da saúde. Volta a promover a incorporação dos setores de saúde e educação para fortalecer as instituições formadoras de profissionais atuantes na área, bem como integrar e aperfeiçoar a relação entre as gestões federal, estaduais e municipais do SUS no que se refere aos planos de formação, qualificação e distribuição das ofertas de educação e trabalho na área de saúde, conforme os esforços empreendidos desde 2003.

*Sem dúvida, ao longo desses 20 anos identificamos perdas decorrentes de intercorrências políticas, mas também tivemos muitos avanços na SGTES, como institucionalizar uma política de gestão do trabalho e da educação como o investimento na política de desprecarização nos anos de 2003-2004 (E7).*

No quadro a seguir estão registradas diversas propostas de trabalho apresentadas pela nova gestão da SGTES no *Encontro Nacional sobre Trabalho e Educação na Saúde do SUS*, em março de 2023, na capital federal.

### Agenda da Gestão da Educação na Saúde traduzida em Ações e Políticas, SGTESMS/2023-2026, Brasília, 2023

<p><i>Coordenação-Geral de Integração Ensino, Serviço e Comunidade</i></p>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Realização do Encontro Nacional das Coordenações do PET-Saúde;</li><li>• Elaboração de edital temático do PET-Saúde-Equidade;</li><li>• Publicação comemorativa e avaliativa das dez edições do PET-Saúde;</li><li>• Retomada de dispositivos de qualificação e pactuação de cenários de práticas de formação no SUS;</li><li>• Sistema de Informação Gerencial em Gestão da Educação na Saúde para monitoramento das iniciativas de educação na Saúde;</li><li>• Projeto SUS na Comunidade;</li><li>• Ordenamento e regulação da formação em saúde.</li></ul>
--	--

<p><i>Coordenação-Geral de Ações Estratégicas e Educação na Saúde</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Centralidade na construção da PNEPS;</li> <li>• Ofertas de processos formativos articulados com as necessidades do SUS e do contexto socio-sanitário;</li> <li>• Articulação dos processos formativos, educacionais com metodologias ativas, inovadoras e à distância;</li> <li>• Ampliação no investimento da formação profissional de nível técnico;</li> <li>• Realizar encontro da Rede de Escolas- Saúde Pública e Escolas Técnicas do SUS para proposição das ações estratégicas de fortalecimento;</li> <li>• Promoção de ações de fortalecimento das Redes Colaborativas Nacionais e Internacionais visando a formação para o SUS;</li> <li>• Articulação, fortalecimento e ampliação das iniciativas da Educação Popular em Saúde.</li> </ul>
<p><i>Coordenação-Geral de Residências em Saúde</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Fortalecer os programas em Residência em consonância com as necessidades do SUS;</li> <li>• Propor e apoiar ações do Programa Nacional de Apoio à formação de Médicos Especialistas em Áreas Estratégicas (Pró-residência);</li> <li>• Propor e articular ações de monitoramento e regulação da preceptoria médica para os Programas de Residências;</li> <li>• Realizar oficina de trabalho nacional de Residências Multiprofissionais em Saúde para adequação e fortalecimento dos programas;</li> <li>• Realizar oficina de Trabalho Nacional de Residências em Medicina de Família e Comunidade para adequação e fortalecimento dos programas;</li> <li>• Investir no SIG RESIDÊNCIAS como dispositivo de monitoramento e avaliação das residências financiadas pela SGTES/MS.</li> </ul>
<p><i>Coordenação-Geral e Regulação de Trabalho na Saúde</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Negociação coletiva: Mesa Nacional de Negociação Permanente do SUS;</li> <li>• Regulação do Trabalho na Saúde: da formação em saúde, do exercício profissional, das relações de trabalho;</li> <li>• Internacionalização da gestão e regulação do trabalho na saúde.</li> </ul>

<p><i>Coordenação-Geral de Gestão e Valorização do Trabalho na Saúde</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Trabalho decente, digno e sustentável;</li> <li>• Carreiras;</li> <li>• Avaliação de desempenho;</li> <li>• Saúde do(a) trabalhador(a) da saúde;</li> <li>• Promoção da saúde, prevenção de riscos e agravos, assistência e reabilitação, incluindo os efeitos da pandemia covid-19 nos(as) trabalhadores(as) de saúde;</li> <li>• Segurança do(a) Trabalhador(a) da Saúde;</li> <li>• Biossegurança, gerenciamento de riscos ocupacionais, ergonomia;</li> <li>• Saúde mental dos(as) trabalhadores(as);</li> <li>• Humanização do trabalho na saúde;</li> <li>• Incorporação da dimensão interseccional-Raça, gênero e classe, nas políticas e ações.</li> </ul>
<p><i>Coordenação-Geral de Planejamento da Força de Trabalho no SUS</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Dimensionamento da Força de Trabalho (DFT);</li> <li>• Distribuição, provimento, atração, fixação, migração, relação entre oferta e demanda de trabalhadores(as) para o SUS; censo da força de trabalho; metodologias, indicadores e parâmetros para o DFT;</li> <li>• Modelos de Gestão do Trabalho na Saúde;</li> <li>• Sistema de Informação sobre a Força de Trabalho na Saúde.</li> </ul>

Fonte: elaborado pelos autores com base no Encontro Nacional de Trabalho e Educação na Saúde do SUS<sup>2</sup>.

As propostas das coordenações estão explicitadas nesse Quadro como um panorama da síntese de trabalho da SGTES voltadas, sobretudo, para questões de trabalho e educação na saúde.

## Educação na saúde

Neste âmbito, houve destaque para a PNEPS, Programa de Formação de Educadoras e Educadores Populares de Saúde, Programa Mais Saúde com Agente, fortalecimento das Residências em Saúde e Sistemas de Monitoramento da Educação na Saúde (SIMAPES).

Além da prioridade para a PNEPS, instituída pelas Portarias nº 198/GM, 2004 e nº 1.996 de 2007, destaca-se o Programa de Formação de

<sup>2</sup> Evento disponível em: <https://youtu.be/b7NxLohk10Y>.

Educadoras e Educadores Populares de Saúde, voltado para a valorização de práticas tradicionais de cuidado, da comunicação popular e da educação popular em saúde, contemplando Agentes Populares e Agentes Populares de Saúde do Campo formados durante a pandemia de covid-19; conselheiros locais de saúde; representantes de movimentos sociais e da sociedade civil organizada, que atuem e/ou residam nos territórios dos estados (Brasil, 2023c). Do mesmo modo, o Programa Saúde com Agente lançado na gestão passada, conforme destacado no capítulo anterior, em parceria com a Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS) e o Conasems, conta com recursos de mais de R\$ 388 milhões para oferecer qualificação técnica de cerca de 200 mil agentes comunitários de saúde e de combate às endemias em todo o país (Brasil, 2023c). Nessa perspectiva, o presidente Lula sancionou o Projeto de Lei nº 1.802/2019, que fortalece a atenção básica à saúde, ajusta a legislação e define agentes comunitários de saúde (ACS) e agentes de combate às endemias (ACE) como profissionais de saúde.

Outra frente aberta em 2023, foi o apoio e fortalecimento às Residências em Saúde – Residência Médica e Residência em Área Profissional da Saúde (Multiprofissional e Uniprofissional) e a execução do Plano Nacional de Fortalecimento das Residências em Saúde, que contempla um conjunto de ações estratégicas destinadas à valorização e qualificação de residentes, corpo docente-assistencial e gestores como previstas em portaria anterior (Brasil, 2009a).

Em relação aos programas lançados pela SGTES/MS no primeiro ano da nova gestão, destaca-se, ainda, o Programa Nacional de Equidade de Gênero, Raça, Etnia e Valorização das Trabalhadoras no SUS que faz parte do compromisso assumido pelo governo federal no enfrentamento às desigualdades de gênero, etnia e raça, com base em 6 diretrizes:

1. Promover a política de equidade de gênero e raça no SUS, buscando modificar as estruturas machista e racista que operam na divisão do trabalho na saúde;
2. Enfrentamento às diversas formas de violências relacionadas ao trabalho na saúde;

3. Acolhimento às trabalhadoras da saúde no processo de maternagem;
4. Promover o acolhimento às mulheres considerando seu ciclo de vida no âmbito do trabalho na saúde;
5. Saúde Mental e Gênero;
6. Formação e educação permanente na saúde considerando as interseccionalidades no trabalho na saúde (Brasil, 2023d).

## Gestão do trabalho

No que tange ao trabalho na saúde, destaca-se a reativação, mais uma vez na história da SGTES, das atividades da MNNP-SUS, proposta nas suas origens. Em 13 março de 2023, reinicia suas atividades com uma nova estrutura e uma composição ampliada de seus membros (Conselho Nacional de Saúde, 2023b), tendo como referência a proposta original.

Outra iniciativa que teve grande repercussão na SGTES nesse período foi a implantação do Piso Nacional da Enfermagem, através da Portaria GM/MS nº 1.446, de 28 de setembro de 2023, o qual coube à SGTES atuar na operacionalização e monitoramento correspondente às transferências de recursos.

No quadro que se segue, encontra-se uma síntese de políticas, programas, ações e sistemas registrados pela SGTES, com base material, institucional, publicado em 2023.

## Políticas, programas, ações, ações futuras e sistemas

<b>SGTES</b>	<b>GESTÃO DO TRABALHO EM SAÚDE E GESTÃO DA EDUCAÇÃO NA SAÚDE</b>
<b>Política</b>	Política Nacional de Educação Permanente em Saúde.
<b>Programas</b>	Programa de Valorização da Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, Valoriza GTEs-SUS.
	Programa Nacional de Equidade de Gênero, Raça, Etnia e Valorização dos(as) trabalhadores(as) do SUS Portaria (Portaria GM/MS nº 230, de 7 de março de 2023).
	Programa Nacional de Atenção Integral à Saúde e Segurança da Trabalhadora e do Trabalhador da Saúde no âmbito do SUS (PNAISTS/SUS).
	Programa de Formação de Agentes Educadoras e Educadores Populares de Saúde (AgPopSUS) (Postaria GM/MS nº 1133, de 16 de agosto de 2023).
	Programa de Qualificação de Agentes Indígenas de Saúde (AIS) e de Agentes Indígenas de Saneamento (AISAN).
	Programa Nacional de Bolsas para Residências Multiprofissionais e em área profissional (Pró-residências).
	Programa mais saúde com Agente.
	Programa Educação pelo Trabalho para a Saúde.
	Programa de Formação técnica em órteses e próteses para o fortalecimento do SUS – TOP.

<i>Ações</i>	Oficinas Regionais de Planejamento da Área de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde do SUS.
	Aplicativo do Programa Nacional de Equidade de Gênero, Raça, Etnia e Valorização dos(as) trabalhadores(as) do SUS.
	Formulação dos Planos Estaduais de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde (PEGTES).
	DimeRede – Estratégia Nacional para Dimensionamento da Força de Trabalho na Saúde.
	Retomada da Mesa Nacional de Negociação Permanente do SUS (Resolução CNS nº 708, 13 de março de 2023).
	Demografias das profissões da saúde.
	Monitoramento de Ações e Apoio Institucional às Escolas de Saúde do SUS.
	Diretrizes e Orientações para a Formação Técnica de Nível Médio.
	Estratégia mais saúde Bucal no SUS.
	Contratos Organizativos de Ação Pública Ensino-Saúde (COAPES).
	Sistema de Informações Gerenciais do Pró-residências (SIGRESIDENCIAS).
	Sistema Nacional de Negociação Permanente do SUS (SINNp-SUS).
	Biblioteca de Regulação do Trabalho em Saúde (BRTS).
	Plano Nacional de Fortalecimento das Residências em Saúde.
	Mesa Nacional de Negociação Permanente do Sistema Único de Saúde.
Estratégia de Formação em Planejamento e Dimensionamento da Força de Trabalho em Saúde.	

<i>Ações Futuras</i>	Formação em Atenção Integral às Pessoas em Sofrimento Mental.
<i>Sistemas</i>	Ambientes Virtuais de Aprendizagem.

Fonte: elaborado pelos autores com base em Brasil (2023e).

## Negociação intersetorial e interinstitucional

Para avançar na área de trabalho e de educação na saúde, importa atuar no campo político, ligado à governança, à suficiência financeira da gestão pública, bem como à capacidade de regulação dos processos educativos e de trabalho em saúde. A busca para a sustentabilidade no SUS em tal área exige forte ação coordenada para a negociação intersetorial e interinstitucional, visando priorizar de fato as necessidades do SUS, mediante liderança integradora das autoridades sanitárias, em articulação com outros atores envolvidos (Padilha; Pinto; Nunes, 2018).

O apoio aos estados para elaboração dos Planos Estaduais de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde merece destaque, já considerando e articulando outras políticas da SGTES:

***[...] É fundamental que estejam previstas nos planos ações integradas de gestão e educação, o fomento a iniciativas para a formação, qualificação e valorização das trabalhadoras e trabalhadores da saúde e a promoção do trabalho digno, seguro, humanizado, equânime e democrático (E7).***

Assim, a discussão sobre carreira para trabalhadores(as) do SUS, o dimensionamento e planejamento da força de trabalho em saúde, a desprecarização do trabalho, a retomada da MNNP-SUS, o ordenamento e formação de profissionais da saúde, a Educação Popular em Saúde e a Educação Permanente em Saúde permanecem como pautas estratégicas em todo o território nacional.

*Os desafios passam por questões orçamentária e negociações. A construção coletiva nem sempre é harmoniosa. Precisamos administrar os conflitos [...] claro que tem divergências, tem a necessidade de imprimir uma negociação potente (E7).*

A SGTES segue neste governo Lula III, em movimento de articulação e estreitamento com os estados, rumo à 4ª Conferência Nacional de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (CNGTES) e a 5ª Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora (CNSTT), já aprovadas no CNS (Conselho Nacional de Saúde, 2023c). Enquanto isso, cabe já considerar parte das proposições da 17ª CNS no que diz respeito à gestão do trabalho e da educação na saúde, além de certos fatos produzidos na conjuntura como a regulamentação da profissão de sanitária, cuja Lei nº 14.725, de 16 de novembro de 2023, em boa hora foi sancionada pelo Presidente Lula. Mais de uma dezena de proposições da 17ª CNS tem como prioridade a desprecarização do trabalho em saúde, formação interprofissional, implantação da carreira nacional do SUS, concurso público, Plano de Cargos, Carreiras e Vencimentos (PCCV), PNEPS etc. (Conselho Nacional de Saúde, 2023a).

Outras perspectivas se colocam para o MS diante da “agenda da transição” e de compromissos da campanha presidencial derivados da Conferência Nacional Livre Democrática e Popular da Saúde (Frente pela Vida, 2023), adotando medidas de urgência e propostas efetivas para o fortalecimento e aperfeiçoamento do SUS.

O ex-ministro Temporão aponta questões centrais, ainda insuficientemente contempladas, tais como modelos de gestão, relação público-privada e financiamento, ressaltadas também por pesquisadoras e por um ex-presidente da Abrasco (Brito, 2023):

Outros grandes desafios estão nas modalidades de gestão dos serviços públicos de saúde para reverter tendências de comercialização e na desprecarização do trabalho em saúde. Consolidar um SUS público universal de qualidade exige a valorização dos profissionais com formação e educação permanente e uma política efetiva para desprecarizar o trabalho, com fortalecimento de planos de carreira e

a garantia de vínculos de trabalho decentes, o que está interrelacionado com a implementação de modelos de gestão dos serviços públicos que não levem à mercantilização da saúde e do SUS (Giovanella *et al.*, 2023, p. 127-128).

Merece destaque a análise do Prof. Paulo Capel Narvai, da Faculdade de Saúde Pública da USP, sobre o programa “Conversa com o Presidente”, de 12 de dezembro de 2023, que contou com a participação da ministra da Saúde, concluindo:

Ainda bem que o governo Lula conta com a Nísia Trindade na saúde e no comando do SUS, pois se o Lula sente a necessidade de dar ao SUS esse rumo para um viver bem para todos, sua ministra da Saúde não apenas sente essa necessidade, mas põe em prática ações nesse rumo, pois sabe o que precisa ser feito e como fazer. Aliás, vem fazendo (Narvai, 2023, p. 7).

O lema União e Reconstrução, adotado pelo Governo Lula-Alckmin, pode pavimentar a ampliação das bases sociais e políticas em defesa da democracia, do direito à saúde, do interesse público, do SUS constitucional e das necessidades de saúde da população brasileira para enfrentar questões estruturais. A produção de novos fatos pela direção nacional do SUS pode contribuir para gerar acumulações políticas e alterar a correlação de forças, mediante a constituição de novos sujeitos sociais, com reforço dos níveis estadual e municipal, assim como dos conselhos de saúde.

Haverá uma continuidade na abordagem dessa problemática, bem como a apresentação de novas alternativas a serem discutidas e repensadas.

# O que dizer sobre a SGTES

**Pigatto – Francisca Valda**

Conselho Nacional de Saúde (CNS)

**O CNS NA LUTA PELA VALORIZAÇÃO DO TRABALHO E PELA QUALIDADE DA EDUCAÇÃO NA SAÚDE - A histórica relação CNS/SGTES**

*O Conselho Nacional de Saúde (CNS) instância colegiada, deliberativa e permanente do Sistema Único de Saúde (SUS) integra a estrutura organizacional do Ministério da Saúde (MS). Criado pela Lei nº 378, de 13 de janeiro de 1937 com a atribuição de assessorar o então Ministério da Educação e Saúde. Neste formato, atravessou cinco décadas marcadas por períodos de estados autoritários.*

*A partir de 2003 o Brasil vivencia um processo de aceleração histórica com um governo que valoriza a participação social em prol da conquista das políticas de direitos com inclusão social. Entra no centro da agenda nacional de saúde a prioridade nas esferas de Gestão do SUS em face da posição estratégica do Trabalho e da Educação na Saúde para a produção de serviços seguros, de qualidade e acessíveis para toda a população.*

*Nesse sentido, é importante destacar que o CNS, por meio da Comissão Interinstitucional de Recursos Humanos e Relações de Trabalhos (CIRHRT), identificou no debate do SUS o descompasso entre a formação/educação permanente em saúde e as necessidades sócio sanitárias da população brasileira desde a década de 1990, fortaleceu a iniciativa da criação da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES) em 2003 e atuou na formulação de Políticas e Programas da Pasta, com as deliberações do CNS e das Conferências Nacionais de Saúde.*

*O CNS atuou para elaboração dos eixos da construção de políticas e programas para o trabalho e a educação na saúde: “Formação e Desenvolvimento para o SUS: Caminhos para a Educação Permanente em Saúde” da SGTES-MS; e na criação do marco regulatório para a ordenação*

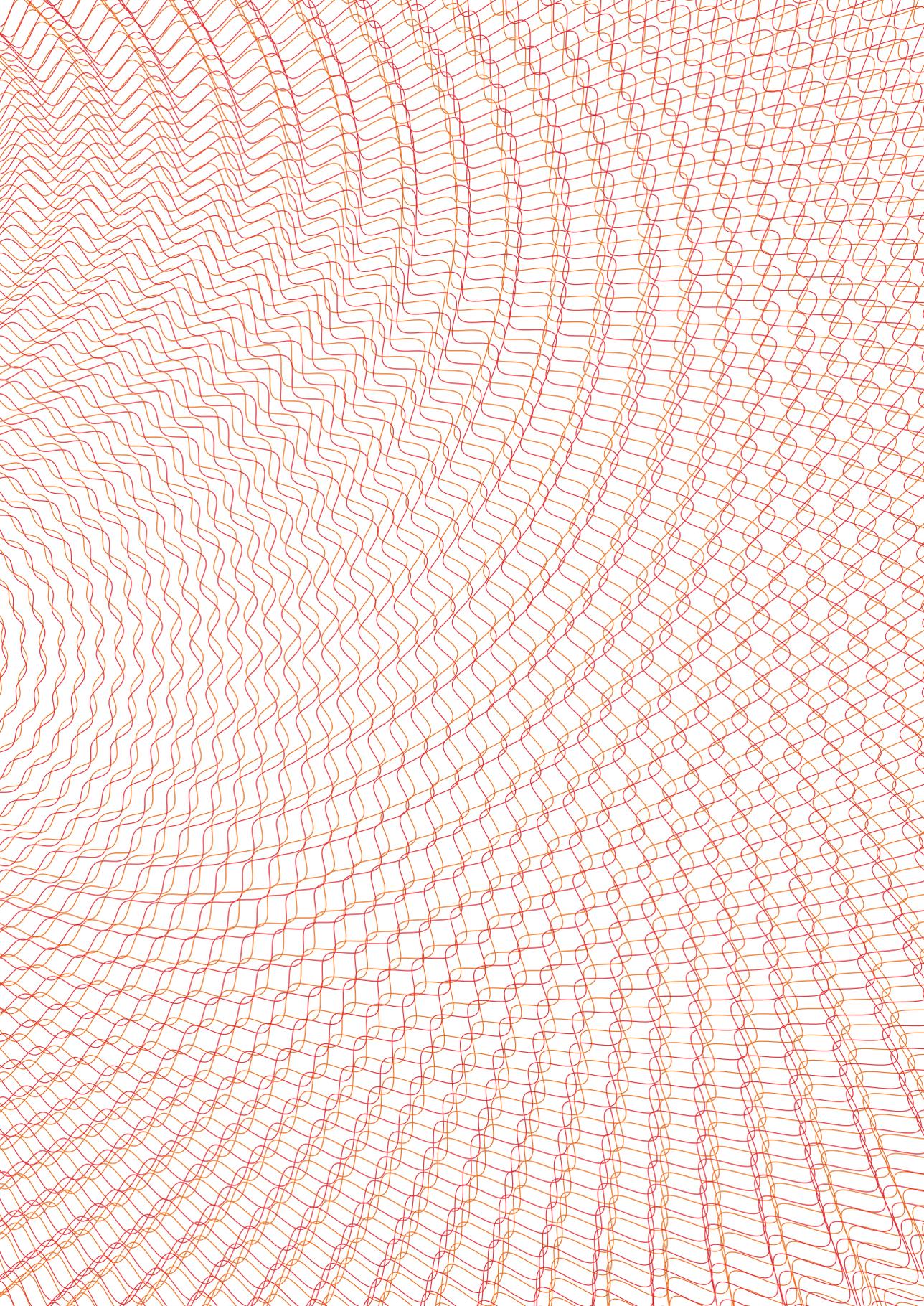
*da formação dos(as) trabalhadores(as) da área da saúde pelo SUS em cumprimento a determinação da CF/1988.*

*Ainda se destacam as seguintes formulações oriundas do CNS:*

- *Na Formação Profissional em Saúde para o SUS;*
- *Na aprovação dos “Princípios e Diretrizes para a Norma Operacional Básica de Recursos Humanos para o SUS – NOB-RH/SUS”;*
- *Com a organização e realização da 3ª Conferência Nacional de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, cuja etapa nacional foi de 27 a 30 de março de 2006;*
- *Na criação da Mesa Nacional de Negociação Permanente do SUS (MNNP- SUS) com vista a democratização das relações de trabalho no SUS pela Resolução CNS n.º 52, de 6 de maio de 1993;*
- *Na formulação de políticas para enfrentar a “Situação da força de trabalho da Saúde no Brasil: escassez, provimento e fixação de profissionais de saúde em áreas remotas e de maior vulnerabilização (SGTES)”;* e o SUS e a formação médica, expansão e regulação por meio do Programa Mais Médicos: provimento, fixação e formação médica de qualidade para o SUS para a graduação e especialidades;
- *O CNS em parceria com a SGTES-MS na realização de quatro Seminários Nacionais e na formulação de “Políticas e Programas para a Residência em Área Profissional da Saúde”;*
- *E com atuação na luta permanente pela “Valorização do Trabalho e da Educação na Saúde” passando pela campanha “Proteger o Trabalhador e a Trabalhadora é Proteger o Brasil”.*

*A partir de 2023, com a retomada da democracia e de um governo que respeita e valoriza a participação e o controle social, o CNS tem fortalecido sua atuação e esteve presente, a partir da representação através da CIRHRT, na elaboração do programa de equidade e está construindo junto com a CGTES a 4ª Conferência Nacional de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde.*

*Esta caminhada de 20 anos, a partir das bases fundamentais construídas na 8ª Conferência Nacional de Saúde, passando por períodos favoráveis e outros terríveis para a população brasileira, foi reanimada com o processo da 17ª Conferência Nacional de Saúde e nos fará dar os próximos passos e avançar em nossas conquistas nos mais vários outros 20 anos. **Vida longa à SGTES e vida longa ao SUS.***



## Capítulo VIII

# Desafios e caminhos da SGTES

Ao serem construídos os capítulos que compõem este livro comemorativo, é importante ressaltar certos fatos associados à história da SGTES, com a particularidade de privilegiar na análise, as visões e posições de gestoras e gestores entrevistados neste percurso. Dois fragmentos de citações de entrevistas desses dirigentes, levantando questões importantes para se refletir sobre desafios e caminhos da SGTES, são destacadas a seguir. Ao invocarem constância, movimento, reconstrução, fortalecimento, visibilidade, para as áreas do trabalho e da educação, alçam aspectos fundamentais para se pensar a trajetória, o presente e o futuro da Secretaria.

*Estar na SGTES é sempre estar reconstruindo, fortalecendo essas áreas, mostrando para elas que elas podem fazer muito mais do que estão fazendo e o tempo todo dar visibilidade a experiências inovadoras, o tempo todo formar pessoas pra atuar nessas áreas (E1).*

*[...] eu acho que o grande desafio é fazer com que o conjunto dessa área de educação e trabalho converse, discuta e faça propostas e não só faça propostas, encaminhe propostas e que isso se dê de uma forma permanente (E4).*

Nessa perspectiva, algumas indagações se colocam, permanentemente: fazer o quê; como; quando; com que meios e estratégias; com quais parceiros; formar quem; em que medida; e muitas outras. Questões que, uma vez definidas, seus resultados muitas vezes não são identificados a curto ou médio prazo, não se circunscrevendo a

uma gestão; que necessitam de encaminhamentos e soluções de âmbito estrutural e que, devido ao seu alcance e amplitude devem se dar de forma contínua, sem se cair na tentação dos resultados rápidos, imediatos e pouco efetivos. Sabe-se que é um processo de construção permanente, com vários ou nenhum caminho, e esse trilhar é sempre pleno de expectativas.

*[...] tudo que tem uma solução imediata que você pode fazer aqui e resolver depois de amanhã, as pessoas fazem. Se você for tomar alguma decisão nessa área de pessoal de saúde, isso vai dar resultado pra você daqui a dez anos [...] ultrapassa toda e qualquer fronteira da gestão. [...] eu acho que são coisas que você, que acaba empurrando com a barriga e não dando solução estrutural aos problemas. Eu acho que esse é o problema que a gente vive fortemente (E2).*

Dessa forma, esse fazer constante demanda mais que projetos pontuais, devendo estar ancorado num processo de planejamento estratégico de toda a Secretaria, considerando tempos técnicos e político-institucionais, além de respaldados em instrumentos jurídicos.

Ao longo de sua trajetória institucional, a SGTES colheu vitórias, mas também enfrentou dificuldades e derrotas. Entre as primeiras destacam-se a instituição da PNEPS; projetos de incentivo a mudanças na graduação de cursos na área da saúde; parcerias estabelecidas com diferentes instituições; implementação de políticas voltadas para trabalhadores(as) de saúde; participação na MNNP-SUS. Entre as segundas, os embates com as corporações, em especial a médica; a retirada de projetos importantes de sua gestão – a exemplo do PMM; a instabilidade do funcionamento da MNNP-SUS. Para além desse balanço de conquistas e fracassos precisam ser analisadas, aprofundadas e pautadas questões estruturais, insinuadas nesse fragmento.

Num movimento que conferiu maior visibilidade e concretude à área de RH no MS, ressignificada como trabalho e educação na saúde, a criação da SGTES possibilitou a discussão de temas, com certa visibilidade política, a exemplo da possibilidade de uma integração, até então inédita, de três grandes áreas: gestão do trabalho, gestão da educação e regulação profissional (E3).

O estudo da SGTES, como instituição ou organização, a partir da sua origem no sentido de melhor escrutinar seus desafios e caminhos, permitiria analisar “os motivos por que” e “os motivos pra que”, na sua trajetória. Os primeiros têm a ver com o conjunto de valores que balizaram a sua criação, ou seja, a sua ideologia, em última análise. Os segundos vinculam-se ao elenco de intervenções expressas em projetos que podem ser analisados, juntamente com a constituição de sujeitos (Federico, 2015; Testa, 1997, 2005).

Cumpra reconhecer, entretanto, a baixa governabilidade dessa Secretaria e do próprio MS no que se refere a essas questões. Governabilidade, juntamente com projeto e capacidade de governo formam o chamado “triângulo de governo” (Matus, 1997). Expressa os graus de liberdade de ação política do dirigente em função das variáveis que controla no processo de decisão. Além disso, um dos dirigentes entrevistados aponta um insuficiente arcabouço legal, pois a maior parte das intervenções são realizadas por meio de portarias. Alertou que portarias podem ser facilmente derrubadas por Decreto Legislativo, o que reforça não só a importância da negociação constante com este poder, como a necessidade da utilização de instrumentos mais robustos e permanentes para a consecução das políticas propostas.

A despeito da trajetória percorrida ao longo destes 20 anos e das ações desenvolvidas tanto no âmbito do MS como junto a outros órgãos como o MEC, OPAS, SES, SMS, universidades e com a própria sociedade, a SGTES ainda não alcançou a necessária visibilidade e estabilidade junto ao conjunto de atores políticos e sociais, verificar Quadro a seguir. Vale ressaltar, que nos países capitalistas, subdesenvolvidos e dependentes verifica-se certa labilidade institucional, quando podem ser analisadas as relações entre os propósitos de um governo, os métodos que utiliza e a organização adotada, configurando o chamado “postulado da coerência” (Testa, 1992, 2008). Entre os propósitos do governo destacam-se o crescimento, a mudança e a legitimidade. No que diz respeito aos métodos podem ser lembrados o planejamento normativo, o planejamento indicativo e o planejamento estratégico, ou no caso da saúde a epidemiologia dos fatores de risco e a epidemiologia social e crítica. E a organização pode ter expressão diversa:

artesanal, criativa, burocrática etc. Assim, segundo o mencionado postulado, poderia haver uma coerência entre os propósitos, os métodos e a organização, com relações de determinação ou condicionamento, destacando que cada um desses componentes é determinado, respectivamente, pelo papel do Estado, pela teoria e pela história. Esse quadro de referência poderia ser acionado para explicar limites e possibilidades da SGTES ou mesmo certos desafios e caminhos.

### **Síntese de desafios e caminhos da SGTES explicitados por seus dirigentes ou inferidos a partir dos argumentos utilizados nas respectivas entrevistas**

<i>Desafios</i>	<i>Caminhos</i>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Baixa governabilidade;</li> <li>• Insuficiente arcabouço legal;</li> <li>• Labilidade institucional;</li> <li>• Rediscussão do papel das três esferas de gestão e atuação junto a outros Ministérios e Conselhos de Saúde;</li> <li>• Luta pela manutenção, desenvolvimento e consolidação do SUS, especialmente em relação ao trabalho e à educação;</li> <li>• Retomada de políticas, programas e projetos, ampliando as responsabilidades na produção de fatos político-institucionais e nas negociações para a construção de viabilidade política;</li> <li>• Papel regulador mais intensificado para a proteção das instituições públicas frente às privadas;</li> <li>• Incorporação de novas tecnologias (inteligência artificial, robôs, saúde digital) e formas de organização do trabalho (home-office, consultas <i>on-line</i>, telessaúde etc.);</li> <li>• Ampliação da capacidade operacional, do financiamento e da equipe;</li> <li>• Concurso público para a (re)composição dos quadros do MS e do SUS.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Conjuntura favorável diante do terceiro mandato do Presidente Lula;</li> <li>• Negociação política intra e interinstitucional permanente;</li> <li>• Instrumentos normativos mais potentes;</li> <li>• Reafirmação da essencialidade no trabalho e na educação na saúde;</li> <li>• Diálogos com antigos e novos atores, como universidades;</li> <li>• Formulação da Política de Educação e do Trabalho e desenho estratégico;</li> <li>• Publicização da CNGTES, divulgar as deliberações, construir pontes, angariar apoios e aliados;</li> <li>• Reforço aos Observatórios de RH e criação do Observatório Nacional da Educação e do Trabalho;</li> <li>• Definição de parâmetros para a regulação das relações ensino serviço, ordenando as ações por meio de análises estratégicas, parâmetros e normativas;</li> <li>• Implantação do Programa Nacional de Equidade de Gênero, Raça, Etnia e Valorização das Trabalhadoras no Sistema Único de Saúde – SUS;</li> <li>• Fortalecimento da Política de Internacionalização.</li> </ul>

Fonte: elaborado pelos autores.

Não é de se espantar, portanto, a proposição da extinção da SGTES ou mesmo, de retorná-la a um patamar já ocupado pela então área de RH – uma diretoria dentro de outra Secretaria.

***Em algum momento do exercício da minha Secretaria foi feito um planejamento novo estrutural do Ministério da Saúde e dentro desse planejamento estava extinguir a SGTES. Transformar ela numa Diretoria de uma outra Secretaria (E5).***

Dessa forma, um importante revés sofrido pela SGTES foi a saída do Departamento de Planejamento e Regulação da Provisão de Profissionais de Saúde (DPPREPS), já referido, e que tinha a seu encargo a gestão do PMM. Este foi transferido para a recém-criada Secretaria de Atenção Primária à Saúde, a SAPS. Com essa mudança, a SGTES perdeu uma dimensão essencial de sua existência, qual seja, a de planejar a força de trabalho. A retirada desta prerrogativa, constituiu-se como um retrocesso, uma vez que, o futuro do provimento é uma questão colocada, atual e necessária.

***[...] ao ir o Mais Médicos pra o DEPREPS, pra SAPPES com outro nome e tal que tem lá, e a SAPPES, a SGTES ter perdido o departamento de provisão e planejamento da força de trabalho no SUS, ele perdeu também uma dimensão essencial que hoje não tem lugar na SGTES, hoje tá esquecida na SGTES (E1).***

Os exemplos anteriores demonstram que, como qualquer estrutura governamental, a Secretaria não está isenta de interferências, retrocessos e reveses; vale lembrar, por exemplo, situações reais, vividas, tais como, a extinção dos Ministérios do Trabalho e da Cultura, bem como a fusão de diversos ministérios e órgãos no Ministério da Economia, realizadas no governo anterior. Desse modo, cumpre reposicionar o papel da SGTES no MS e na política de saúde, reafirmando a sua importância e essencialidade na condução das questões afeitas ao trabalho e à educação na saúde (E1).

*Tem muita coisa que pode ser feita por esse país, ainda mais na área da saúde. [...]. Vai ter várias coisas que hoje a SGTES pode resolver. Então, precisa de um gestor que realmente vá adiante e faça isso. [...] a SGTES não precisa de um médico, a SGTES precisa de um gestor, [...] [...] eu acho que tem de dar continuidade aquele trabalho (E6).*

Passa também pelo (re)estabelecimento das relações e do diálogo com antigos parceiros, refazer pontes e buscar novos; reintegrar o conjunto de categorias profissionais e de trabalhadores(as) no processo de discussão de antigas e novas pautas, integrantes do portfólio da Secretaria, além de investir na constituição de novos sujeitos que desencadeiem outros processos.

*Outra questão fundamental é a retomada da parceria com as universidades, com as pessoas que podem nos ajudar a compor. A compor esse grande mosaico e a fazer essa reconstrução que precisa de união como está lá na marca do governo atual. Estamos ampliando a nossa rede colaborativa para fortalecer a área de trabalho e educação na saúde (E7).*

Esse aprofundamento do diálogo vai exigir a rediscussão do papel das três esferas de gestão – federal, estadual e municipal; o trabalho com o conjunto de Ministérios, bem como com os Conselhos de Saúde, num movimento de valorizar e trazer novamente à vida a política de educação e de gestão do trabalho na saúde. Significa também, que a SGTES deva estar intimamente comprometida e imbricada ao SUS, à persistência da luta pela sua manutenção, desenvolvimento e consolidação, associada às necessárias projeções nas áreas do trabalho e da educação na saúde.

*[...] eu acho que não existe perspectiva, desafio pra SGTES sem pensar o SUS como um todo. E pra mim os do SUS como um todo é isso. É reafirmar que essa opção que nós fizemos é correta (E2).*

De 2 a 5 de julho de 2023, com o lema “Garantir direitos, defender o SUS, a vida e a democracia – Amanhã vai ser outro dia!”, ocorreu em Brasília, a edição histórica da 17ª Conferência Nacional de Saúde. A SGTES, em consonância com a Conferência, apresentou os seguintes objetivos: formular políticas públicas orientadoras da gestão, formação e qualificação dos(as) trabalhadores(as) e da regulação profissional na área da saúde no Brasil; promover a integração dos setores de saúde e educação visando qualificar o cuidado e a gestão na saúde, bem como aperfeiçoar a relação entre as gestões federal, estaduais e municipais do SUS, no que se refere aos planos de formação, qualificação e distribuição das ofertas de educação e trabalho na área de saúde; promover a integração dos setores da saúde, trabalho, direitos humanos para fortalecer as estratégias de produção de políticas humanizadoras e dignas para trabalhadoras e trabalhadores do SUS (Brasil, 2023b).

Há que sublinhar os limites a serem enfrentados pela SGTES como agente e fomentadora, uma vez que, a consecução dessas propostas vai muito além da ação junto ao CNS e suas resoluções, e do estabelecimento de portarias e decretos. A formalização de muitas delas vai exigir instrumentos jurídicos mais efetivos, como leis específicas (projetos de lei, medidas provisórias) e, eventualmente, emendas constitucionais. Contudo, a Secretaria tem um importante papel em liderar a reflexão e discussão dessas questões, iniciando processos junto às instâncias decisórias.

A conjuntura favorável, permeada pelo terceiro mandato do presidente Lula com a retomada da prioridade pelo social, aliada ao fato de a gestão do MS, estar a cargo de uma pesquisadora da Saúde Coletiva, com experiência administrativa e conhecimento amplo das questões de saúde e das necessidades sociais, representam fatores facilitadores para a realização do trabalho da Secretaria, os diálogos e as pontes para prosseguir. Facilitadores, mas não menos desafiadores, na medida em que, a retomada das políticas, programas e projetos, por si só, já amplia as questões inerentes ao âmbito da Secretaria e vão requerer a produção de fatos políticos que lhes confirmem viabilidade política, determinação por parte dos gestores e muita, muita negociação.

Assim, tendo como a principal perspectiva a formulação da Política de Educação e do Trabalho, bem como as estratégias para sua implementação, a Secretaria tem à sua frente mais um desafio de grandes proporções

A formulação da Política, ao retomar antigas propostas e prerrogativas da educação e do trabalho, e incluir novas, denota sua importância e alcance, cujos desdobramentos têm potencial para se fazer presente não apenas nas políticas setoriais, mas também na sociedade. Dessa forma, PNEPS; Escolas de Saúde do SUS; formação nos diferentes níveis; abertura de cursos na área da saúde; observatórios de RH; MNNP-SUS; regulação profissional; carreira no SUS; despreciação do trabalho em saúde; entre outras, são pautas retomadas. Entre as novas, diversidade; inclusão; envelhecimento populacional; violência; antigas e novas patologias, Observatório Nacional de Trabalho e Educação, vão exigir políticas específicas e muita discussão com a sociedade. Em resumo, um elenco de pautas prioritárias e, sobretudo, desafiadoras. Admitindo essa Política como eixo de atuação da SGTES, cabe destacar que ela possibilita um diálogo com a sociedade, acionando o controle democrático sobre o Estado e o Governo. A expectativa é a consolidação de uma secretaria atuante, espaço de negociação permanente, podendo discutir a formação em todos os níveis – graduação, especialização, residência (médica e multiprofissional); pós-graduação *lato e stricto sensu*, mas também nos níveis médio e técnico e na educação interprofissional, além de capacitar e qualificar profissionais de saúde do SUS, mantendo-os permanentemente prontos para enfrentar os desafios do sistema.

Uma prioridade é trabalhar o processo de preparação da 4ª Conferência de Gestão do Trabalho e da Educação (CNGTES) na perspectiva de sua realização no final de 2024. Até o momento foram realizadas dezessete Conferências Nacionais de Saúde e três de Gestão do Trabalho e da Educação, que com reveses e avanços, traduziram em seus relatórios as propostas do setor, num movimento contínuo de reafirmação e ampliação de direitos. As questões afeitas ao objeto da SGTES sempre constaram nos relatórios das Conferências Nacionais de Saúde, aprofundadas nas conferências específicas – inicialmente Conferência

Nacional de Recursos Humanos, ressignificada como CNGTES. Em que pese a importância de sua realização, é necessário que o seu produto, o relatório final, chegue e envolva diferentes setores da sociedade, para possibilitar seu consequente cumprimento.

Publicizar a CNGTES, dar visibilidade às deliberações e recomendações de seus relatórios, construir pontes, angariar apoios, fazer acontecer, não são tarefas de pouca monta.

*[...] eu sempre digo o Relatório de Conferência, espero que isso não aconteça com essa [Conferência] de agora, não pode ser livrinho prateleira, ela tem que, ela tem que ser conhecida pelas pessoas, ela tem que ser cobrada [...] [...] tem que divulgar melhor. Claro, tem esse espaço aqui, mas a gente tem que saber fazer chegar porque também, esse é outro problema a gente fica conversando entre a gente [...] (E4).*

Nesse sentido, é de fundamental importância, apoiar e retomar o financiamento da PNEPS uma vez que, a formação nos mais diferentes níveis e formatos, a integração ensino-serviço, a qualificação dos serviços e a educação permanente, estão agora amplificados. Numa realidade de desconhecimento relativo sobre o SUS, por parte de seus próprios(as) trabalhadores(as), além do insuficiente preparo para lidar cotidianamente com os usuários, cumpre qualificar e requalificar tais profissionais para possibilitar que conheçam e se apropriem do sistema, potencializando e amplificando suas habilidades.

*Existe essa questão da rede [...] os trabalhadores da rede não conhecem a rede. Então isso era um desafio lá naquele tempo e é um desafio agora, quem forma não conhece a rede. Então isso é fundamental [...] (E4).*

Num cenário de demandas por parte do aparelho formador, a pressão pela abertura de mais escolas na área da saúde, em especial, na área médica, leva à necessidade de especificar o papel do MS, do MEC, do CNS e gestores estaduais e municipais na discussão sobre a

abertura desses cursos – que curso abrir, onde abrir, quantas vagas, como será seu processo de avaliação, são itens que não podem faltar na pauta, no desenho de estratégias e no processo de tomada de decisão desses personagens.

Nos últimos anos, a abertura de cursos na área da saúde, especialmente, os de medicina, ocorreu de forma descontrolada e desregulada, muitas vezes por meio de liminares judiciais. A judicialização da questão chegou ao STF, o qual foi instado deliberar sobre a matéria. Importante ressaltar a entrada dos denominados “hospitais de excelência” nessa discussão, propondo, para além da formação da residência médica, já consagrada, a criação de seus próprios cursos de medicina. A forte participação de grupos privados nessa expansão resultou numa política bem-sucedida para o setor privado e de difícil reversão. Sendo o curso de medicina um dos mais lucrativos, é também um dos mais difíceis de ser fechado, independentemente da avaliação obtida com o MEC continuar funcionando. Esses fatos revelam a ampliação do processo de privatização da saúde no Brasil (Santos, 2018), a reconfiguração das relações público-privadas e o avanço da chamada “filantropia mercantil”, na qual o Proadi-SUS é um caso exemplar (Santos, 2022).

Nesses esforços pode-se indicar a parceria também com as entidades médicas a fim de desenvolver um projeto aos moldes do trabalho realizado pela CINAEM, entre os anos 1990 e 2000.

*[...] Eu quero ver se a gente faz um grande projeto de avaliação da educação médica, que é outro ponto importante. [...] nós estamos junto com o MEC discutindo os critérios pra abertura de novos cursos e vocês sabem que essa foi uma questão completamente desregulada, descontrolada, em relação a abertura de curso, tanto de medicina como dos demais. [...] então nós estamos querendo fazer, [...] o CINAEM II? Algo que a gente possa fazer, mas articulando também as entidades médicas, instituições, estudantes etc. (E7).*

Nesse cenário de expansão de cursos na área da saúde, muitas vezes geridos por organizações privadas, a SGTES tem a difícil missão

de regular e garantir o campo de prática, definido como sendo o SUS. Missão essa, cujo êxito de seu cumprimento, se dará menos pela via técnico-institucional e mais pelas vias sociocomunitária, legislativo-parlamentar e jurídica. Uma vez que esse campo é o SUS, deveria estar melhor equipado para atender a todas as áreas da saúde. Associe-se a isso a necessidade de se ter preceptoría; comprometer as equipes; identificar os espaços possíveis e negociar demandas necessárias.

*[...] se a gente disse que o campo é o SUS, este campo precisa ser mais bem preparado para dar conta disso. Não só para a área médica, pelas outras áreas também. E nós não estamos olhando para isso com cuidado devido. [...] acho que existe um tema, da formação mesmo, da graduação, da integração ensino-serviço, da qualificação dos serviços, e de novo, da educação permanente, que é um desafio enorme, pra SGTES, para quem for [...]* (E3).

A mudança nesse cenário exige um novo olhar para o instrumento que regula essa relação, o COAPES, a fim de ajustá-lo e atualizá-lo.

*Existe nessa disputa o COAPES, mas muito mais ou menos o COAPES consegue estabelecer termos adequados de cooperação. Como fazer COAPES quando o campo é todo gerido por OS, que obedecem a um contrato de gestão que não prevê formação na rede? Eu acho que aí existe um problema, um desafio bem relevante para a SGTES. Porque sim, todo mundo concorda que o campo hoje seja o SUS mesmo, ninguém discorda disso, precisa se preparar para isso* (E3).

Dessa forma, torna-se necessário que o MS e, conseqüentemente a SGTES, tomem a si o enfrentamento de questões da relação público-privada – terceirização, privatização no SUS e financeirização da saúde no Brasil. Nesse contexto de expansão, o papel regulador da Secretaria fica ainda mais intensificado, tornando-se necessária a proteção das instituições públicas frente às privadas, uma vez que, as primeiras têm menor capacidade de negociação em um mercado de campos de práticas livre.

Necessita também, redefinir junto às instituições privadas e gestores municipais de saúde o cumprimento do que foi acordado (E3).

A retomada do trabalho com os Observatórios de RH, já referidos em outra seção desta publicação, traz junto a perspectiva da criação do Observatório Nacional da Educação e do Trabalho, o qual deve dialogar tanto com os demais observatórios nacionais como com os de outros países das Américas.

*[...] a ideia é essa, que a gente tenha esse grande Observatório de Trabalho e Educação, também dialogar com Observatórios das Américas. Porque temos essa relação com a OPAS. [...] temos Observatório de recursos humanos em outros países próximos a nós que pode ser um diálogo interessante na medida em que temas não são só uma necessidade brasileira, mas que outros países vivem os mesmos problemas que nós (E7).*

Destaca-se a importância dos Observatórios de RH no suprimento às necessidades de obtenção de informação para nortear processos de regulação, gestão, formação e formulação de políticas para o setor, os quais ficaram pelo meio do caminho nos últimos anos. Com capacidade de discutir e criar conhecimento compartilhado, a retomada dos observatórios é vista de forma positiva, uma vez que, a partir de suas produções haverá a possibilidade de identificar temas a serem aprofundados, auxiliando a Secretaria no desenvolvimento de seus projetos.

Assim, regulação profissional, educação permanente, definição de parâmetros para expansão e para a regulação das relações ensino-serviço, incluindo as residências em saúde, entre outros temas historicamente trabalhados por esses grupos, poderiam ser campos relevantes de intervenção, nos quais a SGTES coordenaria e ordenaria as ações por meio de análises estratégicas, parâmetros, tendência e normativas orientadoras.

*[...] qual é a ideia dos Observatórios. [...] A SGTES ter um Observatório Nacional de Trabalho e Educação que dialogue e articule com os demais Observatórios. [...] pra ver a partir do que já*

***vem sendo realizado e dos temas que queremos aprofundar e construindo por temas núcleos que possam nos ajudar no desenvolvimento desses projetos (E7).***

No que se refere aos níveis médio e técnico, as propostas de profissionalização de trabalhadores(as) realizadas no passado, contribuíram para a formação de grande contingente de técnicos de enfermagem no sistema de saúde. Porém, velhos e novos atores que necessitam tanto de formação como de regulação, vão se incorporando ao SUS, a exemplo do técnico de saúde bucal no primeiro caso e do cuidador de saúde no segundo. Importa destacar o cuidador de saúde que integra uma categoria composta por um grande contingente de trabalhadores(as), que tem assumido funções diversas, muitas vezes afeitas a outros(as) trabalhadores(as) e que, em sua maioria, está submetida às mais diversas formações e relações de trabalho, ou seja, uma categoria que precisa da atenção da SGTES e da sociedade. Esse é apenas um exemplo dentre outros possíveis, corrobora-se com o depoimento a seguir, uma vez que segundo dados do último censo, o país, ao contrário de antigas afirmações, está mais velho, mais feminino e com composição mais diversificada (IBGE, 2022). Esse quadro demográfico impõe a necessidade de se (re)pensar políticas públicas voltadas para esta nova realidade, entre elas, a formação de profissionais que façam frente à situação do envelhecimento populacional.

***[...] acho que o nosso grande problema nesse momento [...] acho que já não está cuidando dele como se tentou cuidar naquele momento dos Agentes Comunitários de Saúde, é do cuidador em saúde [...] hoje eles devem ser mais profissionais no país do que os agentes (E4).***

O apoio e o estabelecimento de parceria com instituições formadoras – universidades, secretarias de educação e, também, com as Escolas de Saúde Pública e Escolas Técnicas do SUS, agora denominadas “Escolas do SUS”, se colocam entre as ações prioritárias da política de educação, na expectativa de que possam articular as estratégias necessárias à Secretaria.

As Escolas do SUS presentes em todo território nacional, podem ser de âmbito estadual ou municipal, desenvolvem um conjunto diversificado de ações de formação e capacitação para trabalhadores(as) de saúde, muitas vezes em parceria com outras instituições como as universidades e devem funcionar articuladas com as necessidades do SUS. As escolas constituem-se como um conjunto heterogêneo de instituições com diferentes graus de autonomia, demandas e necessidades. A formulação da proposta de uma política nacional para as ESP a fim de dirimir as dificuldades presentes no seu dia a dia, contemplando apoio financeiro e reforço no seu papel, busca equipá-las para os novos desafios na operação da Política de Educação, entre eles, identificar as formações técnicas que precisam ser introduzidas no SUS, a exemplo do cuidador de saúde.

No que tange ao trabalho, os desafios também não são poucos e nem pequenos, representados pela retomada de pautas, que ficaram adormecidas nos últimos anos, e pela necessidade de se abraçar as novas. Entre as retomadas, a reinstalação da MNNP-SUS; a regulação do trabalho em saúde aí incluídos a formação, o exercício profissional e as relações de trabalho; o dimensionamento da força de trabalho, antiga prerrogativa da Secretaria; a montagem de um sistema de informação sobre força de trabalho em saúde e a discussão sobre os modelos de gestão do trabalho em saúde, são imprescindíveis neste momento.

Resgatar a discussão sobre carreira no SUS, pauta cara a trabalhadores(as) e seus representantes na MNNP-SUS, levanta questionamentos nada fáceis de serem respondidos, mas nem por isso devem ser negligenciados, muito pelo contrário, devem ser perseguidos. No entanto, é preciso que, primeiramente, a Secretaria, junto com os diversos grupos interessados na matéria, se debruce e amadureça a discussão sobre pontos que abordem sua viabilidade e possibilidade; tipo de carreira; para quem, entre outros.

Perpassando essas pautas, o novo contexto do mundo do trabalho presente em todos os setores, tem na área da saúde, conotações e consequências específicas. Como em outros setores do mundo do trabalho, na saúde também se registra a existência de um quadro marcado pelo aumento da precarização das relações de trabalho e diminuição

de direitos; pelo aumento da flexibilização, devido à multiplicidade de vínculos levando a precárias condições de trabalho e pelo aumento da terceirização, ou seja, pela transferência de responsabilidades sobre as atividades-fim ou atividades-meio. Associe-se a esse quadro, o crescimento da denominada “uberização” do trabalho

[...] uma tendência global que incide na maneira de gerir, organizar e controlar o trabalho. Trata-se de um trabalho mediado por plataformas digitais que conectam prestadores de serviço a consumidores, articulando os dados gerados por ambas as partes nesta interação (prestação do serviço, remuneração, avaliação do usuário etc.) (Abílio, 2019; Oliveira, 2020 apud Pinto et al., 2023 p. 632).

Dessa forma, mais uma pauta desafiadora se coloca neste momento para a Secretaria – a incorporação de novas tecnologias, a inteligência artificial e as novas tecnologias de trabalho, os avanços científicos tecnológicos e o *home office* como forma de trabalho. Uma tendência, desde a pandemia, assiste-se a um incremento das consultas *on-line*, modalidade que, ao que parece, veio para ficar. Um movimento crescente no setor que, a despeito de ainda ser em sua maioria realizado por pessoa física, a substituição desta por robôs já se faz sentir e já provoca reclamações por parte de usuários. Constata-se, portanto uma ainda pequena, mas crescente substituição da força de trabalho humana pela tecnológica, como se verifica nos laboratórios de análise clínica que integram a chamada “medicina diagnóstica”, desmistificando a afirmação de que a saúde é um campo de trabalho intensivo, logo, a máquina não substituiria a pessoa (E3).

***[...] outro ponto que cabe daqui para frente, é a discussão da incorporação de novas tecnologias e inteligência artificial. Novas metodologias de formação e tecnologias de trabalho [...] O mundo da saúde está começando a substituir pessoal mesmo. Então, o redesenho das funções, dos trabalhos, dos escopos de práticas, é uma questão nem bem colocada ainda, mas eu acho que é uma coisa que***

*vai acontecer, nas especialidades médicas, essas coisas  
dos médicos fazerem tudo (E3).*

Portanto, recolocar questões como o redesenho das funções, dos trabalhos e dos escopos de práticas, retomar a discussão sobre ações privativas no trabalho individual, no trabalho de equipe multidisciplinar, no trabalho interprofissional e colaborativo, bem como da necessidade de novas profissões, se faz urgente e necessária.

Entre outras perspectivas da SGTES cabe ainda mencionar a implantação do Programa Nacional de Equidade de Gênero, Raça, Etnia e Valorização das Trabalhadoras no Sistema Único de Saúde (SUS), e o fortalecimento da Política de Internacionalização, já mencionados em capítulos anteriores.

A incorporação de pautas dando visibilidade à dimensão interseccional – raça, gênero e classe, nas políticas e ações da SGTES impõe-se no novo contexto da sociedade e dos diversos e diversificados grupos que a compõem. Em consonância com essas demandas da sociedade, a SGTES lançou em 2023, o Programa Nacional de Equidade de Gênero, Raça, Etnia e Valorização das Trabalhadoras no Sistema Único de Saúde – SUS, direcionado a mais de dois milhões de mulheres trabalhadoras da saúde em exercício no Brasil e, também, aos processos formativos de estudantes de todos os cursos da saúde. O programa coloca mais uma parceria a ser estabelecida pela SGTES com o Ministério das Mulheres, já que a força de trabalho da saúde é majoritariamente feminina. A iniciativa integra o compromisso do governo central de enfrentar as desigualdades de gênero e raça ainda tão presentes no país e está alicerçada nas seguintes diretrizes: promover a política de equidade de gênero e raça no SUS, buscando modificar as estruturas machista e racista que operam na divisão do trabalho na saúde; enfrentar as diversas formas de violências relacionadas ao trabalho na saúde; acolher as trabalhadoras da saúde no processo de maternagem; promover o acolhimento às mulheres considerando seu ciclo de vida no âmbito do trabalho na saúde; em síntese, saúde mental e gênero; formação e educação permanente na saúde considerando as interseccionalidades no trabalho na saúde.

Quanto à política de internacionalização, já se mencionou a proposta de criação do Observatório Nacional da Gestão do Trabalho e da Educação e sua inter-relação com os observatórios nacionais e com os observatórios das Américas. Outra iniciativa foi a realização de reunião, na OPAS/Washington, com representantes de outros países para identificar temas de diálogo e ver formas de estreitamento das relações entre estes. Como desdobramento, o estabelecimento de um *campus* virtual para um trabalho de cooperação entre países. Trabalho este já iniciado, uma vez que por solicitação da representante da OPAS/Colômbia, o Brasil vai apoiar a discussão sobre a reforma do sistema de saúde daquele país. Como se vê, a parceria histórica estabelecida com a OPAS/OMS se frutifica e solidifica.

Ainda no campo da internacionalização, a SGTES, por meio do DEGES compõe, em conjunto com a Agência Brasileira de Cooperação (ABC) do Ministério das Relações Exteriores, da Assessoria Especial de Assuntos Internacionais do Ministério da Saúde e da Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares, a comissão de gestão do Programa de Cooperação Internacional de Formação de Recursos Humanos Brasil-Angola para apoio na formação de profissionais de saúde angolanos nos diferentes serviços do SUS.

A consecução dos projetos e propostas que (re)integram o portfólio da SGTES desembocam em mais um desafio, qual seja, a capacidade operacional da Secretaria no que concerne ao seu financiamento e à sua equipe para realizá-las. Em que pese o fato de que as propostas apresentadas pela SGTES até o momento já obtiveram a aprovação da ministra da Saúde, outras frentes precisam ser conquistadas. Dessa forma, seu cumprimento passa pela reconstituição e ressignificação da equipe, além de sua necessária ampliação e consolidação das parcerias institucionais e interinstitucionais com as universidades e outros setores de formação.

Assim, a necessidade de se promover concurso público para a (re)composição dos quadros do MS se coloca de forma urgente. A recente regulamentação da profissão de sanitarista pelo presidente da República traz um alento acerca da possibilidade de profissionais formados e habilitados para trabalhar no SUS e para o SUS, em

consonância com seus princípios e diretrizes, conformando uma carreira básica e unificada do sistema público de saúde, envolvendo os três níveis de gestão. Em novembro de 2023, a Lei nº 14.725, que regulamenta a profissão de sanitarista, foi sancionada pelo presidente Lula e publicada no DOU.

Ao longo deste capítulo buscou-se refletir e apresentar questões desafiadoras, que não são poucas, algumas de resolução complexa a serem enfrentadas pela SGTES e suas gestores no presente e no futuro. Uma das questões sensíveis é a orçamentária, a renegociação do orçamento e consequente solicitação de sua ampliação, durante a elaboração do Projeto de Lei Orçamentária Anual (PLOA) tem sido objeto de atenção de dirigentes do SUS e do MS, em particular (E7). É perceptível que a SGTES é fruto das lutas das várias categorias profissionais pelo reconhecimento dos seus direitos e pela valorização do seu trabalho. Sua emergência resulta da conjunção de forças em múltiplos espaços e momentos históricos. Projetos e articulações intra e interinstitucionais contribuíram para o desenvolvimento de processos educativos e para a qualificação de práticas de saúde. Mas não há espaço para pensar em recuos e sim, no avançar sempre.

As Conferências Nacionais de Saúde, assim como as de RH em saúde/gestão do trabalho e educação na saúde reafirmaram antigas pautas e proporcionaram novas, as quais foram assumidas pela Secretaria. Pautas ancoradas num arcabouço teórico que ressignificou o conceito de RHS e criou um pensamento crítico e de ação estratégica na área.

A SGTES tem propiciado espaços para o protagonismo de agentes das práticas de saúde e da gestão participativa para o fortalecimento do SUS, além do desencadeamento de processos inovadores no âmbito da educação e do trabalho em saúde. Representa e envolve as várias categorias de profissionais da área de saúde e com um propósito fundamental para alicerçar a melhoria profissional de envolvidos que refletirá num melhor desempenho para a área da saúde, o trabalho e a educação, que estão juntos e assim permanecerão no âmbito da SGTES.

## Reflexões finais

A produção de um trabalho como este traz em seu âmago o ambicioso compromisso de contemplar a trajetória institucional da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES), em seus 20 anos de existência. Procurou-se abordar, em perspectiva histórica, elementos de contexto, fatos históricos, experiências, programas, parcerias, políticas e ações que, ao longo de duas décadas, tanto contribuíram para o acúmulo de conhecimentos das áreas de Trabalho e Educação na Saúde no país quanto definiram certo protagonismo da Secretaria no enfrentamento e construção de soluções tendo em vista os problemas apontados por gestores e especialistas da saúde pública e coletiva.

Mais do que apresentar um texto narrativo sobre respostas institucionais, foram observadas distintas situações em que a SGTES – em contextos específicos – foi capaz de contribuir vigorosamente com o projeto societário do SUS. Portanto, além de “responder” a problemas específicos da área de trabalho e da educação, a Secretaria, dando voz a diferentes anseios da coletividade, foi capaz de apontar para um sistema de saúde em sintonia com as necessidades da população brasileira.

Dessa forma, esta obra vem a público em um contexto marcado, pelo menos, por dois grandes acontecimentos. O primeiro deles diz respeito às próprias comemorações dos 20 anos da SGTES. Nesse caso, como se tentou demonstrar ao longo deste trabalho, comemoração é uma palavra que bem se aplica, sobretudo se for considerado que a Secretaria representa os esforços de parte da sociedade brasileira em fazer avançar o processo de aprimoramento dos serviços prestados pelo SUS.

A formação de profissionais, assim como de trabalhadoras e trabalhadores de saúde, e o enfrentamento de inúmeras questões colocadas

no âmbito do trabalho em saúde exigem esforços estatais no que diz respeito a um conhecimento adequado e, principalmente, de um múltiplo enfrentamento dos problemas técnico-administrativos e políticos identificados. A SGTES é, portanto, uma instância que, no interior do Estado brasileiro, assumiu formalmente esses importantes e desafiantes compromissos institucionais.

O segundo grande acontecimento se relaciona especificamente ao contexto social e político em que esta obra se torna pública. Se, de um lado, sob os esforços de se fazer avançar a institucionalidade democrática no país; de outro, ainda sob incertezas quanto às capacidades sociais e institucionais necessárias para se ter êxito neste histórico empreendimento.

A combinação desses dois grandes acontecimentos, em certo sentido, aparentemente opostos, atravessa esta obra. Uma obra, cabe lembrar, que assumiu compromissos que envolvem a compreensão do processo de emergência da SGTES, valorizando o acúmulo de experiências que favoreceram a sua constituição, as dinâmicas inovadoras potencializadas por essa iniciativa no âmbito da administração pública federal em suas múltiplas conexões na formulação e implantação de políticas na área. Para tal, se lançou foco especial: a) na identificação de políticas, programas, projetos e fatos político-institucionais produzidos no MS na área da gestão do trabalho e da educação na saúde; e b) na análise acerca dos principais avanços, obstáculos e desafios da gestão do trabalho e da educação na saúde no SUS, durante a implementação da SGTES (2003-2023).

Ao se reconhecer, contudo, os dramas desse contexto histórico específico, não se está sugerindo que a trajetória institucional aqui contemplada tenha se revelado de todo livre e, a julgar pelas inúmeras e relevantes pautas que se reiteraram ao longo do texto, não esteve destituída de obstáculos. No final das contas, a história que se contempla é também a história que considera importantes embates técnicos, políticos e institucionais que se impõem e se reiteram ao longo dessas duas últimas décadas, tanto para a SGTES quanto para o próprio SUS e mesmo para a sociedade brasileira.

Ainda com relação ao segundo ponto, pode-se também considerar que o efetivo enfrentamento dos problemas que estão na órbita da SGTES não é monopólio da Secretaria. Acima de tudo, nos marcos da vida democrática, é preciso fortalecer e ampliar redes colaborativas com foco em ações concernentes à formulação de políticas, especialmente de Trabalho e Educação na Saúde. É preciso considerar grupos e instituições comprometidos com a construção do SUS para que o êxito das ações, programas e políticas seja palpável e sustentável. O poder de mobilização social e política, recentemente sob xeque, precisa ser retomado na forma de vigorosas redes colaborativas estruturadas; nas instâncias de controle social do SUS; nas entidades vinculadas à Reforma Sanitária Brasileira; nas instituições de ensino e serviço; em práticas educativas que necessariamente precisam ser mais dialógicas, motivacionais e incluídas na relação com as trabalhadoras e os trabalhadores, verdadeiros construtores e operadores cotidianos do sistema de saúde.

Além disso, espera-se que esta obra contribua para o enfrentamento de uma perspectiva que considera as instituições como meras instâncias burocráticas. Ainda que o sejam, são espaços de disputa política, e como tais, requerem da sociedade civil mobilização e resguardo. No que diz respeito a isso, os últimos anos foram especialmente pedagógicos acerca da importância da existência de “instituições fortes”, considerando seus marcos legais e a burocracia técnica que as constituem. Em última análise, revela-se que a existência de um *corpus técnico* no interior da SGTES foi decisiva em algumas circunstâncias de sua trajetória institucional, e tudo indica que ainda continuará sendo.

Sendo assim, a construção e operação de instituições do porte da SGTES, em suas inúmeras ações e políticas, não se restringem ao exame de suas burocracias técnicas. Nos últimos anos, aliás, soube-se valorizá-las mais do que antes e continua sendo importante seu fortalecimento técnico e institucional. Mas, ao mesmo tempo, é preciso reconhecer como fundamental a existência de uma comunidade de especialistas, vigilante e influente no processo de formulação e implementação das políticas engendradas pela Secretaria.

Os agora completados 20 anos de existência da SGTES representam uma trajetória de múltiplas realizações, mas também de desafios e lutas políticas e institucionais. Sem deixar de reconhecer os avanços e conquistas, procurou-se revelar que esta mesma trajetória é, como era de esperar, não linear. Há problemas de toda a ordem, a começar pela própria inscrição da Educação na Pasta da Saúde, um processo que foi atravessado por importantes desafios institucionais. A relação com as corporações profissionais, em particular com a corporação médica, se revelou igualmente desafiante, por vezes de forma a impactar nos resultados esperados das políticas. Em que pese suas importantes e inquestionáveis contribuições, o Programa Mais Médicos se constitui como um dos exemplos dessa última situação.

Sem perder de vista as questões até aqui consideradas, e sem a pretensão de esgotar os tópicos a seguir discutidos, se procurará explorar algumas problemáticas que se reiteram e se inter-relacionam entre si na trajetória da SGTES. Mais do que mera permanência no tempo, tais problemáticas se atualizam e se projetam como importantes estorvos para os(as) trabalhadores(as) do SUS e, em última análise, para o próprio sistema de saúde atualmente. Considerando o que se comentou acima, tudo leva a crer que os históricos desafios impostos à SGTES ganharam, nos dias atuais, uma nova camada de dificuldades, sobretudo caso se considere o legado social e econômico que combina o governo federal anterior e a pandemia de covid-19. Dito de outro modo, os problemas se adensaram e exigem enfrentamento contundente e urgente.

No que se refere à dimensão da Educação, pelo menos três aspectos integrados revelam-se especialmente desafiante para a SGTES. O primeiro deles diz respeito à relação ensino-serviço. Compreendida como a criação de mecanismos de articulação entre a universidade e a rede de serviços, na prática, o que se tem observado ao longo do tempo são diferentes iniciativas pontuais com sensível nível de dificuldade para se estabelecer relações institucionais à contento entre o SUS, as universidades e as faculdades isoladas, especialmente em um cenário em que se depara com crescente privatização do ensino superior e de intensivo uso da EaD, inclusive nos cursos de saúde.

Os cursos de medicina também se colocam como um problema que exige forte atenção, sobretudo se for considerado que a abertura de novos cursos passou por um importante processo de desregulamentação recente. Ainda que de forma menos intensa que a enfermagem, a formação médica, nas últimas décadas, até certo ponto seguiu também o ritmo intenso de mudanças impressas no campo da educação profissional, em especial, com a crescente ampliação da participação da iniciativa privada. O resultado desse processo é que hoje grande parte dos cursos de medicina, odontologia e enfermagem, entre outros da área da saúde, é oferecida por instituições de direito privado, algumas das quais com capital aberto e vinculadas ao mercado financeiro.

Compreende-se, por outro lado, que uma presença inadequada do poder e dos interesses públicos estão relacionadas às dificuldades no provimento e na fixação de profissionais de nível superior, especialmente médicos, e à inadequação desses às necessidades do sistema de saúde. Ou seja, o ensino das profissões de saúde ainda é, grosso modo, praticado de forma estruturalmente desconectada dos interesses do sistema público de saúde, reproduzindo as desigualdades sociais e de saúde, enquanto o avanço dos interesses econômicos privados na formação profissional radicaliza o desafio historicamente instalado.

Ao considerar-se os esforços feitos a partir dos anos 1970, como se demonstrou, levando-se em conta políticas como o Programa de Preparação Estratégica de Pessoal de Saúde, o PPREPS; bem como diferentes iniciativas apoiadas pela OPAS sob o signo da Integração Docente-Assistencial (IDA) encaminhadas desde então, se pode considerar que o tema do ensino-serviço se coloca como projeto de interesse há décadas na trajetória brasileira. Em que pesem as peculiaridades inerentes ao cenário atual, iniciativas como as do PPREPS já foram capazes de revelar um determinado horizonte de importantes conteúdos. Àquela época, segundo avaliação oficial, a linha de atuação dos projetos IDA enfrentou as mais sérias dificuldades institucionais do Programa. Essas decorreram, de início, de sua frágil sustentação institucional, consequência de uma incipiente institucionalização do recém-criado Sistema Nacional de Saúde (SNS).

Ainda no que concerne à educação, um segundo ponto, que merece algum comentário específico, diz respeito à política relativa à concessão de bolsas de residências uni e multiprofissional. Apesar de financiadas pelo poder público, essas não estão adequadamente organizadas a partir de um marco regulatório efetivo, de maneira que o estado brasileiro e o interesse público tenham precedência frente os interesses corporativos e/ou privados. As consequências desse processo podem ser consideradas muito preocupantes, uma vez que diz respeito à limitada capacidade de o SUS fazer valer suas necessidades, no que concerne às profissões e especialidades necessárias para a sua adequada operação. Nesse caso, em última análise, são os interesses das corporações profissionais, associados aos de mercado, que definem a oferta de especialistas no país e assim produzem a composição da força de trabalho para o conjunto do sistema de saúde.

Em certo sentido, se está diante de uma expressão específica do problema que se retratou de início, quanto às dificuldades institucionais de se avançar com orientações que aproximem ensino e serviço, bem como sobre os fortes efeitos dos interesses privados na formação profissional em saúde. Apesar da diversidade de expressões desse problema e os inúmeros esforços para o seu enfrentamento, aqui leitores se deparam, novamente, com uma questão que se perpetua ao longo do tempo, e sem sinais suficientemente fortes de que se está diante de sua efetiva superação. Eis, portanto, um ponto que exigirá grande esforço político e institucional por parte da SGTES, inclusive na produção de conexões e alianças, politicamente mais consistentes, que permitam um enfrentamento do problema da presença dos interesses privados na saúde de forma mais eficaz.

Um último aspecto relativo à educação que não se pode deixar de comentar diz respeito à Educação Permanente em Saúde (EPS). Convertida em política nacional em 2004, cerca de um ano após a criação da SGTES, a EPS se transformou em uma pauta importante de estudos e de conagraçamento e lutas políticas entre pesquisadores e trabalhadores(as) do SUS. No âmbito do SUS, em particular nas rodas da Atenção Primária, é notável sua inscrição como ideia-força entre trabalhadores(as) mais mobilizados politicamente.

Portanto, há que se ter atenção institucional às condições materiais efetivas que dão suporte e permitem com que trabalhadores(as) da saúde, nas diferentes instâncias assistenciais do SUS, ponham em andamento ações e práticas relativas à EPS.

O papel das escolas técnicas e de saúde pública do SUS nesse mesmo processo parece digno de nota, mas, aparentemente, não se revela suficiente para converter a EPS em uma prática efetiva no interior do sistema de saúde brasileiro, haja vista a predominância de práticas de gestão burocráticas, procedimentais e verticalizadas, que pouco espaço oferecem para uma escuta ativa dos(as) trabalhadores(as) do sistema.

A opção por priorizar a PNEPS como um eixo fundamental da atuação da SGTES, pelas possibilidades de articular trabalho e educação, tem sido reiterada por governos com distintas orientações político-ideológicas e partidárias, bem como por técnicos e militantes com visões diferentes acerca de profissionais do setor. No entanto, as diversas noções e posições sobre a educação permanente não devem ser consideradas “falta de clareza” (Barreto, 2019, p. 97), insuficiência teórica, nem entendimento equivocado. Expressam concepções, ideologias e distintos projetos em disputa. Trata-se de uma proposta de ação dialeticamente em construção, desconstrução e reconstrução, impossível de ser considerada, a priori, certa ou errada. Ver por exemplo a disjuntiva educação permanente em saúde ou gerenciamento permanente em saúde (Lemos, 2023).

No que concerne à dimensão do trabalho em saúde, a terceirização e precarização do trabalho colocam-se como problemáticas de grande preocupação. Além de fomentar e mesmo induzir uma formação adequada às necessidades do SUS, é preciso promover e regular condições de trabalho que representem dignidade, segurança e efetivas condições materiais para o exercício profissional, de forma a contemplar as dimensões técnicas e éticas, políticas, culturais e sociais previstas no escopo do sistema de saúde.

A realidade que salta aos olhos, no entanto, é de milhões de brasileiros inseridos no mercado de trabalho por conta própria ou sem carteira assinada. Uma realidade que bate à porta do setor da saúde de forma vigorosa, resultando em um nível elevado de trabalho em

condições precárias e com um vínculo frágil que gera instabilidade; desconstrução de direitos trabalhistas; alto índice de profissionais mal remunerados; e multiplicidade de vínculos, para citar alguns.

Como os demais aspectos até aqui discutidos, não se está diante de uma problemática de todo nova, embora ela se apresente e até se radicalize como dificuldade a partir do fenômeno contemporâneo da chamada uberização das relações de trabalho e outras formas que não se subordinam ao direito trabalhista. No terreno das ações de saúde, por exemplo, nos primeiros anos deste século, se é testemunha da ascensão do tema da precarização do trabalho como um foco de atenção de gestores, usuários, trabalhadores(as) e especialistas no âmbito da 3ª Conferência Nacional de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (CNGTES). De lá para cá, quase 20 anos se passaram, sem que o Estado brasileiro tenha reunido, de forma estrutural, condições políticas suficientes para responder aos desafios, hoje atualizados e ampliados, da precarização do trabalho em saúde.

Dessa forma, a discussão sobre carreira pública no SUS e o estabelecimento de um Plano de Carreira Cargos e Salários (PCCS) retorna à pauta com vigor e se coloca como uma das prioridades da Secretaria neste momento. Com um desenho ainda em construção, essa é uma discussão que remonta à 8ª Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1986, marco do processo de Reforma Sanitária, a qual já sinalizava para sua importância por assim dizer estratégica. A I Conferência Nacional de Recursos Humanos em Saúde, também realizada em 1986, na mesma linha, consolidou análises e posições, demarcando a necessidade de uma política de gestão do trabalho e de formação e desenvolvimento de trabalhadores(as) de saúde que contemplasse as necessidades de tais profissionais. Em que pese a existência da Lei federal nº 8.142/90 que determina a obrigatoriedade do PCCS para o conjunto do sistema de saúde, boa parte dos municípios do país não tem observado o que obriga a lei e/ou não tem apresentado condições materiais para implementá-lo.

Assim, no que toca à precarização do trabalho em saúde, pode-se compreender o tema carreira no SUS como uma das principais estratégias para a condução de iniciativas de desprecarização do trabalho

no SUS e de fortalecimento do sistema de saúde. Mas, para tal, há pelo caminho contundentes limites tecno-políticos a serem considerados, relacionados, entre outros, às discrepâncias regionais e locais de um país marcado por imensa desigualdade social e econômica e às características do federalismo em saúde vigente.

Enquanto não for possível a elaboração de respostas institucionalmente mais estruturadas, se verá a multiplicação pelo país de mecanismos de contratação de trabalhadores(as) sem concurso público, a ausência de vínculos contratuais e salários baixos de profissionais de saúde, sendo estes fatores decisivos para a não fixação do profissional no SUS e para o próprio funcionamento inadequado dos programas de saúde.

Por outro lado, a existência de vínculos trabalhistas, o andamento da carreira por promoção e progressão, a concessão de gratificações ou adicionais no interesse da administração para trabalhadores(as) pelo exercício em condições especiais como dedicação exclusiva ao SUS, atuação na atenção básica, posto de trabalho de difícil provimento ou localização em área longínqua ou de difícil acesso, atividade de alto risco e exercício profissional em urgência ou emergência, colocam-se como encaminhamentos estratégicos tanto para a vida de profissionais de saúde quanto para a melhoria da prestação de serviços à população brasileira usuária do SUS.

Um segundo ponto, relativo à dimensão do trabalho em saúde, diz respeito à regulação das profissões de saúde. Ocorre que o processo de regulação profissional em saúde no país tem como base uma legislação pré-SUS, bastante centrada numa perspectiva regulatória liberal ou de autorregulação corporativa. Tal desenho regulatório, contrariando o que se pode ver em sistemas de saúde universais, notadamente europeus, não permite que o interesse público exerça hegemonia frente aos diversos interesses particulares, inclusive corporativos. Na prática, a gestão do SUS se vê frontalmente comprometida, uma vez que a dimensão do trabalho profissional – e também da formação, como se mencionou acima – encontra-se orientada por outras forças, que não o interesse público.

Considerando tudo o que foi aqui sumarizado, se impõe a necessidade premente de implementação de fato de uma política de Trabalho e Educação na Saúde, incluindo uma articulação robusta com a sociedade organizada e um diálogo estreito com os estados federados e o Parlamento, de modo a ampliar as possibilidades concretas de sua efetividade. A inexistência de uma legislação específica que respalde a atuação da SGTES em relação à gestão do trabalho fragiliza a implementação de políticas e programas afins. Portanto, “é premente o debate e a pactuação de um projeto de lei que regulamente esse instrumento gerencial” (Magnago *et al.*, 2017, p. 344).

Convém, ainda, sinalizar que a redação deste texto se dá alguns meses antes da realização da IV Conferência Nacional de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, que ocorrerá em dezembro de 2024. A preparação desse evento abre a possibilidade de a SGTES se colocar em uma posição de liderança na construção de propostas e alternativas, a saber:

- constituição de um grupo de trabalho para repensar a regulação das profissões de saúde (incluindo entidades, Ministério da Gestão, Ministério do Trabalho, Ministério da Educação, Casa Civil, parlamentares etc.), eventualmente com trabalhos iniciados a partir de um texto de referência elaborado pela Secretaria;
- organização de um grupo semelhante para carreira/PCCS e a desprecarização;
- articular-se com o CNS com vistas a inscrição desses temas nas conferências estaduais, municipais, livres e temáticas, assim como na organização das mesas e das palestras da Conferência Nacional;
- Não se pode enganar, as instituições não estão fadadas à vitória ou à simples realização dos seus objetivos institucionais. Como se disse, a história aqui retratada dá conta de uma trajetória, como era de esperar, não linear, apresentando avanços e retrocessos, conquistas e fracassos.

Os problemas, obstáculos, ameaças e desafios são imensos. Mas, ao longo desses 20 anos, se reconhecem avanços e conquistas, muitos referidos ao longo desta obra. Espera-se, nesse sentido, que este livro também possa colaborar para uma leitura tanto positiva quanto crítica da Secretaria e das suas políticas, programas e ações. Não há necessariamente contradição entre essas duas posições. Todos os entrevistados que contribuíram para a elaboração desta publicação e parte expressiva da literatura consultada convergem no reconhecimento da relevância da SGTES para o desenvolvimento do SUS. A parceria com as SES e SMS numa perspectiva federativa, bem como com instituições de ensino, do trabalho, do planejamento e da gestão, além de movimentos sociais e sindicatos, ressalta a importância estratégica dessa instância do SUS nacional.

Em perspectiva histórica, por vezes, se é capaz de observar que os processos políticos e sociais, que conformam as instituições de Estado, não se resumem a um mero “jogo de soma zero”. Pela visão ampliada da história, observa-se avanços e melhorias institucionais, mas, ao mesmo tempo, compreende-se que, por vezes em caráter de urgência, é preciso avançar muito mais. Avanços e demandas urgentes são assim faces de uma mesma moeda.

Nesse sentido, considera-se que a perspectiva histórica aqui adotada sobre a SGTES e sobre seus processos decisórios e técnico-políticos permite não apenas leituras mais pertinentes acerca da sua trajetória institucional, mas, em especial, perspectivas mais argutas, uma vez que se abre a possibilidade de se aproximar as avaliações acerca das suas ações e políticas dos problemas reais. E são a esses que sempre é preciso responder. E esta obra trouxe algumas contribuições.

Nos termos da *história processo*, expressão que costuma lembrar que o jogo pode ser duro, mas está sendo jogado, pode-se concluir que os solavancos e incertezas impostos pela história são imensos, e sem dúvida repercutiram e ainda repercutem na trajetória institucional aqui contemplada. Seja como for, num só tempo, voltando ao argumento histórico e ao espírito de celebração, deve-se considerar que as raízes do empreendimento institucional são igualmente profundas e se relacionam com um legado de discussões, de orientações técnicas e

doutrinas, de conhecimentos acumulados, bem como com inovações teóricas que definem, em termos institucionais, a própria luta histórica pelo direito à saúde. A SGTES é, nessa perspectiva, parte da luta coletiva e democrática em prol da instituição de um sistema público de saúde universal no Brasil.

Tal como o SUS, o maior desafio da SGTES é político. A preservação da democracia no país e o enfrentamento das desigualdades sociais e sanitárias, com a consolidação do SUS enquanto um sistema público, universal, integral e participativo, certamente propiciarão espaços políticos para uma gestão do trabalho em saúde mais adequada aos seus princípios e para uma educação na saúde capaz de constituir novos sujeitos das práxis.

Vale ressaltar sobre os limites deste empreendimento, uma vez que, o papel e o legado das inúmeras políticas da SGTES, aqui algumas apenas sumarizadas, são muito amplos. Dessa forma, foi necessário se fazer escolhas e estas repousaram justamente sobre algumas questões compreendidas como estruturantes na construção dessa mesma trajetória.

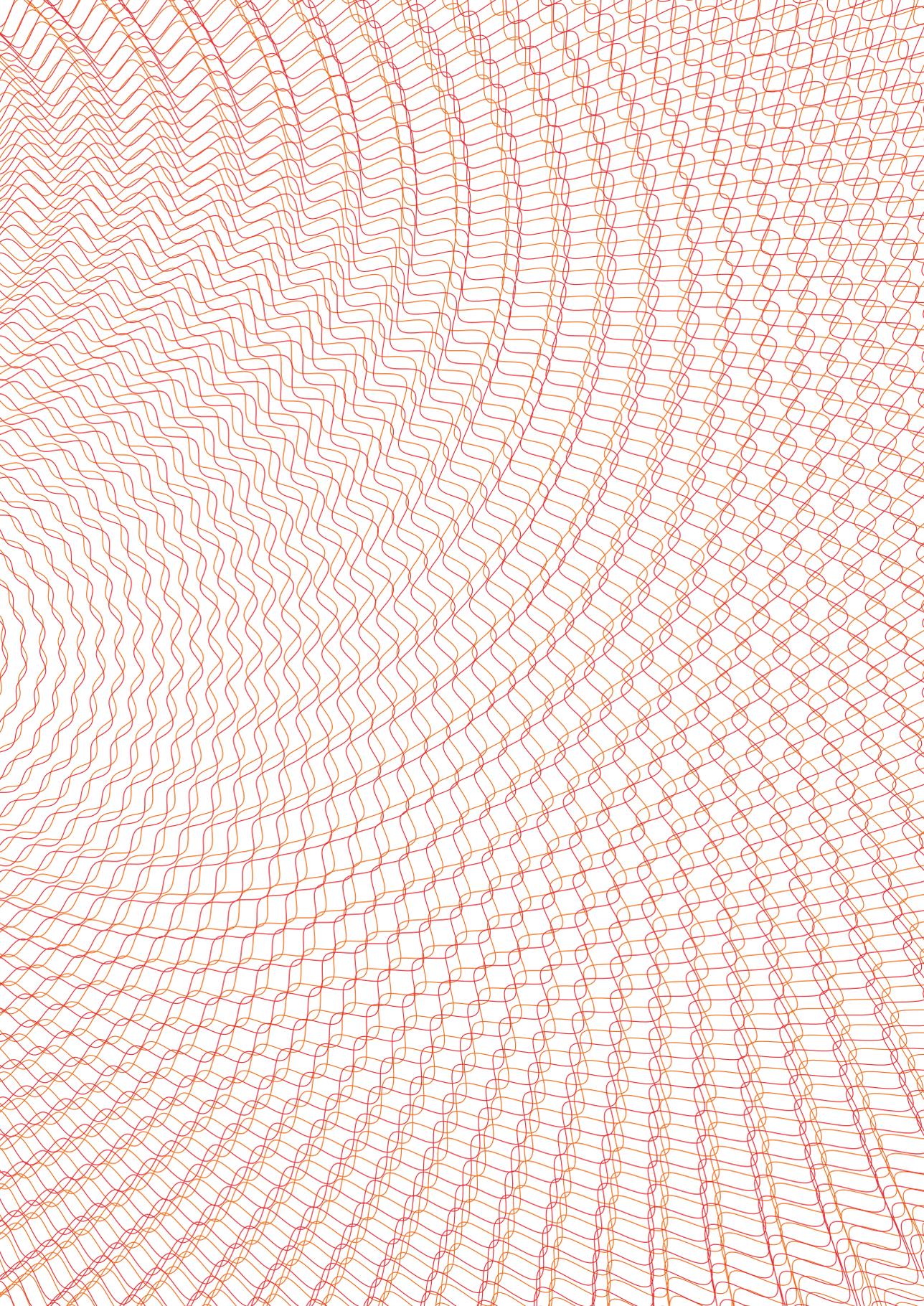
Por “estruturantes” quer se chamar a atenção tanto para ações e políticas que tiveram resultados considerados importantes, mais uma vez, no enfrentamento dos problemas reais, como também para melhorias institucionais que representaram passos adiante e que, ao se institucionalizarem, repercutem nos passos seguintes. Ou seja, interessou-se, em particular, pelas questões com implicações mais duradouras nesta e para esta mesma trajetória.

Enfim, retomando a menção à dimensão crítica da obra, precisa-se considerar que o clima festivo que cerca esta publicação não supõe que essa trajetória institucional tenha sido linear e ascendente, no sentido que se caminhou sempre para o melhor da instituição que foi objeto das análises. Na prática, é preciso reconhecer que a SGTES foi marcada, ao longo do tempo, por diferentes institucionalidades e hegemonia de distintos interesses e atores sociais, sinalizando também para as disputas em torno do comando das burocracias públicas da saúde. Diferentes comandos, distintos projetos.

Eis os traços mais recentes de uma história em processo, algo que os analistas certamente se debruçarão adiante. De todo modo, em que pesem os solavancos e incertezas impostos pela história, pode-se considerar que a orientação a qual se estabelece para esta trajetória institucional, que funda a experiência da SGTES, tem raízes históricas profundas, uma vez que se relaciona, na experiência brasileira, com um legado de discussões, de orientações técnicas e doutrinárias, de conhecimentos acumulados, bem como de inovações teóricas que definem, em termos institucionais, a reconhecida luta pela melhoria das condições de trabalho de profissionais da saúde e, em última análise, da própria qualidade dos serviços de saúde prestados à população brasileira.

Seja como for, a roda da história não economiza voltas. Ainda que parte dos problemas de longa data continuem, assim como as ameaças políticas mais recentes não estejam de todo superadas, vivem-se tempos de esperança. Pela primeira vez na história uma mulher assume a liderança da Pasta da Saúde, um quadro com reconhecida liderança e capacidade para, não só reconstruir as bases institucionais recentemente abaladas, mas, sobretudo, para fazer avançar, a partir do MS, em vivas conexões com outras organizações e a sociedade, a construção de um SUS forte e inclusivo. Sob esta orientação, registra-se uma recomposição dos quadros técnicos do Ministério, inclusive na SGTES, como parte desta mesma burocracia.

Por fim, espera-se que esta publicação possa ir além dos círculos de sua comunidade de especialistas, alcançando também, em especial, o cidadão brasileiro, curioso e especulativo, mas inquieto com relação aos serviços de saúde dos quais é usuário, dos trabalhadores e trabalhadoras, gestores nos seus diversos níveis de atenção, estudiosos e pesquisadores das áreas de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde.



# Referências

- ALMEIDA, B. G.; PINTO, I. C. M (org.). *Gestão do trabalho no SUS Bahia: esquadrinhando caminhos e esperando a prática*. Belo Horizonte: Avohai, 2021.
- ALMEIDA, M. H. T. de. A política social no governo Lula. *Novos Estudos Cebrap*, São Paulo, v. 70, p. 7-17, 2004.
- ALMEIDA, M. J. A educação médica e as atuais propostas de mudança: alguns antecedentes históricos. *Revista Brasileira de Educação Médica*, Brasília, DF, v. 25, n. 2, p. 42-52, 2001
- ALMEIDA, M. M.; MORAIS, R. P.; GUIMARÃES, D. F.; MACHADO, M. F. A. S.; DINIZ, R. de C. M.; NUTO, S. de A. S. Da teoria à prática da interdisciplinaridade: a experiência do Pró-Saúde Unifor e seus nove cursos de graduação. *Revista Brasileira de Educação Médica*, Brasília, DF, v.36, n. 1, p. 119-126, 2012. Suplemento 1.
- ARAÚJO, L. Na teoria, modernização; na prática, regressão: política educacional no governo Temer. *Linhas Críticas*, Brasília, DF, v. 27, p. 1-19, 2021.
- ARRETCHE, M.; MARQUES, E.; FARIA, C. A. P. de (org.). *As políticas da política: desigualdades e inclusão nos governos do PSDB e do PT*. São Paulo: Ed. UNESP, 2020.
- BAHIA, L.; CARDOSO, A. M. Saúde em tempos de hiperajuste fiscal, restrição à democracia e obscurantismo. In: LEITE, A. Z. (org.). *Brasil: incertezas e submissão?* São Paulo: Fundação Perseu Abramo; 2019. p. 251-269
- BARRETO, L. da S. O. *Formação dos profissionais de saúde no Brasil: os programas interministeriais entre os anos de 2003-2016*. 2019. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2019.
- BARDIN, L. *Análise de conteúdo*. 4. ed. Lisboa: Edições 70, 2008.

BATISTA, S. H. S. da S.; JANSEN, B.; ASSIS, E. Q. de; SENNA, M. I. B.; CURY, G. C. Formação em saúde: reflexões a partir dos Programas Pró-Saúde e PET-Saúde. *Interface: comunicação, saúde, educação*, Botucatu, SP, v. 19, p. 743-752, 2015. Suplemento 1.

BAVA, S. C. Editorial - Os crimes e a impunidade. *Le Monde Diplomatique Brasil*, Brasil, n. 195, p. 3, out. 2023.

BRASIL. [Constituição (1988)]. *Constituição da República Federativa do Brasil de 1988*. *Diário Oficial da União*: seção 1, Brasília, DF, 5 out. 1988.

BRASIL. Decreto nº 9.759, de 11 de abril de 2019. Extingue e estabelece diretrizes, regras e limitações para colegiados da administração pública federal. *Diário Oficial da União*: seção 1, Brasília, DF, p. 5, 11 abr. 2019a. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2019-2022/2019/decreto/D9759.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2019/decreto/D9759.htm). Acesso em: 22 jun. 2022.

BRASIL. Decreto nº 9.761, de 11 de abril de 2019. Aprova a Política Nacional sobre Drogas. *Diário Oficial da União*: seção 1, Brasília, DF, p. 7, 11 abr. 2019b. Disponível em: [http://www.in.gov.br/materia//asset\\_publisher/Kujrw0TZC2Mb/content/id/71137357/doi-2019-04-11-decreto-n-9-761-de-11-de-abril-de-2019-71137316](http://www.in.gov.br/materia//asset_publisher/Kujrw0TZC2Mb/content/id/71137357/doi-2019-04-11-decreto-n-9-761-de-11-de-abril-de-2019-71137316). Acesso em: 25 jun. 2019.

BRASIL. 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*: seção 1, Brasília, DF, ano 128, n. 182, 20 set. 1990a.

BRASIL. Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. *Diário Oficial da União*: seção 1, Brasília, DF, 31 dez. 1990b.

BRASIL. Lei nº 9.394, de 20 de dezembro de 1996. Estabelece as diretrizes e bases da educação nacional. *Diário Oficial da União*: seção 1, Brasília, DF, 23 dez. 1996.

BRASIL. Lei nº 11.129, de 30 de junho de 2005. Institui o Programa Nacional de Inclusão de Jovens – Projovem; cria o Conselho Nacional da Juventude – CNJ e a Secretaria Nacional de Juventude; altera as Leis nº 10.683, de 28 de maio de 2003, e 10.429, de 24 de abril de 2002; e dá outras providências. *Diário Oficial da União*: seção 1, Brasília, DF, 1º jul. 2005a.

BRASIL. Lei nº 12.842, de 10 de julho de 2013. Dispõe sobre o exercício da Medicina. *Diário Oficial da União*: seção 1, Brasília, DF, 11 jul. 2013a.

BRASIL. Lei nº 12.871, de 22 de outubro de 2013. Institui o Programa Mais Médicos, altera as Leis no 8.745, de 9 de dezembro de 1993, e no 6.932, de 7 de julho de 1981, e dá outras providências. *Diário Oficial da União*: seção 1, Brasília, DF, 2013b. Disponível em: <https://pesquisa.in.gov.br/imprensa/jsp/visualiza/index.jsp?data=23/10/2013&jornal=1&pagina=1&totalArquivos=112>. Acesso em: 4 nov. 2023.

BRASIL. Lei nº 14.725, de 16 de novembro de 2023. Regula a profissão de sanitaria. *Diário Oficial da União*: seção 1, Brasília, DF, 17 nov. 2023a. Disponível em: [https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2023-2026/2023/lei/L14725.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2023-2026/2023/lei/L14725.htm). Acesso em: 20 jan. 2024.

BRASIL. Medida Provisória nº 238, de 1º de fevereiro de 2005. Institui no âmbito da Secretaria-Geral da Presidência da República, o Programa Nacional de Inclusão de Jovens - ProJovem, cria o Conselho Nacional de Juventude - CNJ e cargos em comissão, e dá outras providências. *Diário Oficial da União*: seção 1, Brasília, DF, 2 fev. 2005b. Disponível em: [https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_Ato2004-2006/2005/Mpv/238.htm#:~:text=MEDIDA%20PROVISA%20N%C2%BA%20238%2C%20DE%201%C2%BA%20DE%20FEVEREIRO%20DE%202005.&text=Institui%20no%20%C3%A2mbito%20da%20Secretaria,comiss%C3%A3o%2C%20e%20d%C3%A1%20outras%20provid%C3%A2ncias](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2004-2006/2005/Mpv/238.htm#:~:text=MEDIDA%20PROVISA%20N%C2%BA%20238%2C%20DE%201%C2%BA%20DE%20FEVEREIRO%20DE%202005.&text=Institui%20no%20%C3%A2mbito%20da%20Secretaria,comiss%C3%A3o%2C%20e%20d%C3%A1%20outras%20provid%C3%A2ncias). Acesso em: 12 dez. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Decreto nº 4.726, de 9 de junho de 2003. Aprova a Estrutura Regimental e o Quadro Demonstrativo dos Cargos em Comissão e das Funções Gratificadas do Ministério da Saúde, e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, p. 12, 10 jun. 2003a.

BRASIL. Ministério da Educação. *Residência multiprofissional*. Brasília, DF, [202-]. Disponível em: <https://www.gov.br/mec/pt-br/residenciamultiprofissional>. Acesso em: 8 abr. 2024.

BRASIL. Ministério da Educação. Portaria interministerial nº 10, de 20 de agosto de 2014. Institui a Comissão Executiva dos Contratos Organizativos de Ação Pública Ensino-Saúde e o Comitê Nacional dos Contratos Organizativos de Ação Pública Ensino-Saúde. *Diário Oficial da União*: seção 1, Brasília, DF, n. 160, p. 9, 21 ago. 2014. Disponível em: <https://abmes.org.br/arquivos/legislacoes/Port-Interministerial-MS-10-2014-08-20.pdf>. Acesso em: 5 nov. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. *3ª Conferência Nacional de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde: relatório final*. Brasília, DF: Editora do Ministério da Saúde, 2007a. (Série D. Reuniões e Conferências). Disponível em: [https://conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios/3\\_ConfNacGestaoTrabEducaSaude\\_Miolo.pdf](https://conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios/3_ConfNacGestaoTrabEducaSaude_Miolo.pdf) l. Acesso em: 8 abr. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde*. Brasília, DF, 2023b. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/sgtes/eventos/anteriores/oficina-nacional/publicacoes/laise-rezende-de-andrade>. Acesso em: 10 nov. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Ministério da Educação. *Pró-saúde: Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2007b.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Manual técnico 2018: Programa para o Fortalecimento das Práticas de Educação Permanente em Saúde no SUS PRO EPS-SUS*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2018a.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Manual do Proadi-SUS: manual técnico de orientação para elaboração, análise e prestação de contas dos projetos do ProadiSUS*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2022a.

BRASIL. Ministério da Saúde; ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. *Observatório de recursos humanos em saúde no Brasil: estudos e análises*. Organização André Falcão do Rêgo Barros *et al.* Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2004. (Série B. Textos Básicos de Saúde, v. 2).

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 1.133, de 16 de agosto de 2023. Institui o Programa de Formação de Agentes Educadoras e Educadores Populares de Saúde. *Diário Oficial da União*: seção 1, Brasília, DF, n. 159, p. 108, 21 ago. 2023c.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria de consolidação nº 05, de 28 de setembro de 2017. Dispõe sobre a consolidação das normas sobre Políticas Nacionais de Saúde no Sistema único de Saúde. *Diário Oficial da União*: seção 1, Brasília, DF, 2017a. Disponível em: [https://portalsinan.saude.gov.br/images/documentos/Legislacoes/Portaria\\_Consolidacao\\_5\\_28\\_SETEMBRO\\_2017.pdf](https://portalsinan.saude.gov.br/images/documentos/Legislacoes/Portaria_Consolidacao_5_28_SETEMBRO_2017.pdf) Acesso em: 4 nov. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria Interministerial nº 2.087, de 1º de setembro de 2011. Institui o Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica. *Diário Oficial da União*: seção 1, Brasília, DF, 2011. Disponível em: [https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/pri2087\\_01\\_09\\_2011\\_rep.html](https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/pri2087_01_09_2011_rep.html). Acesso em: 4 nov. 2023.

BRASIL. Portaria Interministerial MEC/MS nº 1.077, de 12 de novembro de 2009. Dispõe sobre a Residência Multiprofissional em Saúde e a Residência em Área Profissional da Saúde, e institui o Programa Nacional de Bolsas para Residências Multiprofissionais e em Área Profissional da Saúde e a Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde. *Diário Oficial da União*: seção 1, Brasília, DF, 13 nov. 2009a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria Interministerial nº 1.127, de 4 de agosto de 2015. Institui as diretrizes para a celebração dos Contratos Organizativos de Ação Pública Ensino-Saúde (COAPES), para o fortalecimento da integração entre ensino, serviços e comunidade no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). *Diário Oficial da União*: seção 1, Brasília, DF, n. 148, p. 193-196, 5 ago. 2015. Disponível em: <https://www2.ufjf.br/icvgyv/files/2017/06/2.-Portaria-Interministerial-N%c2%ba-1.127-DE-04-de-Agosto-de-2015.pdf>. Acesso em: 5 nov. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 230, de 7 de março de 2023. Institui o Programa Nacional de Equidade de Gênero, Raça e Valorização das Trabalhadoras no Sistema Único de Saúde - SUS. *Diário Oficial da União*: seção 1, Brasília, DF, n. 46, p. 107, 8 mar. 2023d.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 26, de 21 de setembro de 1999. Instituir a Rede Observatório de Recursos Humanos em Saúde - ROREHS. *Diário Oficial da União*: seção 1, Brasília, DF, n. 182, 22 set. 1999.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 35, de 4 de janeiro de 2007. Institui, no âmbito do Ministério da Saúde, o Programa Nacional de Telessaúde. *Diário Oficial da União*: seção 1, Brasília, DF, 2007c. Disponível em: [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2007/prt0035\\_04\\_01\\_2007\\_comp.html](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2007/prt0035_04_01_2007_comp.html). Acesso em: 8 abr. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 198, de 13 de fevereiro de 2004. Institui a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde como estratégia do Sistema Único de Saúde para a formação e o desenvolvimento de trabalhadores para o setor e dá outras providências. *Diário Oficial da União*: seção 1, Brasília, DF, 2004a. Disponível em: <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/1832.pdf>. Acesso em 12 dez. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 399, de 22 de fevereiro de 2006. Divulga o Pacto pela Saúde 2006 – Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do Referido Pacto. *Diário Oficial da União*: seção 1, Brasília, DF, 2006a. Disponível em: [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt0399\\_22\\_02\\_2006.htm](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt0399_22_02_2006.htm). Acesso em: 6 abr. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 402, de 24 de fevereiro de 2010. Institui, em âmbito nacional, o Programa Telessaúde Brasil para apoio à Estratégia de Saúde da Família no Sistema Único de Saúde, institui o Programa Nacional de Bolsas do Telessaúde Brasil e dá outras providências. *Diário Oficial da União*: seção 1, Brasília, DF, 2010. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt0402\\_24\\_02\\_2010\\_comp.html#:~:text=Institui%2C%20em%20%20%C3%A2mbito%20nacional%2C%20o,Brasil%20e%20d%C3%A1%20outras%20provid%C3%A2ncias](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt0402_24_02_2010_comp.html#:~:text=Institui%2C%20em%20%20%C3%A2mbito%20nacional%2C%20o,Brasil%20e%20d%C3%A1%20outras%20provid%C3%A2ncias) Programa Telessaúde Brasil, que passa a ser denominado Programa Nacional Telessaúde Br. Acesso em: 6 abr. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.996, de 20 de agosto de 2007. Dispõe sobre as diretrizes para a implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde. *Diário Oficial da União*: seção 1, Brasília, DF, 2007d.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.430, de 23 de dezembro de 2003. Cria o Comitê Nacional Interinstitucional de Desprecarização do Trabalho no SUS (Desprecariza SUS) e dá outras providências. *Diário Oficial da União*: seção 1, Brasília, DF, 2003b. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2003/prt2430\\_23\\_12\\_2003.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2003/prt2430_23_12_2003.html). Acesso em: 12 dez. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.439, de 23 de dezembro de 2003. Cria a Câmara de Regulação do Trabalho em Saúde (CRTS). *Diário Oficial da União*: seção 1, Brasília, DF, 2003c.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 3.189, de 18 de dezembro de 2009. Dispõe sobre as diretrizes para a implementação do Programa de Formação de Profissionais de Nível Médio para a Saúde (PROFAPS). *Diário Oficial da União*: seção 1, Brasília, DF, 2009b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.651, de 10 de outubro de 2017. Dispõe sobre a rede de escolas Técnicas do sistema Único de Saúde (RET-SUS). *Diário Oficial da União*: seção 1, Brasília, DF, 2017b. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2651\\_16\\_10\\_2017.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2651_16_10_2017.html). Acesso em: 4 nov. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 3.194, de 28 de novembro de 2017. Dispõe sobre o Programa para o Fortalecimento das Práticas de Educação Permanente em Saúde no Sistema Único de Saúde - PRO EPS-SUS. *Diário Oficial da União*: seção 1, Brasília, DF, 2017c. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt3194\\_30\\_11\\_2017.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt3194_30_11_2017.html). Acesso em: 4 nov. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 3.362, de 08 de dezembro de 2017. Altera a Portaria de Consolidação nº 5 MS/GM de 28/09/2017 para dispor sobre o Programa de Apoio ao Desenvolvimento Institucional do SUS (PROADI-SUS). *Diário Oficial da União*: seção 1, Brasília, DF, 2017d. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt3362\\_13\\_12\\_2017.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt3362_13_12_2017.html). Acesso em: 4 nov. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Pró-saúde*: programa nacional de reorientação da formação profissional em saúde. Brasília, DF Ministério da Saúde, 2005c. (Série C. Projetos, Programas e Relatórios) Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pro\\_saude\\_cgtes.pdf](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pro_saude_cgtes.pdf). Acesso em: 30 out. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Conselho Nacional de Saúde. *Mesa Nacional de Negociação Permanente do SUS*: democratização nas relações de trabalho no Sistema Único de Saúde SUS. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2003d. (Série D. Reuniões e conferências). [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/livreto\\_mesa.pdf](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/livreto_mesa.pdf). Acesso em: 31 out. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. *SGTES*: Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde: Política, Programas e Ações. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2023e.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. *Aprender SUS*: o SUS e os cursos de graduação da área da saúde. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2004b. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cartilha\\_aprender\\_sus.pdf](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cartilha_aprender_sus.pdf). Acesso em 27 out. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Portaria nº 1, de 11 de março de 2004. Dispõe sobre o funcionamento da Rede Observatório de Recursos Humanos em Saúde. *Diário Oficial da União*: seção 1, Brasília, DF, n. 50, p. 80, 15 mar. 2004c.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. *SGTES*: Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde: política, programas e ações. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2022b. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/SGTES\\_politica\\_programas.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/SGTES_politica_programas.pdf). Acesso em: 27 out. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. *VER-SUS/BRASIL*: Vivências e Estágios na Realidade

do Sistema Único de Saúde. Brasília, DF: Ministério da Saúde, [2004?]. Disponível em: [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/folder/folder\\_versus.pdf](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/folder/folder_versus.pdf). Acesso em: 27 out. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. *Política nacional de educação permanente: o que se tem produzido para o seu fortalecimento?* Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2018b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. *Programa de Educação para o Trabalho para a Saúde: um panorama da edição do PET-GraduaSUS*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2018c.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão e da Regulação do Trabalho em Saúde. *Programa de qualificação e estruturação da gestão do trabalho e da educação no SUS – ProgeSUS*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2006b. (Série A. Normas e Manuais Técnicos; Série Cadernos ProgeSUS, v. 1).

BRAVO, M. I. S.; PELAEZ, E. J.; PINHEIRO, W. N. As contrarreformas na política de saúde do governo Temer. *Argumentum*, Vitória, ES, v. 10, n. 1, p. 6-23, jan./ abr. 2018.

BRITO, G. Temporão: a virada pode vir da indústria. saúde: um ano de Lula e Nísia. *Outra Saúde*, São Paulo, 22 dez. 2023. Disponível em: <https://outraspalavras.net/outrasaude/temporao-a-virada-pode-vir-da-industria/>. Acesso em: 23 dez 2023.

CAVALCANTI, B. M.; VENERIO, C. M. S. Uma ponte para o futuro? Reflexões sobre a plataforma política do governo Temer. *Revista de Informação Legislativa*, Brasília, DF, v. 54, n. 215, p. 139-162, 2017.

CAMPOS, F. E. *et al.* Programa de apoio à Formação de Médicos especialistas no Brasil (PRÓ-ReSidênCIa): indução para a formação de especialistas segundo necessidades do SUS. In: PIERANTONI, C. R.; DAL POZ, M. R. FRANÇA, T. (org.). *O trabalho em saúde: abordagens quantitativas e qualitativas*. Rio de Janeiro: CEPESC, 2011. p. 151-160.

CAMPOS, F. E.; LEMOS, A. F.; OLIVEIRA, V. de A. UNA-SUS: um ecossistema resiliente. In: SOUSA, J. A. G. de *et al.* (org.). *Plataforma Arouca e ARES: relação entre dois elementos constituintes do Sistema UNA-SUS*. São Luís: EDUFMA, 2017. p. 15-30.

CASTRO, J. L. de. *Protagonismo silencioso: a presença da OPAS na formação de recursos humanos em saúde no Brasil*. Natal: Observatório RHNESEC/UFRN, 2008.

CHIORO, A. *et al.* 'Scorched Earth: the portrait of health in Brazil after the Bolsonaro's administration and the first 100 days of the Lula Government in health'. *The International Journal of Health Planning and Management*, Chichester, v. 38, n. 5, p. 1105-1116, 2023.

COELHO, V. S. P.; BLOOM, G.; PAES-SOUSA, R.; FIORE, D. C.; VIANA, A. L.; IBÁÑEZ, N.; ARBIX, G.; MELLO, G.; CERON, M. Governança e coordenação do SUS. Aprendendo com a pandemia da covid-19. *Novos Estudos CEBRAP*, São Paulo, v. 42, n. 2, p. 227-243, jun. 2023.

COLIGAÇÃO BRASIL DA ESPERANÇA. *A saúde na reconstrução nacional: o SUS como base para o desenvolvimento social e político*. [S. l.], 2022. Programa Eleitoral.

CONSELHO NACIONAL DE EDUCAÇÃO (Brasil). Câmara de Educação Superior. Resolução CNE/CES nº 1.133/2001. Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) Diretrizes Curriculares Nacionais dos Cursos de Graduação em Enfermagem, Medicina e Nutrição. *Diário Oficial da União*: seção 1E, Brasília, DF, p. 131, 3 out. 2001.

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE (Brasil). *Relatório Consolidado: versão preliminar: 17ª Conferência Nacional de Saúde: "Garantir Direitos e Defender o Sus, a Vida e a Democracia – Amanhã Vai Ser Outro Dia"*. Brasília, DF, jun. 2023a.

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE (Brasil). Resolução nº 708, de 13 de março de 2023. Dispõe sobre a reinstalação da Mesa Nacional de Negociação Permanente do Sistema Único de Saúde. *Diário Oficial da União*: seção 1, Brasília, DF, n. 73, 17 abr. 2023b.

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE (Brasil). Resolução CNS nº 724, de 9 de novembro de 2023. *Convoca a 4ª Conferência Nacional de Gestão do Trabalho e Educação em Saúde*. *Diário Oficial da União*: seção 1, Brasília, DF, n. 241, p. 151, 20 dez. 2023c.

CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE (Brasil). *Curso de especialização em Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde*. Brasília, DF, 7 jun. 2018. Disponível em: <https://www.conass.org.br/curso-de-especializacao-em-gestao-do-trabalho-e-da-educacao-na-saude/>. Acesso em: 4 nov. 2023.

CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE (Brasil). Programa Nacional Telessaúde Brasil Redes - Proposta de repasse de recursos financeiros do Ministério da Saúde. *Nota Técnica*, Brasília, n. 14, 22 abr. 2013. Disponível em: <https://www.conass.org.br/biblioteca/wp-content/uploads/2013/01/NT-14-2013-TELESSAUDE-fundo-a-fundo.pdf>. Acesso em: 8 abr. 2024.

CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE (Brasil). *Recursos humanos: um desafio do tamanho do SUS*. Brasília, DF: CONASS, 2004.

CONSENSUS: revista do Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Brasília, DF: Conass, ano 9, n. 30, jan./mar. 2019.

CONTRATO ORGANIZATIVO DE AÇÃO PÚBLICA ENSINO-SAÚDE. Interconexão entre formação sistemas e serviços de saúde e comunidades: possibilidades e desafios do COAPES para o SUS. *In: BRASIL*. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. Política Nacional de Educação Permanente em Saúde: o que se tem produzido para o seu fortalecimento? Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2018. p. 63-73. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica\\_nacional\\_educacao\\_permanente\\_saude\\_fortalecimento.pdf](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_educacao_permanente_saude_fortalecimento.pdf). Acesso em: 11 abr. 2024.

COSTA, A. C. A teia do golpe: a trama montada por políticos, militares e policiais para golpear a democracia no Brasil. *Piauí*, São Paulo, n. 201, p. 14-27, 2023.

COSTA, C.; AMADO, C. F.; SANTOS, L. *Políticas de trabalho e educação na saúde: implantação em 2019*. Salvador, 2019. Observatório de Análise Política em Saúde - Matriz de Acompanhamento. Disponível em: <https://observatorio.analisepoliticaemsaude.org/matrizes>. Acesso em: 23 out. 2023.

COSTA, M. V. da; PATRÍCIO, K. P.; CÂMARA, A. M. C. S.; AZEVEDO, G. D.; BATISTA, S. H. S. da S. Pró-Saúde e PET-Saúde como espaços de educação interprofissional. *Interface: comunicação, saúde, educação*, Botucatu, SP, v. 19, p. 709-720, 2015. Suplemento 1.

COSTA, S. Estrutura social e crise política no Brasil. *Dados*, Rio de Janeiro, v. 61, n. 4, p. 499-533, out. 2018.

COSTAL, I. C. M.; SANTOS, J. S.; ARAÚJO, T. M. B. *Análise do processo da Reforma Sanitária Brasileira – Implantação/Implementação em 2019*. Salvador, 2019. Observatório de Análise Política em Saúde -

- Matriz de Acompanhamento. Disponível em: <https://observatorio.analisepoliticaemsaude.org/matrizes>. Acesso em: 23 out. 2023.
- DAMASCENO, A. S. B.; MOREIRA, A. E. M. M.; CONCEIÇÃO, T. D. C. *Análise do Processo da Reforma Sanitária Brasileira: implantação no 1º semestre de 2023*. Salvador, 2023. Observatório de Análise Política em Saúde - Matriz de Acompanhamento. Disponível em: <https://observatorio.analisepoliticaemsaude.org/matrizes>. Acesso em: 23 out. 2023.
- DAMASCENO, A. S. B.; SANTOS, E. S.; MOURA, R. L. S. *Análise do Processo da Reforma Sanitária Brasileira: Implantação/Implementação em 2022*. Salvador, 2022. Observatório de Análise Política em Saúde - Matriz de Acompanhamento. Disponível em: <https://observatorio.analisepoliticaemsaude.org/matrizes>. Acesso em: 23 out. 2023.
- DANTAS, A. A.; MATOS, M. C.; SANTOS, L. *Políticas de Trabalho e Educação na Saúde - Resultados Alcançados em 2019*. Salvador, 2019. Observatório de Análise Política em Saúde - Matriz de Acompanhamento. Disponível em: <https://observatorio.analisepoliticaemsaude.org/matrizes>. Acesso em: 23 out. 2023.
- DAMASCENO, A. S. B.; SANTOS, J. S. *Análise do Processo da Reforma Sanitária Brasileira: Implantação e Implementação de políticas, programas e ações de saúde em 2020*. Salvador, 2020. Disponível em: <https://observatorio.analisepoliticaemsaude.org/matrizes>. Acesso em: 8 abr. 2024.
- FALKENBERG, M. B.; MENDES, T. P. L.; MORAES, E. P.; SOUZA, E. M. Educação em saúde e educação na saúde: conceitos e implicações para a saúde coletiva. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, p. 847-852, 2014.
- FEDERICO, L. *Análise política em saúde: a contribuição do pensamento estratégico*. Salvador: Edufba, 2015.
- FEUERWERKER, L. C. M. *Mudanças na educação médica e residência médica no Brasil*. São Paulo: Hucitec: Rede Unida, 1998.
- FLEURY, S.; SANTOS, J. S.; MOREIRA, A. E. M. M.; ARAÚJO, T. M. B. Frente pela Vida: A sociedade em movimento em defesa da democracia, da saúde e do SUS. In: OUVERNEY, A. M.; FLEURY, S. (org.). *Novo Federalismo no Brasil: tensões e inovações em tempos de pandemia de covid-19*. Brasília, DF: Edição do Autor, 2023. p. 433-491.
- FRENTE PELA VIDA. *Em defesa da Vida, da Democracia e do SUS diretrizes para a política de saúde no Brasil*. 2023. Relatório Final da Conferência

Nacional Livre Democrática e Popular de Saúde, 2023, São Paulo.  
Disponível em: <https://cebes.org.br/site/wp-content/uploads/2023/03/Relatorio-Final-2023-da-Conferencia-Nacional-Livre-Democratica-e-Popular-de-Saude.pdf>. Acesso em: 22 dez. 2023.

FRENTE PELA VIDA. *Plano nacional de enfrentamento à pandemia da covid-19*. [S. l.], 2020. Disponível em: <http://cebes.org.br/2020/07/plano-nacional-de-enfrentamento-a-covid-19-e-atualizado-para-uma-2a-versao/>. Acesso em: 20 jul. 2020.

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. *Projeto de formação de docentes da Fiocruz: em busca de novos padrões de ensino aprendizagem para as Escolas de Saúde*. Coordenação Maria Cristina Rodrigues Guilam. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2022.

GABINETE DE TRANSIÇÃO GOVERNAMENTAL (Brasil). *Relatório do Grupo Técnico de Saúde Produto: relatório final*. Brasília, DF, dez. 2022. Disponível em: [http://conselho.saude.gov.br/images/noticias/2023/GTSaude\\_Relatorio\\_Final\\_1.pdf](http://conselho.saude.gov.br/images/noticias/2023/GTSaude_Relatorio_Final_1.pdf). Acesso em: 8 abr. 2024

GERBAUDO, P. *O grande recuo: a política pós-populismo e pós-pandemia*. São Paulo: Todavia, 2023.

GIL, C. R. R. Formação de recursos humanos em saúde da família: paradoxos e perspectivas. *Caderno de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 21, n. 2, p. 490-498, mar./abr. 2005. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/BpBkLQxYvNVRmGJ7fxmQ6Cp/?lang=pt> Acesso em: 10 jun. 2024.

GIOVANELLA, L.; BOUSQUAT, A.; MENDONÇA, M. H. M. de; FACCHINI, L. A. 100 dias do governo Lula na saúde: os desafios do Sistema Único de Saúde e as primeiras iniciativas. *Cadernos Adenauer*, Rio de Janeiro, v. 24, n. 1, p. 111-131, 2023.

GIOVANELLA, L.; MENDONÇA, M. H. *Atenção Primária à Saúde: seletiva ou coordenadora dos cuidados?* Rio de Janeiro: CEBES, 2012.

GENTIL, D.; HERMANN, J. A política fiscal do primeiro governo Dilma Rousseff: ortodoxia e retrocesso. *Economia e Sociedade*, Campinas, v. 26, n. 3, p. 793-816, dez. 2017.

GOHN, M. G. *Manifestações de junho de 2013 no Brasil e praças dos indignados no mundo*. Petrópolis: Vozes, 2014.

GOMIDE, A. de Á.; SILVA, M. M. de S. e; LEOPOLDI, M. A. (ed.). *Desmonte e reconfiguração de políticas públicas (2016-2022)*. Brasília, DF:

IPEA: INCT/PPED, 2023. Disponível em: <https://repositorio.ipea.gov.br/handle/11058/11939>. Acesso em: 13 fev. 2024.

IBGE. *Censo 2022*. Rio de Janeiro, 2022. Disponível em: [https://censo2022.ibge.gov.br/panorama/?utm\\_source=ibge&utm\\_medium=home&utm\\_campaign=portal](https://censo2022.ibge.gov.br/panorama/?utm_source=ibge&utm_medium=home&utm_campaign=portal). Acesso em: 11 nov. 2023.

LEMOS, C. L. S. *Educação permanente em saúde no Brasil: contribuição para a compreensão e crítica*. São Paulo: HUCITEC, 2023.

LIVROS. Compositor e intérprete: Caetano Veloso. *In*: CAETANO Veloso. Intérprete: Caetano Veloso. São Paulo: Polygram do Brasil 1997. 1 CD, faixa 2.

MAGNAGO, C.; FRANÇA, T.; BELISÁRIO, S. A.; SANTOS, M. R. dos; SILVA, C. B. G. O PET-Saúde/GraduaSUS como mobilizador da integração inter, intra e extrainstitucional. *In*: CASTRO, J. L. de; VILAR, R. L. A. de; DIAS, M. A. (org.). *Educação e trabalho: interface com a gestão em saúde*. Natal: Una, 2020. p. 245-271. (Seminare, n. 10).

MAGNAGO, C.; PIERANTONI, C. R.; VIEIRA, S. DE P.; FRANÇA, T.; MIRANDA, R. G.; NASCIMENTO, D. N. Implantação das mesas nacionais de negociação permanente do Sistema Único de Saúde em secretarias estaduais e municipais de saúde. *Saúde e Sociedade*, São Paulo, v. 26, n. 2, p. 336-347, Apr. 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902017172960>. Acesso em: 23 abr. 2024.

MARQUES, R. M.; MENDES, Á. Servindo a dois senhores: as políticas sociais no governo Lula. *Revista Katálysis*, Florianópolis, v. 10, n. 1, p. 15-23, jan./jun. 2007.

MATUS, C. *Política, planejamento e governo*. Brasília, DF: IPEA. 1997.

MEDEIROS, K. R. de; MACHADO, H. de O. P.; ALBUQUERQUE, P. C. de; GURGEL JUNIOR, G. D. O Sistema de Informação em Saúde como instrumento da política de recursos humanos: um mecanismo importante na detecção das necessidades da força de trabalho para o SUS. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 10, n. 2, p. 433-440, abr./jun. 2005.

MÉDICOS inscritos no programa de interiorização vão se especializar em saúde da família. *Informe Saúde*, Brasília, DF, ano 7, n. 209, p. abr. 2003. Disponível em: <https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/periodicos/informesaude/informe209.pdf>. Acesso em: 4 nov. 2023.

MORAIS, L.; SAAD-FILHO, A. Da economia política à política econômica: o novo-desenvolvimentismo e o governo Lula. *Brazilian Journal of Political Economy*, São Paulo, v. 3, n. 4, p. 507-527, out./dez. 2011.

MOREIRA, A. E. M. M.; SANTOS, R. C.; ARAÚJO, T. M. B. *Análise do processo da reforma sanitária brasileira: participação social no 1º semestre de 2023*. Salvador, 2023. Observatório de Análise Política em Saúde - Matriz de Acompanhamento. Disponível em: <https://observatorio.analisepoliticaemsaude.org/matrizes>. Acesso em: 23 out. 2023.

MOURA, R. L. S.; RIBEIRO, C. C.; TEIXEIRA, C. F. *Análise crítica do relatório do grupo de trabalho da transição na saúde*. Salvador, 2023. Observatório de Análise Política em Saúde - Matriz de Acompanhamento. Disponível em: <https://observatorio.analisepoliticaemsaude.org/matrizes>. Acesso em: 23 out. 2023.

NARVAI, P. C. *A extrema direita no governo federal feriu gravemente o SUS*. Debates e Pensamentos. Salvador, 2023. Observatório de Análise Política em Saúde - Debates. Disponível em: <https://observatorio.analisepoliticaemsaude.org/debate/17e0bb4b-6df8-406e-b27f-b7c966577657/>. Acesso em: 23 dez 2023.

NOBRE, M. *Imobilismo em movimento: da abertura democrática ao governo Dilma*. São Paulo: Companhia das Letras, 2013.

NOBRE, M. *Limites da democracia: de junho de 2013 ao governo Bolsonaro*. São Paulo: Todavia, 2022.

NUNES, T. C. M. *Democracia no ensino e nas instituições: a face pedagógica do SUS*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2007.

OLIVEIRA, T. M. State courts and covid-19 policies in Brazil: how did the constitution review take places in the lower-level judiciary. *Novos Estudos CEBRAP*, São Paulo, v. 42, n. 2, p. 246-267, 2023.

OYAMA, T. *Tormenta: o governo Bolsonaro: crises, intrigas e segredos*. São Paulo: Companhia das Letras, 2020.

PADILHA, M.; PINTO, I. C; NUNES, T. *Trabalho e educação em saúde: desafios para a garantia do direito à saúde e acesso universal às ações e serviços no Sistema Único de Saúde*. In: ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. *Relatório 30 anos de SUS, que SUS para 2030?* Brasília, DF, 2018. p. 139-158.

PAIM, J. S.; ALMEIDA-FILHO, N (org.). *Saúde coletiva: teoria e prática*. 2. ed. Rio de Janeiro: Medbook, 2023.

- PALOSKI, G. do R.; BARLEM, J. G. T.; BRUM, N. A.; BARLEM, E. L. D.; ROCHA L. P.; CASTANHEIRA, J. S. Contribuição do telessaúde para o enfrentamento da COVID-19. *Escola Anna Nery*, Rio de Janeiro, n. 24, 2020. Edição especial. DOI: <https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2020-0287>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ean/a/bvYwTYJg5yBxJSG9TzKDKLL/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 4 nov. 2023.
- PIERANTONI, C. R. As reformas do Estado, da saúde e recursos humanos: limites e possibilidades. *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 6, n. 2, p. 341-360, 2001.
- PIOVESAN, E. Câmara aprova PEC do piso salarial da enfermagem em 2º turno. *Agência Câmara de Notícias*, Brasília, DF, Disponível em: <https://www.camara.leg.br/noticias/897828-CAMARA-APROVA-PEC-DO-PISO-SALARIAL-DA-ENFERMAGEM-EM-2%C2%BA-TURNO#:~:text=De%20acordo%20com%20o%20PL,%2C%20R%24%202.375%2C00>. Acesso em: 3 mar. 2024.
- PIERANTONI, C. R.; FRANÇA, T.; GARCIA, A. C.; SANTOS, M. R. dos; VARELLA, T. C.; MATSUMOTO, K. dos S. *Gestão do trabalho e da educação em saúde*. Rio de Janeiro: CEPESC, 2012. Disponível em: <https://www.politicadesaude.uerj.br/livros/5-gestao-do-trabalho-e-da-educacao-em-saude/file>. Acesso em: 2 nov. 2023.
- PINTO, I. C. M.; ESPERIDIÃO, M. A. *Política nacional de educação permanente em saúde: monitoramento e avaliação*. Salvador: Edufba, 2022.
- PINTO, I. C. de M.; NUNES, T. C. M.; FAGUNDES, T. de L. Q.; BELISÁRIO, S. A. (org.). *Trabalho e educação na saúde: a produção técnico-científica*. Rio de Janeiro: ABRASCO, 2012.
- PINTO, I. C. de M.; ESPERIDIÃO, M. A.; SILVA, I. V.; SOARES, C. M.; SANTOS, L.; FAGUNDES, T. L. Q.; CIANA, S.; SILVA, V. O.; ANJOS, D. S. O. Trabalho e educação em saúde no Brasil: tendências da produção científica entre 1990-2010. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 18, n. 6, p. 1525-1534, 2013.
- PINTO, I. C. de M.; SOARES, C. M.; SANTOS, L.; BELISÁRIO, S. A.; NUNES, T. C. M. De recursos humanos a trabalho e educação na saúde: o estado da arte no campo da saúde coletiva. In: PAIM, J. S.; ALMEIDA-FILHO, N. (org.). *Saúde Coletiva: teoria e prática*. 2. ed. Rio de Janeiro: Medbook, 2023. p. 629-642.
- RAMOS, A. de S. *A institucionalização de um aparelho formador: o caso da Secretaria de Saúde do Estado da Bahia, 1971-2006*. 2011. Dissertação

(Mestrado em Saúde Comunitária) – Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2011.

RAMOS, M. N. *Trabalho, educação e correntes pedagógicas no Brasil: um estudo a partir da formação dos trabalhadores técnicos da saúde*. Rio de Janeiro: Ed. UFRJ: Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio, 2010.

RODRIGUES, R.; COSTA, H. *A política contra o vírus: bastidores da CPI da Covid*. São Paulo: Companhia das Letras, 2022.

REIS, R. S; MUNIZ, L. B; CHAGAS, D. C das; PINHO, J. R. O; FERNANDES, A. C. U. R; DUARTE, K. M. M.; ALVES, M. T. S. S. de B. e. Desafios da formação de trabalhadores de nível médio para o Sistema Único de Saúde no Maranhão. *Trabalho, Educação e Saúde*, Rio de Janeiro, v. 18, n. 2, p. 1-19, 2020.

SANTOS, F.; SZWAKO, J. Da ruptura à reconstrução democrática no Brasil. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v. 40, p. 114-121, dez. 2016. Edição especial.

SANTOS, J. A. *A ampliação do processo de privatização da saúde pública no Brasil*. São Paulo: Hucitec, 2018.

SANTOS, J. A. *O avanço da filantropia mercantil: o setor saúde e reconfiguração das relações público-privada*. São Paulo: Hucitec, 2022.

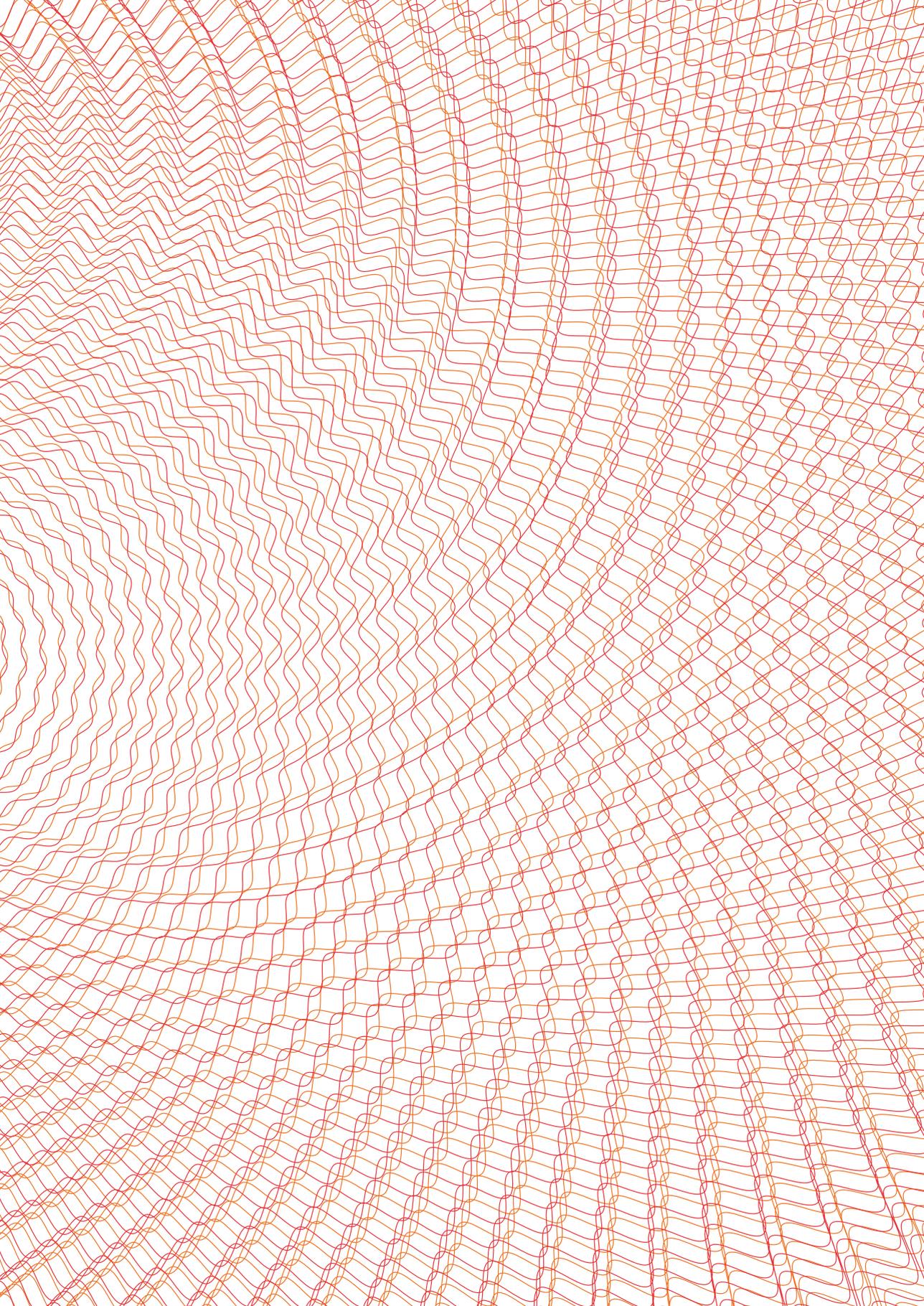
SILVA, L. B. Residência multiprofissional em saúde no Brasil: alguns aspectos da trajetória histórica. *Revista Katálysis*, Florianópolis, v. 21, n. 1, p. 200-209, jan. 2018.

SILVA, V. O.; SOARES, C. M.; SANTOS, L.; SOUZA, E. A.; INTO, I. C. de M. Trabalho e educação na saúde: análise da produção científica brasileira entre 2011 e 2014. *Saúde Debate*, Rio de Janeiro, v. 41, p. 296-315, 2017. Edição especial.

SIMPÓSIO DE POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE, Brasília, 1979. *Conferências*. Brasília, DF, 1980. v. 1.

SOARES, C. L. M.; SOUZA, E. A.; SILVA, I. V.; SANTOS, L.; BELISÁRIO, S. A.; FRANÇA, T., SILVA, V. O., PINTO, I. C. M. Trabalho e educação na saúde: diálogos entre a produção científica e as políticas na saúde. In: TEIXEIRA, C. F.; (org.). *Observatório de análise política em saúde: abordagens, objetos e investigações*. Salvador: Edufba, 2016. p. 431-460.

- SOARES, R. C. Governo Temer e contrarreforma na política de saúde: a inviabilização do SUS. *Argumentum*, Vitória, ES, v. 10, n. 1, p. 24-32, jan./abr. 2018.
- TAVARES, M. H. Resistência em surdina: investidas de desmonte não faltaram nos quatro anos do pesadelo do qual o país há pouco despertou. *Folha de São Paulo*, São Paulo, 2 ago. 2023. Disponível em: <https://www1.folha.uol.com.br/colunas/maria-herminia-tavares/2023/08/resistencia-em-surdina.shtml>. Acesso em: 13 jan. 2024.
- TEIXEIRA, C. F. *Educação e saúde: contribuição ao estudo da formação dos agentes das práticas de saúde no Brasil*. 1982. Dissertação (Mestrado em Saúde Comunitária) –Universidade Federal da Bahia, Salvador, 1982.
- TEIXEIRA, C. F.; PAIM, J. S. A crise mundial de 2008 e o golpe do capital na política de saúde no Brasil. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v. 42, n. 2, p. 11-20, 2018.
- TESTA, M. Análisis de instituciones hipercomplejas. In: MERHY, E.; ONOCKO, R. (org.). *Agir em saúde: um desafio para o público*. São Paulo: Hucitec; Buenos Aires: Lugar Editorial, 1997. p. 17-70.
- TESTA, M. *Pensar em Saúde*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1992.
- TESTA, M. TCPR [*Testa's coherence principle*]. 2008. Não publicado.
- TESTA, M. Vida: Señas de Identidad (Miradas al Espejo). *Salud Colectiva*, Buenos Aires, v. 1, n. 1, p. 33-58, enero/abr. 2005.
- TRINDADE, N. In: BRASIL. Presidência da República. 2023. Discurso da ministra Nísia Trindade no Congresso Nacional. Brasília, DF, 2 jan. 2023. Disponível em: <https://www.gov.br/planalto/pt-br/acompanhe-o-planalto/discursos/2023/discurso-da-ministra-nisia--no-congresso-nacional>. Acesso em: 4 nov. 2023.
- UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA. Instituto de Saúde Coletiva. *Relatório final da Análise da implementação da PNEPS no Brasil*. Salvador, 2018.
- VENTURA, D. *Mapeamento e análise das normas jurídicas de resposta à covid-19 no Brasil*. São Paulo, 2020.



# Apêndice A

## Relação de siglas

<b>AB</b>	Atenção Básica
<b>ABC</b>	Agência Brasileira de Cooperação
<b>Abem</b>	Associação Brasileira de Educação Médica
<b>ABEn</b>	Associação Brasileira de Enfermagem
<b>Abeno</b>	Associação Brasileira de Ensino Odontológico
<b>ABO</b>	Associação Brasileira de Odontologia
<b>Abrasco</b>	Associação Brasileira de Saúde Coletiva
<b>ACE</b>	Agentes de Combate às Endemias
<b>ACS</b>	Agentes Comunitários de Saúde
<b>ADAPS</b>	Agência para o Desenvolvimento da Atenção Primária à Saúde
<b>ADIN</b>	Ações Diretas de Inconstitucionalidade
<b>AgPopSUS</b>	Programa de Formação de Agentes Educadoras e Educadores Populares de Saúde
<b>AIS</b>	Programa de Qualificação de Agentes Indígenas de Saúde
<b>AISAN</b>	Agentes Indígenas de Saneamento
<b>APS</b>	Atenção Primária à Saúde
<b>AVA</b>	Ambientes Virtuais de Aprendizagem
<b>BRTS</b>	Biblioteca de Regulação do Trabalho em Saúde
<b>CADRHU</b>	Curso de Atualização em Desenvolvimento de Recursos Humanos
<b>CAPS</b>	Centros de Atenção Psicossocial
<b>CEBAS</b>	Certificação de Entidade Beneficente de Assistência Social
<b>CEBES</b>	Centro Brasileiro de Estudos de Saúde
<b>CEPESC</b>	Centro de Estudos e Pesquisa em Saúde Coletiva
<b>CES</b>	Câmara de Educação Superior
<b>CFM</b>	Conselho Federal de Medicina
<b>CGPRH</b>	Coordenadoria Geral de Políticas de Recursos Humanos
<b>CGR</b>	Colegiados de Gestão Regional
<b>CIES</b>	Comissões Permanentes de Integração Ensino-Serviço
<b>CINAEM</b>	Comissão Interinstitucional Nacional de Avaliação das Escolas Médicas

<b>CIT</b>	Comissão Intergestora Tripartite
<b>CNE</b>	Conselho Nacional de Educação
<b>CNGTES</b>	Conferência Nacional de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde
<b>CNJ</b>	Conselho Nacional da Juventude
<b>CNRHS</b>	Conferência Nacional de Recursos Humanos para a Saúde
<b>CNRM</b>	Comissão Nacional de Residência Médica
<b>CNRS</b>	Comissão Nacional da Reforma Sanitária
<b>CNRMS</b>	Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde
<b>CNS</b>	Conferência Nacional de Saúde
<b>CNSTT</b>	Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora
<b>COAPES</b>	Contratos Organizativos de Ação Pública Ensino-Saúde
<b>CONASEMS</b>	Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde
<b>CONASS</b>	Conselho Nacional de Secretários de Saúde
<b>COSEMS</b>	Conselho Estadual dos Secretários Municipais de Saúde
<b>CPI</b>	Comissão Parlamentar de Inquérito
<b>CRTS</b>	Câmara de Regulação do Trabalho em Saúde
<b>CTGTES</b>	Câmara Técnica de Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde
<b>DAB</b>	Departamento de Atenção Básica
<b>DCN</b>	Diretrizes Curriculares Nacionais
<b>DEGERTS</b>	Departamento de Gestão e da Regulação do Trabalho em Saúde
<b>DEGES</b>	Departamento de Gestão da Educação em Saúde
<b>DENEM</b>	Direção Executiva Nacional dos Estudantes de Medicina
<b>DEPREPS</b>	Departamento de Planejamento e Regulação da Provisão de Profissionais de Saúde
<b>Desprecariza SUS</b>	Desprecarização do Trabalho no Sistema Único de Saúde
<b>DOU</b>	Diário Oficial da União
<b>EaD</b>	Educação a Distância
<b>EC</b>	Emenda Constitucional
<b>EIP</b>	Educação Interprofissional em Saúde
<b>EPS</b>	Educação Permanente em Saúde
<b>ESF</b>	Equipe de Saúde da Família
<b>ESRE</b>	Entidades de Saúde de Reconhecida Excelência
<b>FIES</b>	Fundo de Financiamento ao Estudante do Ensino
<b>Fiocruz</b>	Fundação Oswaldo Cruz

<b>FpV</b>	Frente pela Vida
<b>FSP-USP</b>	Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo
<b>GERUS</b>	Desenvolvimento Gerencial em Unidade Básica de Saúde
<b>IDA</b>	Integração Docente-Assistencial
<b>IES</b>	Instituição de Ensino Superior
<b>IPEA</b>	Instituto e Pesquisa Econômica Aplicada,
<b>INSS</b>	Instituto Nacional de Seguro Social
<b>ISC</b>	Instituto de Saúde Coletiva (ISC)
<b>LDB</b>	Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional
<b>ME</b>	Ministério da Economia
<b>MEC</b>	Ministério da Educação
<b>MNNP-SUS</b>	Mesa Nacional de Negociação Permanente do SUS
<b>MP</b>	Medida Provisória
<b>MRSB</b>	Movimento da Reforma Sanitária Brasileira
<b>MS</b>	Ministério da Saúde
<b>MT-</b>	Ministério do Trabalho
<b>ObservaRH/IMS- UERJ</b>	Rede Observatório de Recursos Humanos em Saúde
<b>OMS</b>	Organização Mundial da Saúde
<b>OPAS</b>	Organização Pan-Americana de Saúde
<b>PAREPS</b>	Plano de Ação Regional de Educação Permanente em Saúde
<b>PNAISTS/SUS</b>	Programa Nacional de Atenção Integral à Saúde e Segurança da Trabalhadora e do Trabalhador da Saúde no âmbito do SUS
<b>PAR-MS-MP-SP</b>	Programa de Apoio às Residências de Medicina Social, Medicina Preventiva e Saúde Pública
<b>PCCS</b>	Planos de Cargos, Carreiras e Salários
<b>PEC</b>	Proposta de Emenda à Constituição
<b>PEGTES</b>	Formulação dos Planos Estaduais de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde
<b>PET-Saúde</b>	Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde
<b>PMM</b>	Programa Mais Médico
<b>PNASS</b>	Programa Nacional de Avaliação de Serviços de Saúde
<b>PNAISTS/SUS</b>	Programa Nacional de Atenção Integral à Saúde e Segurança da Trabalhadora e do Trabalhador da Saúde no âmbito do SUS
<b>PNEPS</b>	Política Nacional de Educação Permanente em Saúde
<b>PNGTES</b>	Política Nacional de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde

<b>PNI</b>	Programa Nacional de Imunizações
<b>PPREPS</b>	Programa de Preparação Estratégica do Pessoal de Saúde
<b>PRM-MFC</b>	Programas de Residência Médica em Medicina de Família e Comunidade
<b>PROADI-SUS</b>	Programa de Apoio ao Desenvolvimento Institucional do SUS
<b>PROESF</b>	Projeto de Expansão e Consolidação do Saúde da Família
<b>PRO EPS-SUS</b>	Programa para o Fortalecimento das Práticas de Educação Permanente em Saúde no Sistema Único de Saúde
<b>PROFAPS</b>	Programa de Formação de Profissionais de Nível Médio para a Saúde
<b>PROGESUS</b>	Programa de Qualificação e Estruturação da Gestão do Trabalho no SUS
<b>PRÓ-JOVEM</b>	Programa Nacional de Inclusão de Jovens
<b>PROMED</b>	Programa de Incentivo às Mudanças Curriculares dos Cursos de Medicina
<b>Pró-residências</b>	Programa Nacional de Bolsas para Residências Multiprofissionais e em área profissional
<b>ProUni</b>	Programa Universidade para Todos
<b>PROVAB</b>	Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica
<b>PT</b>	Partido dos Trabalhadores
<b>RedEscola</b>	Rede Brasileira de Escolas de Saúde Pública
<b>REFORSUS</b>	Projeto Reforço à Reorganização do SUS
<b>Rede ObservaRH</b>	Rede Observatório de Recursos Humanos
<b>ReBETIS</b>	Rede Brasileira de Educação e Trabalho Interprofissional em Saúde
<b>RET-SUS</b>	Rede de Escolas Técnicas do Sistema Único de Saúde
<b>RHS</b>	Recursos Humanos em Saúde
<b>RM</b>	Residência Médica
<b>ROREHS</b>	Rede Observatório de Recursos Humanos em Saúde
<b>SAPS</b>	Secretaria de Atenção Primária à Saúde
<b>SAS</b>	Secretaria de Atenção à Saúde
<b>SES</b>	Secretarias Estaduais de Saúde
<b>SMS</b>	Secretarias Municipais de Saúde
<b>Sesu</b>	Secretaria de Educação Superior
<b>SGTES</b>	Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde
<b>SIG-RHS</b>	Sistema de Informação e Gestão de Recursos Humanos em Saúde
<b>SIGRESIDENCIAS</b>	Sistema de Informações Gerenciais do Pró-Residências

<b>SIMAPES</b>	Sistema de Mapeamento da Educação na Saúde
<b>SiNNp-SUS</b>	Sistema Nacional de Negociação Permanente do SUS
<b>SisDim</b>	Sistema de Informação
<b>SMS</b>	Secretarias Municipais de Saúde
<b>SNS</b>	Sistema Nacional de Saúde
<b>STF</b>	Supremo Tribunal Federal
<b>SUS</b>	Sistema Único de Saúde
<b>UERJ</b>	Universidade do Estado do Rio de Janeiro
<b>UFBA</b>	Universidade Federal da Bahia
<b>UFRGS</b>	Universidade Federal do Rio Grande do Sul
<b>UFRN</b>	Universidade Federal do Rio Grande do Norte
<b>UNA-SUS</b>	Universidade Aberta do SUS
<b>UNI</b>	Uma Nova Iniciativa
<b>USP</b>	Universidade de São Paulo

# Apêndice B

## Relação dos entrevistados

### Nome

Francisco Campos

Heider Pinto

Isabela Pinto

Maria Luiza Jaegger

Mayra Pinheiro

Milton de Arruda Martins

Mozart Júlio Tabosa Sales

Paulo Seixas

Rogério Abdalla

# Sobre os autores

## **Carlos Henrique Assunção Paiva**

Graduação em História pela Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ); mestrado e doutorado em Saúde Coletiva, pelo Instituto de Medicina Social da UERJ; pós-doutorado em Sociologia da Saúde. Coordenador do Observatório História e Saúde (Rede ObservaRH) da Casa de Oswaldo Cruz (COC/Fiocruz). Professor do Programa de Pós-Graduação em História das Ciências e da Saúde da COC/Fiocruz e Saúde da Família da Universidade Estácio de Sá (UNESA).

*E-mail:* chapaiva@gmail.com

## **Catharina Leite Matos Soares**

Graduação em Odontologia; mestrado em Saúde Comunitária e doutora em Saúde Pública pelo Instituto de Saúde Coletiva (ISC) da Universidade Federal da Bahia (UFBA). Professora adjunta do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, acadêmico e profissional, do ISC/UFBA. Coordenadora do Curso de Especialização em Saúde Coletiva sob forma de Residência com concentração em Planejamento e Gestão. Coordenadora do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva na modalidade profissional do ISC/UFBA. Pesquisadora do eixo Trabalho e Educação na Saúde do Observatório de Análise Política em Saúde do ISC/UFBA. *E-mail:* catharinamatos@gmail.com

### **Jairnilson Silva Paim**

Graduação em Medicina pela Universidade Federal da Bahia (UFBA); mestre em Medicina e Saúde e doutor em Saúde Pública pela UFBA. Professor da Faculdade de Medicina da UFBA de 1974 a 1995 e do Instituto de Saúde Coletiva (ISC) da UFBA (1995-2019). Professor titular em Política de Saúde do ISC/UFBA, desde 2000, e aposentado em 2019. *E-mail:* jairnil@ufba.br

### **Jéssica Janai Meneses Valério**

Graduação em Saúde Coletiva pelo Instituto de Saúde Coletiva (ISC) da Universidade Federal da Bahia (UFBA); especialista em Saúde Coletiva por meio do Programa de Residência Multiprofissional em Planejamento e Gestão em Saúde do ISC/UFBA; especialista em Saúde da Família pela Fundação Estatal em Saúde da Família (FESF/SUS); mestra em Saúde Coletiva (ISC/UFBA). Gerente da unidade de apoio técnico às ações estratégicas da saúde da Secretaria Municipal de Saúde (SMS) de Salvador-BA. *E-mail:* jj.janay@gmail.com

### **Maria Cristina Rodrigues Gil**

Possui graduação em Ciências Sociais pela Universidade Estadual de Londrina (UEL); especialização em Processos Educacionais na Saúde, com ênfase em metodologias ativas de ensino-aprendizagem pelo Instituto Sírio Libanês de Ensino e Pesquisa; mestra em Ciências Sociais pela UEL. Trabalhou na Secretaria de Estado da Saúde do Paraná. Aposentada em 2016. *E-mail:* cricagil@gmail.com

### **Renata Ribeiro Gómez**

Graduação em Comunicação Social pela Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ); especializações *lato sensu*, MBA Executivo em Gestão de Marketing pelo Instituto Brasileiro de Mercado de Capitais (IBMEC), e MBA em Gestão Industrial em Imunobiológicos pela Escola Politécnica da UFRJ; mestra em Informação e Comunicação em Saúde

pelo Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em Saúde, (ICICT) da Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz). É assessora na Chefia de Gabinete do Instituto de Tecnologia em Imunobiológicos, Bio-Manguinhos. *E-mail*: renataribeirogomez@gmail.com.

### **Silvana Lima Vieira**

Graduação em enfermagem pela Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia (UESB); mestre e doutora pela Universidade Federal da Bahia (UFBA); pós-doutorado no Instituto de Saúde Coletiva (ISC) da Universidade Federal da Bahia (UFBA). É professora titular na Universidade do Estado da Bahia (UNEB), *campus* I; orientadora do Mestrado Profissional em Saúde Coletiva da UNEB e do ISC/UFBA. *E-mail*: slvieira@uneb.br

### **Soraya Almeida Belisário**

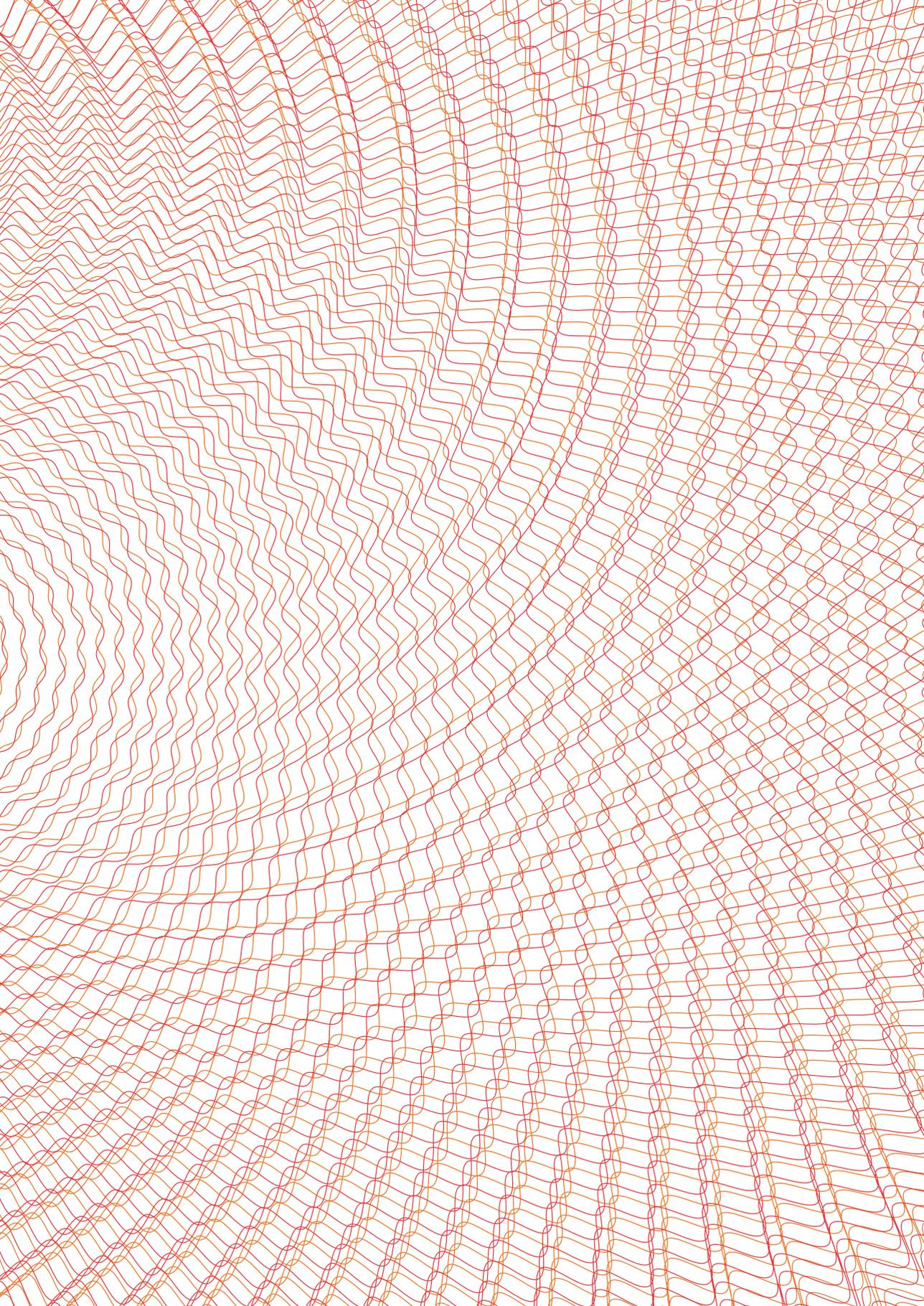
Graduação em Medicina pela Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG); mestra em Saúde Pública pela Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP); doutora em Saúde Coletiva pela Universidade Estadual de Campinas (Unicamp). Membro do Grupo de Trabalho (GT) Trabalho e Educação na Saúde da Associação Brasileira de Saúde Coletiva (Abrasco). Professora associada IV, aposentada, do Departamento de Medicina Preventiva e Social da Faculdade de Medicina (DMPS/FM) da UFMG. *E-mail*: dadayabel@gmail.com

### **Tânia Celeste Matos Nunes**

Graduação em Nutrição pela Universidade Federal da Bahia (UFBA); mestra em Saúde Comunitária pela UFBA; doutora em Saúde Pública pela Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz) e pós-doutorado em Educação na Saúde pela UFBA com instância de investigação na Universidade de Coimbra. Membro do Grupo de Trabalho (GT) de Trabalho e Educação da Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (Abrasco). Tecnologista sênior, aposentada da Fundação Oswaldo Cruz. *E-mail*: tcnunes20@gmail.com

## **Yansy Aurora Delgado Orrillo**

Graduação em Saúde Coletiva pela Universidade Federal da Integração Latino-Americana (UNILA); mestra em Educação em Ciências e Saúde pela Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ). Doutora em Educação em Ciências e Saúde no Instituto NUTES de Educação e Ciências da Saúde da UFRJ. *E-mail:* yansy.delgado@gmail.com



Formato: 17 x 24 cm  
Fonte: Aribau Grotesk e Source  
Miolo: Off-Set 120 g/m<sup>2</sup>  
Capa: Cartão Supremo 300 g/m<sup>2</sup>  
Impressão: Santa Marta  
Tiragem: 500 exemplares





MINISTÉRIO DA  
SAÚDE

GOVERNO FEDERAL  
**BRASIL**  
UNIÃO E RECONSTRUÇÃO

A criação da Secretaria da Gestão do Trabalho e Educação na Saúde (SGTES) no Ministério da Saúde, durante o primeiro governo do Presidente Luiz Inácio Lula da Silva, representou um passo ousado e assertivo no enfrentamento de um dos maiores desafios contemporâneos: pensar e promover as melhores estratégias para garantir e valorizar a força de trabalho do SUS. A essa secretaria cabe igualmente um papel estratégico na educação profissional, sempre em diálogo com outros organismos de estado e instâncias da sociedade civil.

Além de contribuir de maneira significativa para o enfrentamento dos problemas que atingem serviços e trabalhadores de saúde, a SGTES se coloca como um exemplo institucional de uma desejada intersectorialidade que articula Educação e Saúde, sem a qual não se pode avançar na qualidade das políticas que tornam o SUS uma conquista de cidadania.

**Nísia Trindade Lima**  
Ministra da Saúde

ISBN 978-65-5630-658-2



9 786556 306582