

Ministério da Saúde

FIOCRUZ

Fundação Oswaldo Cruz

Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca



ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA
SERGIO AROUCA
ENSP

*A Gestão do Trabalho em Saúde no Estado de Mato Grosso: a Regional de Saúde
de São Félix do Araguaia em Foco*

Por

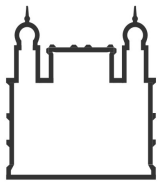
Silvia Aparecida Tomaz

*Dissertação para apresentação de Banca Prévia com vistas à obtenção do título de
Mestre em Ciências na área de Saúde Pública*

Orientador: Prof. Dr. Sérgio Pacheco de Oliveira

Co-Orientadora: Prof. Ms. Márcia Teixeira

Rio de Janeiro, junho de 2012



Ministério da Saúde

FIOCRUZ

Fundação Oswaldo Cruz

Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca



*A Gestão do Trabalho em Saúde no Estado de Mato Grosso: a Regional de Saúde
de São Félix do Araguaia em Foco*

Silvia Aparecida Tomaz

*Foi avaliada e aprovada pela Banca Examinadora composta pelos seguintes
membros:*

Prof.^a Dr.^a Monica Vieira

Prof. Dr. Mônica Carvalho de Mesquita Werner Wermelinger

Orientador: Prof. Dr. Sérgio Pacheco de Oliveira

Co-Orientadora: Prof. Ms. Marcia Teixeira

Rio de Janeiro, junho de 2012

Catálogo na fonte
Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica
Biblioteca de Saúde Pública

À diferença das outras formas de capital que se consomem com seus uso, o Capital social é a única forma de capital que quanto mais se usa, mais cresce.

Albert Hirschman (Princeton)

EU OFEREÇO

Ofereço com gratidão este trabalho a minha mãe, **Iolanda Maria de Queiroz**, a principal orientadora no caminho da vida; minha eterna orientadora, que não está presente, mas sempre me compõe.

Também ofereço este exercício da teoria e prática a **Edson Henrique Bergamo**, amigo e companheiro.

Neste momento de reflexões acadêmicas, o meu pedido de perdão irá para toda a minha família consanguínea, pela distância e ausência, e principalmente o meu pai, no outro plano da vida, **Olidio Marques Tomaz**.

E a **Miriam, Denise, José Romildo, Oneide, Valdevina, Soraia, Andreia, Rosiene Pires, Márcia e Ivani**, meu eterno e grande amigo **Lacordaire**, e todos os meus amigos que sempre me deram força e coragem para seguir em frente, principalmente minha família da Fundação Nova Suíça (em nome da Raquel) e FEEMT (em nome da Luiza), pelas sementes que regaram em mim.

EU AGRADEÇO

Eu agradeço a Deus, nosso pai, e a Jesus, nosso irmão de todas as horas, e principalmente a **Márcia Teixeira**, minha grande parceira e bússola segura que, quando me vi imersa no turbilhão de ideias confusas e ideais difusos, expandiu os limites de sua humildade e sabedoria, me ajudando a enxergar com clareza o rumo a seguir e a encontrar o caminho possível.

Ao **Dr. Sergio Pacheco**, pela presença e dedicação total ao mestrado profissional, e também por ser nosso orientador com uma postura crítica, mas hoje o vejo com outro olhar, é a forma de coordenar um projeto tão importante quanto este.

Também sou grata ao **Dr. Prof. Antenor Amâncio**, nosso amigo que, com seu jeito apaixonado de ser, participa da construção da nossa ENSP desde o início, irradiando a cooperação necessária para sustentar a vida pulsante da academia no coração de cada um de todos nós.

A minha amiga Rosângela, agradeço pelas horas dedicadas, críticas e, mais ainda, pela longa jornada partilhada na gestão do trabalho em saúde no SUS.

A minha amiga Carlinha, pela presença constante na minha vida em todas as horas, sempre com som doce da sua voz, sou eternamente grata a você.

Agradeço a Luzimar, por ser o nosso baluarte, com sua disponibilidade em cooperar com mais esta galera da gestão do SUS, e de tantos outros sonhos no SUS.

Hoje relembro os momentos em que voltava correndo da escola no sítio para minha casa para brincar. Ah! Como eu adorava ir para a escola... Neste momento, ainda consigo ouvir a voz na minha alma da minha primeira professora, Osvaldina.

Também não poderia de deixar de agradecer com imensa gratidão a toda a turma do Mestrado Profissional: Cris e Val, parceiras unidas com serenidade sempre; Ana, Marília, Neucila, Neuci, Gorete, Fernanda, Fernando, Coronel Silvio e nosso amigo Militão, que cooperou com a reinstalação da mesa nacional de negociação do SUS; Erotildes e Henrique, nosso eterno coordenador nacional da gestão do trabalho em Saúde; Sergio, com o silêncio da sabedoria na sala, sempre; e Tereza, nossa gentileza na sala; Naya, que com a beleza da arte compõe este cenário da gestão do trabalho em saúde no Mestrado Profissional.

Eu não poderia jamais deixar de agradecer, com gratidão, a Luciana Dias e Monica Vieira, que contribuíram na construção deste trabalho. E também a Janete Castro, Maria Helena Machado e Neuza Moises, pela presença nos estados e construção deste campo – a gestão do trabalho em saúde.

RESUMO

Introdução: Esta dissertação tem como tema a gestão do trabalho em saúde, especificamente em uma regional de saúde selecionada no Estado de Mato Grosso. A questão primordial do estudo foi compreender a gestão do trabalho em saúde em municípios de pequeno porte, ação estratégica para o nível estadual, responsável pela condução do processo de regionalização do estado. O estudo foi realizado na regional de saúde de São Félix do Araguaia, nos meses de setembro de 2011 a fevereiro de 2012, considerando os dados relativos ao período de 2008 a 2011. A aproximação com o campo considerou as diretrizes nacionais da política de gestão do trabalho, descritas na Agenda Positiva para a gestão do trabalho do MS e o **Método** selecionado foi a pesquisa qualitativa com sondagem nas esferas estadual e nos cinco municípios que compõem a Regional de Saúde de São Félix do Araguaia. Utilizaram-se como instrumentos de pesquisa o levantamento e a análise de documentos, entrevistas, formulários e participação em reuniões de instâncias de pactuação da regional de saúde. **Discussão e Resultados:** O trabalho discute os desafios atuais que se apresentam no campo da gestão do trabalho em saúde no Estado de Mato Grosso, destacando a temática no processo da descentralização/regionalização e a gestão do trabalho em saúde, colocando em evidência as peculiares estruturais nesse campo em municípios com menos de 11.079 mil habitantes. Observou-se um distanciamento entre as unidades da SES e os municípios pesquisados e, conseqüentemente, um baixo conhecimento sobre a realidade tanto histórico-geográfica da regional quanto da gestão do trabalho em saúde nas SMS. Este cenário traz, por um lado, um conjunto de novas demandas e questões que merecem tratamento por parte da SES-MT no processo de regionalização das políticas de saúde e que podem ser implementadas com a potencialização dos espaços efetivos de pactuação nas regionais, tais como: câmeras temáticas do CGR, na CIES, no Conselho de Saúde Indígena e no Consórcio Intergestor Regional (CIR). Por outro lado, tais estratégias também podem favorecer a construção de valores fundamentais para a implementação de políticas públicas, como cooperação e solidariedade, condições para o desenvolvimento de “capital social” tão importante no processo de regionalização do Estado do Mato Grosso.

Palavras-chave: Gestão do Trabalho em Saúde; Regionalização; Capital Social; Mato Grosso.

ABSTRACT

Introduction: This thesis addresses health work management, especially in a regional health selected in the State of Mato Grosso. The primary question of the study was to understand health work management in small municipalities, strategic action to the state level, responsible for driving the process of regionalization in the state. The study was conducted at the regional health of Sao Felix do Araguaia, from September 2011 to February 2012, whereas data concerned the period 2008-2011. The approach to the field considered national policy guidelines for work management, described in the positive agenda for work management of the state and the method selected was a qualitative research survey in the state and in the five counties that make up the Regional Health Sao Felix do Araguaia. Research tools were survey and analysis of documents, interviews, forms and attending meetings of instances of agreement of regional health. **Discussion and Results:** This work discusses the current challenges faced in the field of health work management in the state of Mato Grosso, highlighting in the theme the process of decentralization / regionalization and health work management, pointing the peculiar structural field in municipalities with fewer than 11,000 inhabitants. There is a distance between the units of the SES and the municipalities surveyed, and consequently a low knowledge of both historical and geographical reality of regional work management in the municipal department. This scenario brings, on the one hand, a set of new demands and issues that deserve treatment by the SES-MT in the process of health policies regionalization and that can be implemented with potentiation of effective spaces for negotiation in regional units, such as: discussion themes of CGR at CIES, Council of Indigenous Health and the Regional Inter-management Consortium (CIR). Moreover, such strategies can also promote the building of core values for the implementation of public policies, such as cooperation and solidarity, conditions for the development of "social capital" as important in the process of regionalization of the State of Mato Grosso.

Key words: Health work management; Regionalization; Social Capital; State of Mato Grosso.

SUMÁRIO

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS.....	09
LISTA DE QUADROS.....	10
INTRODUÇÃO.....	12
APROXIMAÇÃO COM O OBJETO DE ESTUDO.....	12
1 - ASPECTOS CONCEITUAIS ASSOCIADOS À POLÍTICA DE GESTÃO DO TRABALHO EM UMA REGIONAL DE SAÚDE NO ESTADO DE MATO GROSSO.....	17
2 - ASPECTOS METODOLÓGICOS: APROXIMAÇÃO COM A REALIDADE DE SÃO FÉLIX DO ARAGUAIA.....	32
2.1 O MÉTODO DA SONDAÇÃO.....	32
2.2 ANÁLISE DOCUMENTAL.....	33
2.3 APROXIMAÇÃO COM A REALIDADE DE SÃO FÉLIX DO ARAGUAIA.....	34
2.4 SONDAÇÃO COM OS ATORES ESTADUAIS.....	35
2.5 SONDAÇÃO NA REGIONAL DE SÃO FÉLIX DO ARAGUAIA.....	36
3 - A GESTÃO DO TRABALHO EM SAÚDE NO ESTADO DO MATO GROSSO NO CONTEXTO DA DESCENTRALIZAÇÃO/ REGIONALIZAÇÃO.....	42
4 - DESVENDANDO O CAMPO: A REGIONAL DE SAÚDE DE SÃO FÉLIX DO ARAGUAIA.....	66
4.1 CONTEXTO HISTÓRICO E GEOGRÁFICO DA REGIONAL DE SÃO FÉLIX DO ARAGUAIA.....	66
4.2 CARACTERÍSTICAS DA GESTÃO DO TRABALHO EM SAÚDE NOS MUNICÍPIOS DA REGIONAL DE SAÚDE DE SÃO FÉLIX DO ARAGUAIA.....	72
4. 2.1 Município de Alto Boa Vista.....	72
4. 2.2 Município de Nova Serra Dourada.....	74
4. 2.3 Município de Luciara.....	75
4. 2.4 Município de São Félix do Araguaia.....	77
4. 2.5 Município de Novo Santo Antonio.....	80
4.3 BALANÇO DA AGENDA POSITIVA NOS MUNICÍPIOS DA REGIONAL DE SÃO FÉLIX DO ARAGUAIA.....	82
5. CONSIDERAÇÕES E RECOMENDAÇÕES.....	90
6. REFERÊNCIAS.....	97
ANEXOS.....	105
APÊNDICES.....	126

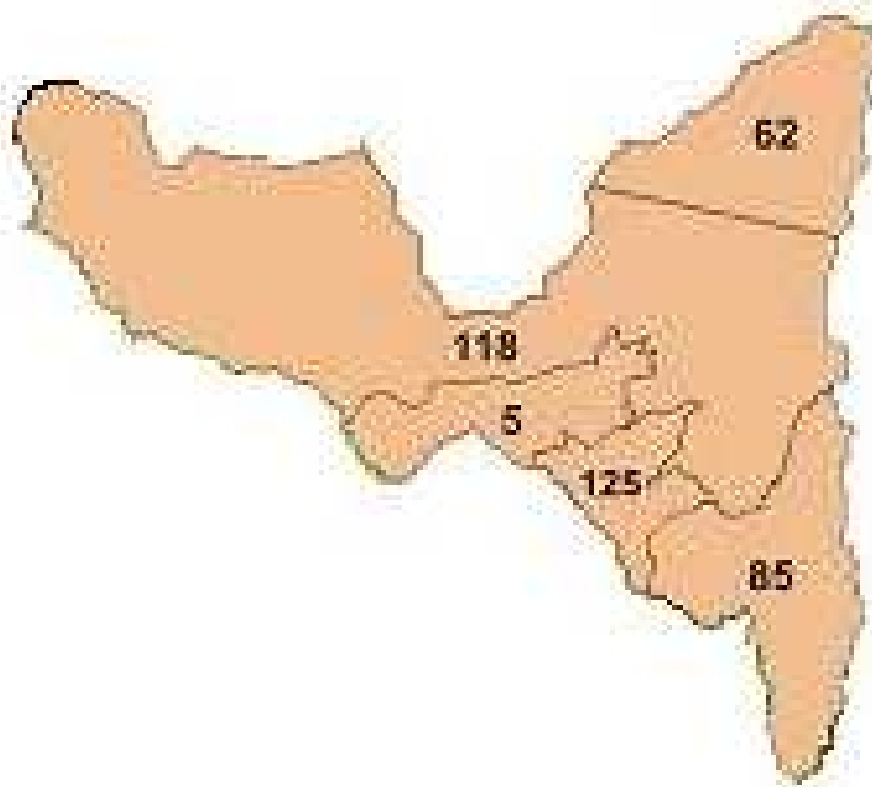
LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

CGR	Colegiado de Gestão Regional
CES	Conselho Estadual de Saúde
CIS	Consórcio Intermunicipal de Saúde
CIR	Colegiado Intergestor Regional
CIES	Comissão de Integração Ensino e Serviço
CIRHUS	Curso Internacional de Recursos Humanos em Saúde
CNRHS	Conferências Nacionais de Recursos Humanos em Saúde
CONASEMS	Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde
CONASS	Conselho Nacional de Secretários de Saúde
COAP	Contrato Organizativo de Ação Pública
DSEI	Distrito Sanitário Especial Indígena ESP
ESP	Escola de Saúde Pública
MT	Mato Grosso
MS	Ministério da Saúde
NOB-RH-SUS	Norma Operacional Básica de Recursos Humanos para o SUS
PCCS	Planos de Cargos, Carreiras e Salários
PDR	Plano Diretor de Regionalização
PDI	Plano Diretor de Investimentos
PROGESUS	Programa de Estruturação e qualificação da Gestão do Trabalho e Educação na Saúde
PPA	Plano Plurianual
PPI	Programação Pactuada e Integrada
PTA	Plano de Trabalho Anual
RH	Recursos Humanos
SAR	Superintendência de Articulação Regional
SGP	Superintendência de Gestão de Pessoas
SGTES	Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde
SIMAP	Sistema de Monitoramento da Atenção Primária
SUDRH	Superintendência de Desenvolvimento de Recursos Humanos
SUS	Sistema Único de Saúde
TCG	Termo de Compromisso de Gestão

LISTA DE QUADROS

Quadro 1: Responsabilidades das esferas do Estado e dos Municípios, Como o Termo de Compromisso da Gestão – TCG	20
Quadro 2: Cronologia de Recursos Humanos em Saúde	27
Quadro 3: Documentos identificados e que foram apreciados no momento de elaboração do projeto de pesquisa e seus instrumentos	32
Quadro 4: Listagem Geral dos Atores da Pesquisa	37
Quadro 5: Trajetória da Gestão do Trabalho em Saúde no Estado de Mato Grosso	53
Quadro 6: Ações da Gestão do Trabalho e Educação no PES de 2008 a 2011	60
Quadro 7: Medidas do PPA da Superintendência de Gestão de Pessoas da SES	61
Quadro 8: Características sócio-demográficas e econômicas dos municípios da Regional de Saúde de São Félix do Araguaia, Mato Grosso, 2012	66
Quadro 9: Resumo do Edital nº. 01 concurso publico da SMS de Alto Boa Vista	72
Quadro 10: Resumo do Edital nº. 01/2008, concurso publico da SMS de Luciara	76
Quadro 11: Resumo do Edital nº. 001/2008, concurso publico da SMS de São Félix do Araguaia	78
Quadro 12: Resumo do Edital nº. 001/2011, concurso publico da SMS de Novo Santo Antonio	80

Regional de São Félix do Araguaia, muito prazer!



LEGENDA

- 005 – Alto Boa Vista
- 062 – Luciara
- 085 – Novo Santo Antônio
- 118 – São Félix do Araguaia
- 125 – Serra Nova Dourada

INTRODUÇÃO

Aproximação com o objeto de estudo

O desafio de pensar a política de gestão do trabalho para o Sistema Único de Saúde (SUS), na atualidade, configura uma pauta premente, uma vez que os trabalhadores têm sido percebidos como base estratégica para um funcionamento mais eficaz e eficiente das organizações que prestam serviços de saúde, tanto no plano federal quanto nas demais instâncias de pactuação do SUS.

Desde 2003, o país vem reformulando suas ações para o campo da gestão do trabalho em saúde e a intersectorialidade do campo, assim como a necessidade de maior articulação entre a instância federal e as diferentes esferas de gestão do sistema têm sido valorizadas. É o que ressaltam Pierantoni et al., ao tratarem das mudanças na estrutura de gestão do trabalho do Ministério da Saúde:

[...] com a criação da SGTES, no conjunto de medidas para a reestruturação do ministério ocupando o primeiro escalão, é reafirmada a relevância da área de recursos humanos para o desenvolvimento da Política Nacional de Saúde. A SGTES é criada com o desafio de buscar o equacionamento dos problemas existentes e de definir políticas no campo da gestão do trabalho e da educação para o efetivo desempenho do Sistema Único de Saúde (SUS) **de forma articulada com as instâncias federativas gestoras do sistema**. Mais ainda, de assumir, entre outros, papel estratégico nas diretrizes intersectoriais que envolvam o desenvolvimento de uma Política Nacional de Recursos Humanos em Saúde (PNRHS) (PIERANTONI et al., p. 688 e 689, 2008) - grifo nosso.

A área de Gestão do Trabalho em Saúde no Estado de Mato Grosso ainda se encontra em processo de institucionalização. Tomando como base as diretrizes nacionais que constam na Agenda Positiva¹ do Departamento de Gestão e da Regulação do Trabalho em Saúde (DEGERTS-MS), o estado precisaria implementar ações como:

- Construção de Planos de Carreiras, Cargos e Salários (PCCS-SUS);

¹ O Departamento de Gestão e da Regulação do Trabalho em Saúde (Degerts), em cumprimento às políticas definidas pelo Ministério da Saúde frente às demandas e às necessidades do Sistema Único de Saúde, criou uma agenda positiva com diretrizes para a área da gestão do trabalho em saúde. Estabeleceu como prioridade as seguintes ações ou eixos de trabalho: 1- Planos de Carreiras, Cargos e Salários (PCCS-SUS); 2 – Programa Nacional de Desprecarização do Trabalho no SUS; 3 Regulação do Trabalho em Saúde; 4 – Negociação do Trabalho no SUS; Estruturação e qualificação da Gestão do Trabalho e da Educação no SUS; 5 – Estruturação da Gestão do Trabalho e da Educação no SUS; 6 - Sistema de Gerencial de Informações em Gestão do Trabalho em Saúde; 7 – Exercício Profissional no Mercosul; e 8 - qualidade do Trabalho e Humanização da Gestão (BRASIL/MS, 2009b - primeira versão em BRASIL/MS, 2004a).

- Instituição de Programa de Desprecarização do Trabalho no SUS;
- Atuar do campo do exercício profissional em diálogo com os conselhos de classe para a regulação do trabalho em saúde;
- Construção de espaços de negociação do trabalho no SUS;
- Estruturação e qualificação da gestão do trabalho e da educação no SUS;
- Implantar Sistema Gerencial de Informação em Gestão do Trabalho em Saúde;
- Tratar das questões relacionadas da segurança e saúde do trabalhador para ampliar a qualidade do trabalho e humanização dos serviços.
- Cooperar tecnicamente com as Secretarias Municipais de Saúde – SMS, para que a mesma agenda seja operacionalizada em seus municípios, assumindo papel de coordenador da política.

Assim, frente ao desafio de coordenar as ações para o campo, e considerando a grande dimensão do território e as diferenças econômicas e culturais do Estado do Mato Grosso, torna-se necessário um olhar tanto regional como local.

A Secretaria de Estado de Saúde do Mato Grosso tem uma trajetória peculiar na organização e tratamento das questões acima elencadas. Dois momentos distintos da política de gestão do trabalho em saúde são identificados: no primeiro, apesar das grandes restrições em relação ao trabalho no setor público na década de 1990 e início da década de 2000, o Estado de Mato Grosso, no período de 1994 a 2001, conseguiu avanços na implementação de PCCS, realização de concursos públicos, melhoria da tabela salarial, criou subsídios na carreira dos trabalhadores em obediência à Constituição Federal e realizou quatro concursos públicos de 1995, 1996, 1999 e 2000, entre outros. No segundo momento, de 2002 a 2010, as ações neste campo não foram priorizadas na pauta estratégica da SES como foram nos governos anteriores, mesmo tendo alguns avanços significativos em andamento no final da década de 1990 e início de 2000.

Nossa descrição, aqui, trata do destaque que a área teve na década de 1990, de uma maneira geral, podendo-se inferir sobre o clima e a cultura organizacional da SES. Há mais de 12 anos não existe concurso público. A reformulação do PCCS ocorreu depois de oito anos da última alteração, devido à luta do sindicato dos trabalhadores da saúde, configurando, assim, um cenário de precarização do trabalho em saúde, com contratação dos trabalhadores por meio de Organização

Social de Interesse Público (OSCIP), num total de 611 trabalhadores. As contratações foram realizadas nas duas gestões do governo do estado no período de 2002 a 2010, quase alcançando o limite permitido em lei por contrato temporário. Isto ocorreu nas duas gestões do governo do estado no período de 2002 a 2010. Ainda que no mesmo período tenham ocorrido avanços significativos, não foi como no período de 1994 a 2001, quando os trabalhadores estavam no centro das decisões da gestão estratégica da SES-MT.

Com a criação da SGTES, surgiu a Agenda Positiva do Governo Federal, que impulsionou a área dando devido destaque à agenda política do governo do Estado de Mato Grosso, principalmente pela entrada no Pacto pela Saúde² no bloco da Gestão no item 05 – Gestão do Trabalho em saúde, e adesão ao Programa de Qualificação e Estruturação da Gestão do Trabalho e da Educação no SUS (ProgeSUS)³. Essas mudanças podem ser percebidas na estrutura organizacional do campo. E é nesta perspectiva que analisamos o papel da esfera estadual no processo da institucionalização da nova agenda para a gestão do trabalho para o SUS.

Para realizarmos uma reflexão sobre o processo de gestão no MT, optamos por analisar, neste estudo, o processo de implementação das diretrizes contidas na agenda nacional em uma região do estado. O foco do estudo foi a Regional de São Félix do Araguaia, composta por cinco municípios: Alto Boa Vista, Luciara, Novo Santo Antônio, São Félix do Araguaia e Serra Nova Dourada, todos com menos de 11.079 habitantes, conforme o Anexo I.

A regional de São Félix do Araguaia possui um dos 16 Escritórios Regionais da Saúde (Anexo H), criados para gerenciar as ações da SES/MT por meio de uma Superintendência de Articulação Regional, cujo principal objetivo é acompanhar a política de saúde do Estado de Mato Grosso.

A escolha de uma regional tão distante da capital se torna importante pela dimensão territorial do estado e as dificuldades de monitoramento dos serviços de

² **O Pacto pela Saúde** é um conjunto de reformas institucionais pactuadas entre as três esferas de gestão (União, estados e municípios) do SUS, com o objetivo de promover inovações nos processos e instrumentos de gestão. Sua implementação se dá por meio da adesão de municípios, estados e União ao Termo de Compromisso de Gestão (TCG), que, renovado anualmente, substitui os processos anteriores de habilitação e estabelece metas e compromissos para cada ente da federação (BRASIL/MS, 2011).

³ O Programa de Qualificação e Estruturação da Gestão do Trabalho e da Educação no SUS (ProgeSUS) é um programa que tem como objetivo proporcionar diretrizes organizacionais e oferecer ferramentas, suporte e mecanismos para a organização, modernização e profissionalização da gestão do trabalho e da Educação nas Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde, por meio da Portaria Ministerial nº. 2.261, de 22/09/2006 (DOU, 26/09/2006). (BRASIL, 2006e).

saúde por parte da esfera estadual. Por outro lado, tanto a formulação de políticas quanto os estudos sobre elas no Brasil têm sido pouco capazes de valorizar as especificidades das diferentes regiões e localidades (RIBEIRO; BARROS, 2011, p. 50).

A ideia deste trabalho foi construída durante o estudo realizado por ocasião do Curso Internacional de Especialização de Política de Recursos Humanos em Saúde (CIRHUS) no ano de 2007, na FIOCRUZ, quando elaboramos os exercícios de enlaces dos módulos do curso e pudemos perceber as inúmeras diferenças entre as regiões do estado, um contexto complexo para a implementação de qualquer política, especialmente a de gestão do trabalho em saúde. Em fevereiro de 2010, durante viagem na microrregião de saúde do Vale do Araguaia no Estado de Mato Grosso, foi possível verificar a situação funcional dos trabalhadores do SUS com vínculo na Secretaria Estadual da SES-MT que lá atuam, em reuniões em cada um dos cinco Colegiados de Gestão Regional (CGR). Essa experiência ensejou inquietações, que levaram ao interesse em refletir sobre os pontos críticos das políticas públicas para a gestão do trabalho em saúde das diferentes regiões do estado e o papel do nível estadual nesse processo.

Debruçando-nos, então, sobre a realidade atual da gestão do trabalho no SUS, reconhecemos que algumas de “nossas indagações” esbarravam no limite de nosso exercício profissional, dentre os quais o pouco conhecimento das diferentes realidades do nosso estado.

Este contexto levou ao objetivo central deste trabalho, que é conhecer e discutir o processo de implementação da Agenda Positiva da gestão do trabalho em saúde nos municípios da Regional de Saúde em São Félix do Araguaia no Estado de Mato Grosso, no período de 2008 a 2011, associado à inclusão da gestão do trabalho em saúde de forma mais estruturada na agenda da SES/MT, depois da assinatura do Pacto pela Saúde, com respectiva definição de fluxo e responsabilidades de cada esfera de governo.

Para lograr este objetivo, foi ainda necessário: identificar os processos envolvidos na implementação das diretrizes da política de gestão do trabalho em saúde na regional do estudo (sujeitos e arenas envolvidas, pautas e tempos de negociação na gestão e execução das ações desenvolvidas pelos municípios); caracterizar o perfil socioeconômico, a oferta de serviços e o mercado de trabalho em saúde dos municípios, e mapear as instâncias regionais e seu papel na

implementação da política de gestão do trabalho em saúde na região; identificar as estratégias e instrumentos adotados pela SES para indução e coordenação da política de gestão do trabalho na região; descrever os estágios de implantação da política de gestão do trabalho nos municípios da região; e discutir os principais entraves e elementos facilitadores da implantação da política de gestão do trabalho na Regional de Saúde.

As seguintes questões nortearam nosso campo de trabalho: *os municípios da microrregião de saúde de São Félix do Araguaia estão preparados para efetivar uma política de gestão do trabalho em saúde como preconiza o pacto? Eles contam com recursos econômicos, técnicos e da sociedade civil para efetivação dessa política? Existem pesquisas no Brasil sobre a situação da gestão do trabalho em saúde em SMS com menos de 10 mil habitantes? A esfera estadual tem conhecimento da situação de suas diferentes regiões quanto à gestão do trabalho em saúde? A SES está preparada para cooperar com a implementação das diretrizes do pacto em relação à gestão do trabalho em saúde?*

Temos ainda que considerar que, no Estado de Mato Grosso, aproximadamente 82% dos municípios têm menos de 20 mil habitantes e os municípios do recorte do estudo têm menos de 11.079 habitantes, como colocamos anteriormente.

O presente trabalho foi organizando em seis capítulos, além da primeira parte, que corresponde a esta introdução. O segundo focaliza as contribuições teóricas que ofereceram subsídios para análise dos dados. No terceiro são apresentadas as opções metodológicas selecionadas e as estratégias de abordagem do campo. O quarto capítulo aborda a estrutura e operacionalização da gestão do trabalho na SES-MT, considerando as diretrizes nacionais para a gestão do trabalho em saúde e alguns aspectos da regionalização no Estado. O quinto analisa a gestão local do trabalho na Regional de Saúde de São Félix do Araguaia. E por último, nas considerações e recomendações finais, faz-se um esforço de balanço da gestão do trabalho no Estado do Mato Grosso no período estudado, buscando contribuir para o desenho de instrumentos de trabalho para a Superintendência de Gestão de Pessoas da SES.

1. ASPECTOS CONCEITUAIS ASSOCIADOS À POLÍTICA DE GESTÃO DO TRABALHO EM UMA REGIONAL DE SAÚDE NO ESTADO DE MATO GROSSO

Na investigação teórica para a concretização deste trabalho, buscou-se compor um conjunto de conceitos que nos auxiliaram na condução da pesquisa e na identificação de elementos para a pesquisa de campo. O estudo adotou como pano de fundo para análise e execução do trabalho proposto os seguintes conceitos: capital social, regionalização e gestão do trabalho em saúde.

O primeiro instrumento conceitual que nos auxiliou na compreensão da implementação das diretrizes nacionais da política de gestão do trabalho foi o conceito de capital social, “que diz respeito às características da organização social, como confiança, normas, sistemas, que contribuem para aumentar a eficiência da sociedade” (PUTNAM, 1996, p. 177).

O tema não é novo, conforme identifica Milani (2005). Já em 1916, Lyda Hanifan apresentou uma primeira definição do conceito, segundo a qual o capital social seria “como o conjunto dos elementos tangíveis que mais contam na vida cotidiana das pessoas, tais como a boa vontade, a camaradagem, a simpatia, as relações sociais entre indivíduos e a família” (p. 13). Segundo Milani, a autora “parte da ideia de que as redes sociais podem ter valor econômico (HANIFAN, 1916, p. 13).

Putnam (1996), citado por Milani (2005), declara que a urbanista Jane Jacobs teria sido a primeira analista social a utilizar, em 1961, o termo “capital social” com seu significado atual. E, segundo Sobel, 2002 (apud MILANI, 2005) o conceito foi retomado com vigor pelas agências de desenvolvimento, em meados dos anos 1990, e aparece com alta frequência em títulos de artigos em periódicos e livros, sobretudo a partir de 1999.

A partir desse momento, diferentes autores realizaram estudos sobre este tipo de capital como um fator importante para o desenvolvimento econômico e construção das políticas sociais em diferentes contextos nacionais. Autores como James Coleman (1988; 1990), Michael Woolcock (1998; 2000), Henrique Rattner, Ricardo Abramovay, Jane Jacobs(1961), Glenn Loury, Pierre Bourdieu (1980;1983) e Ekkehart Schlicht (1980) abordam, em seus respectivos campos de estudo, as redes de compromisso cívico, as normas de confiança mútua e a riqueza do tecido

associativo enquanto fatores fundamentais do desenvolvimento local (rural e urbano) (MILANI; 2005)

Outros autores que também abordam nos seus estudos a fundamentação teórica sobre capital social são: Tocqueville (1835; 1840), Hanifan (1916), Jane Jacobs (1916), Pierre Bourdieu (1983), James S. Coleman (1993; 1990), Robert D. Putnam (1993; 1996; 2000), Kliksberg (2001), Bertolini e Bravo (1999), Cohen e Prusak (2001), Banco Mundial (1999), Woolcock (2000), Bandeira (2003), Monasterio (1999; 2000) e Baquero (1999; 2003).

Para Putnam (1996, p.177), o conceito do capital social citado acima “diz respeito às características da organização social, como confiança, normas e sistemas que contribuem para aumentar a eficiência da sociedade, facilitando as ações coordenadas”. E para Milani (2005, p.18), a ênfase do conceito de capital social a dimensão política, na visão de Putnam, se sobrepõe à dimensão econômica: “as tradições cívicas permitem-nos prever o grau de desenvolvimento, e não o contrário. A “performance institucional” está condicionada pela comunidade cívica.

O estudo de Putnam na Itália moderna apresenta alguns caminhos para nossa análise, ao destacar a importância do “capital social” na implementação de políticas públicas em diferentes regiões. Tal abordagem nos auxilia a entender o Vale do Araguaia com suas heranças culturais e sua grande diversidade social e de saúde. Assim para o autor, podemos perceber uma região como:

uma interação pessoal como um meio econômico e seguro de obter informações acerca da confiabilidade dos demais atores” dos municípios, especificamente os prefeitos, os sistemas de participação cívica, são uma forma essencial de capital social: quanto mais desenvolvidos forem esses sistemas numa comunidade, maior será a possibilidade de que seus cidadãos sejam capazes de cooperar em benefício mútuo. (PUTNAM; 2006, p. 182).

A partir dessa reflexão, destacamos o que Viana & Lima (2011, p. 62) destacam: *é preciso desenvolver mecanismos que favoreçam a participação de uma ampla gama de atores e o estabelecimento de relações coordenadas e cooperativas entre governos, organizações, agentes e cidadãos nos espaços regionais.*

O conceito de capital social também auxiliou o estudo de Daniel (2000), realizado no interior de São Paulo, em São José dos Campos, destacando a importância desse tipo de capital em avaliação que faz sobre o Modelo de Gestão Regional do Grande ABC. Segundo o autor, para uma avaliação crítica devem-se

considerar, entre outros fatores, as condições históricas, o capital social e a presença de lideranças sociais e políticas da região. Para ele, devemos considerar:

[...] as condições históricas peculiares da região do Grande ABC que envolvem tanto as condições de possibilidade para a gestação deste modelo, quanto também alguns limites a sua continuidade. Trabalho aqui com o conceito de “capital social”, um conceito que tem sido desenvolvido mais recentemente pela Ciência Política e pela Sociologia. Contamos na Região do Grande ABC com um tipo de “capital social” específico que envolve tanto um alto grau de associativismo quanto uma maior propensão á discussão de temas públicos e também uma propensão ás ações voltadas á cooperação e á solidariedade (DANIEL, 2000, p. 210).

Podemos compreender melhor as ideias acima se nos aprofundarmos no estudo de Putnam (1996, p. 35), que nos ajuda a compreender melhor a utilização dessa abordagem nos estudos de políticas regionalizadas, quando nos oferece uma definição ampliada do conceito de “capital social”: “o envolvimento individual em atividades coletivas, construção de redes de confiança recíproca, construção de virtudes cívicas que possibilitam o fortalecimento da democracia” (CREMONESE: 2005, p. 74).

O segundo elemento do nosso mapa conceitual é a **regionalização** das políticas de saúde no Brasil. A partir dos anos 2000, o Governo Federal passou a mobilizar estratégias favoráveis ao aprofundamento da regionalização. Essa nova política foi marcada pelas normas operacionais emitidas pelo Ministério da Saúde, e se fortaleceu em 2006, com o lançamento do Pacto da Saúde⁴, que elegeu a regionalização um dos seus pilares fundamentais (VIANA, et al., 2008).

Solla (2006, p. 343) destaca também as mudanças para o campo da gestão pública, quando trata do “Pacto de Gestão”. Segundo o autor, as duas portarias, nº 399/GM, e nº 699/GM, publicadas em 2006, apresentam mudanças situadas em cinco grande eixos:

[...] substituir o processo de habilitação pela formalização de termos de compromisso de gestão; **apontar a regionalização solidária como eixo da descentralização**; aprovar proposta de integração de várias formas de repasse de recursos federais para estados e municípios em blocos de financiamento; cobrar a explicitação dos recursos de custeio próprios das esferas municipal e estadual; e unificar os processos de pactuação de indicadores a partir de 2007. **(grifo nosso)**.

⁴ O Pacto pela Saúde é o resultado do processo de negociação envolvendo os compromissos da operacionalização do SUS entre os gestores das três esferas de governo, na perspectiva de superar problemas políticos, técnicos e administrativos que dificultam a participação mais efetiva e autônoma dos municípios na gestão do SUS. Estão previstas ações de cooperação técnica e solidária entre as secretarias municipais de Saúde, as secretarias estaduais de Saúde, do Distrito Federal e o Ministério da Saúde, favorecendo a construção de novos mecanismos que ampliem e qualifiquem a gestão pública dos sistemas e serviços de saúde.

No documento “Diretrizes Operacionais para os Pactos pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão” (BRASIL, 2006), no componente “Pacto de Gestão”, destacam-se temas centrais da política nacional da gestão do trabalho e são definidas as responsabilidades para cada esfera de governo.

O Pacto de Gestão, também priorizou os seguintes componentes na estruturação da Gestão do Trabalho no SUS.

Estruturação da Gestão do Trabalho no SUS: esse componente trata das necessidades exigidas para a estruturação da área de gestão do trabalho integrado pelos seguintes eixos: base jurídico-legal; atribuições específicas; estrutura e dimensionamento organizacional e estrutura física e equipamentos. Foram priorizados para este componente, estados, capitais, Distrito Federal e nos municípios com mais de 500 empregos públicos, desde que possuam ou venham a criar setores de Gestão do Trabalho e da Educação nas Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde;

Capacitação de Recursos Humanos para a Gestão do Trabalho no SUS: esse componente trata da qualificação dos gestores e técnicos na perspectiva do fortalecimento da gestão do trabalho em saúde. Estão previstos, para seu desenvolvimento, a elaboração de material didático e a realização de oficinas, cursos presenciais ou à distância, por meio das estruturas formadoras existentes;

Sistema Gerencial de Informações: esse componente propôs “à análise de sistemas de informação existentes e desenvolver componentes de otimização e implantação de sistema informatizado que subsidie a tomada de decisão na área de Gestão do Trabalho (CONASS: 2011, p.106).

Segue o quadro abaixo, com suas respectivas responsabilidades na esfera municipal e estadual:

Quadro 1 - Responsabilidades das esferas do estado e dos municípios, como o Termo de Compromisso da Gestão – TCG

No termo de gestão estadual	No termo de gestão municipal
5.1 Promover e desenvolver políticas de gestão do trabalho, considerando os princípios da humanização, da participação e da democratização das relações de trabalho;	5.1 Promover e desenvolver políticas de gestão do trabalho, considerando os princípios da humanização, da participação e da democratização das relações de trabalho;
5.2 Desenvolver estudos e propor estratégias e financiamento tripartite com vistas à adoção de políticas referentes aos recursos humanos descentralizados;	5.2 Todo município deve adotar vínculos de trabalho que garantam os direitos sociais e previdenciários dos trabalhadores de saúde;
5.3 Promover espaços de negociação permanente entre trabalhadores e gestores, no âmbito estadual e regional;	5.3 Todo município deve estabelecer espaços de negociação permanente entre os trabalhadores e gestores;
5.4 Adotar vínculos de trabalho que garantam os direitos sociais e previdenciários dos trabalhadores de saúde na sua esfera de gestão e de serviços, promovendo ações de adequação de vínculos, onde for necessário, conforme legislação vigente e apoiando técnica e financeiramente os municípios na mesma direção;	5.4 Desenvolver estudos e propor estratégias e financiamento tripartite com vistas à adoção de políticas referentes a RH descentralizados;
5.5 Considerar as diretrizes nacionais para Planos de Carreiras, Cargos e Salários para o SUS – PCCS/SUS, quando da elaboração, implementação e/ou reformulação de Planos de Carreiras, Cargos e Salários no âmbito da gestão estadual;	5.5 Considerar as diretrizes nacionais para Planos de Carreira, cargos e salários para o SUS quando elaboração e reformulação do PCCS local;
5.6 Propor e pactuar diretrizes para políticas de educação e de gestão do trabalho que favoreçam o provimento e a fixação de trabalhadores de saúde, no âmbito estadual, notadamente em regiões onde a restrição de oferta afeta diretamente a implantação de ações estratégicas para a atenção básica.	5.6 Implementar e pactuar diretrizes para políticas de educação e de gestão do trabalho que favoreçam o provimento e a fixação de trabalhadores de saúde, no âmbito municipal, notadamente em regiões onde a restrição de oferta afeta diretamente a implantação de ações estratégicas para a atenção básica.

Fonte: Construção própria, a partir da Portaria do MS nº 6.699-GM, de 30/03/2006 (BRASIL, 2006d).

Frente aos desafios postos aos municípios para a implementação das diretrizes nacionais da gestão do trabalho contidas na Agenda Positiva, é indispensável a articulação entre estado e municípios nesse processo. O pacto pela saúde resgata o papel do estado frente aos serviços de saúde nos municípios, e estes muitas vezes estão situados em regiões muito diferentes do estado. Desta forma, o Pacto pela Saúde inicia um novo ciclo da descentralização para o SUS “ao procurar garantir a função da regionalização de trazer os conteúdos do território para dentro das lógicas de sistema e de descentralização, como forma de pensar e buscar maior coerência e aproximação entre essas duas lógicas” (VIANA, et al., 2008, p. 96)

De acordo com Meneguini (2011, apud GIL; LICHT; YAMAUCHI, 2006, p. 23) a regionalização do SUS representaria, ainda:

uma estratégia para qualificar e fortalecer a descentralização, reduzir as desigualdades sociais e territoriais; promover a equidade e a integralidade da atenção; racionalizar e otimizar recursos; [...] ampliar a participação comunitária e a democratização e propiciar os meios mais adequados de supervisão, uma maior cobertura de serviços e a adequação destes as necessidades locais.

Em 2007, o eixo da regionalização é reafirmado pelo Ministério da Saúde no documento “Regionalização Solidária e Cooperativa: orientações para sua implementação no SUS”, quando institui que:

O Pacto pela Saúde, apresenta a regionalização como uma das diretrizes da sua dimensão Gestão, assumindo o compromisso de avançar na regionalização e descentralização do SUS, orientando para o processo de identificação e construção de regiões de saúde no intuito de melhorar o acesso aos serviços de saúde e garantir a integralidade da atenção à saúde, dando ênfase a um processo de regionalização solidária e cooperativa (BRASIL, 2007b).

O Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde (CONASS) também valoriza esse processo, destacando suas principais estratégias:

[...] O Pacto pela Saúde, em 2006, abriu um caminho para essa construção, resultado de um esforço das três esferas de governo, que definiu como questões principais: a regionalização com ênfase no Plano Diretor de Regionalização (PDR), no Plano Diretor de Investimento (PDI) e na definição de Redes de Atenção à Saúde; o financiamento; a Programação Pactuada e Integrada (PPI); a regulação assistencial e o papel das Secretarias Estaduais de Saúde na coordenação das referências intermunicipais e a gestão dos prestadores de serviços. O pacto configura um entendimento formal entre os gestores do SUS, em suas três dimensões: pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão (CONASS, 2011).

Nesse sentido, ressaltamos também a definição de Botti (2011, p.06) apud Mendes e Pestana (2004), quando colocam que “[a] regionalização é uma diretriz do SUS e deve orientar a descentralização das ações e serviços de saúde. Apresenta como um dos seus principais objetivos: garantir o acesso próximo aos usuários do SUS, resolubilidade e qualidade às ações e serviços de Saúde”.

É importante sublinhar, no entanto, que todo esse processo de reforço a regionalização traz a necessidade de um novo olhar para as diferentes realidades locais e suas formas de interação. Assim, concordamos com os apontamentos de Viana et al. (2008, p. 93), quando colocam que “não é possível pensar um único modelo para o país. Pelo contrário, o propósito do processo de regionalização em

curso exprime-se pela necessidade de lidar de forma coerente e mais efetiva com a diversidade de contextos e lugares”.

O terceiro elemento do nosso mapa conceitual que subsidiou a análise foi a gestão do trabalho em saúde. A definição conceitual para o campo do trabalho em saúde transitou de recursos humanos, gestão de pessoas até gestão do trabalho, influenciando os modelos, as práticas e a definição de políticas para o campo, durante os 23 anos de implementação do SUS.

Um momento importante de debates sobre o campo foi a 1ª Conferência Nacional de Recursos Humanos (CNRH), considerada um marco quando incorpora o papel social dos trabalhadores no SUS. Conforme destaca Castro (2008):

A 1ª Conferência Nacional de Recursos Humanos, realizada em 1986, capital no nosso país, que viria se constituir em um dos marcos da história da política de RH, no Brasil, e não será equivocado afirmar que a partir daí pode-se falar de um pensamento para o campo de recursos humanos, na perspectiva do trabalhador de saúde. **Este trabalhador é entendido como ator de uma política que não deve ser construída de forma improvisada ou desarticulada de outras políticas e de uma proposta real de organização de serviços de saúde** (p.190 - grifo nosso).

Por outro lado a terminologia "recursos humanos" dá margem a algumas polêmicas. Alguns teóricos colocavam que “o conceito RH traz em si o peso de ser colocado ao lado de outros recursos, como os materiais e financeiros, na perspectiva de uma administração mais racional” (CASTRO, 2008, p. 191). Outros autores, porém, lembram que este conceito transformado no setor da política de saúde “teria o privilégio de reunir em seu contexto dois dos principais pilares de sustentação da cidadania, que são a educação e a saúde” (GARRAFA, 1993, p.9 apud CASTRO, 2008). Esses debates, no início da década de 90, também faziam diferenciação entre o objeto do que são os trabalhadores, ora podendo ser identificados como *força de trabalho*, ora como *recursos humanos*⁵. Vários autores brasileiros se dedicaram à análise desse conceito, como Gonçalves (1993), Paim (1994), Pierantoni (2004), Vieira (2005), Castro (2008) e Machado (2011).

Um dos primeiros autores a refletir sobre o conceito foi Gonçalves (1993, p. 37) apud Vieira (2010), quando entende “por questão dos recursos humanos tudo o

⁵ *Força de trabalho*, expressão consagrada pela economia política, ligada à escola clássica do Marxismo, trata de um uso que é simultaneamente crítico e analítico. Onde, quem diz força de trabalho, diz produção, emprego, renda, divisão de trabalho, setor de emprego, assalariamento e outros. Já Recursos Humanos, expressão advinda da ciência da administração, se subordina à ótica de quem exerce algum tipo de gerência. Ou seja, faz referência a planejar, capacitar, selecionar, elaborar PCCS e outras. O uso da expressão RH implicaria no propósito de submeter uma dada realidade a uma ação gerencial (NOGUEIRA, 1987 apud CASTRO, 2008).

que se refere aos trabalhadores da saúde em sua relação com o processo histórico de construção do SUS”. Paim (1994, p. 3) reconhece como RHS “um conjunto de agentes capazes de desenvolver ações de saúde, sejam as de promoção, proteção, recuperação ou reabilitação. Há, porém, que superar a ideia de RHS como um mero insumo, tal como um recurso material ou financeiro, e recuperar a dimensão de trabalho”. Concordamos assim, com a síntese apresentada por Pierantoni et al. (2004), quando traduzem a evolução na abordagem conceitual do termo RH. Segundo os autores,

[...] o termo recursos humanos sofre uma evolução sendo (res)significado à partir de sua definição clássica, oriunda da ciência da administração e que está subordinada à ótica de quem exerce alguma função de gerência ou de planejamento (gerência de capacidade das pessoas, assim como dos recursos materiais e financeiros com vistas a uma utilização mais racional e eficiente). Absorve o conceito de força de trabalho da economia política com o uso descritivo e analítico dos fenômenos do mercado de trabalho – emprego e desemprego, produção, renda, assalariamento, e configura-se na gestão do trabalho – da sociologia do trabalho, em um mix que envolve o trabalho, o trabalhador como “ser social” e a sociedade. (PIERANTONI et al., 2004, p. 54).

Contudo, os autores ainda alertam que o termo “recursos humanos” é consagrado e utilizado na literatura mundial não se referindo exclusivamente à sua conceituação clássica. Mais recentemente, outro conceito que passou a fazer parte do campo da gestão da saúde é a “gestão de pessoas”. Este conceito está diretamente vinculado ao processo de reestruturação produtiva que tem como parâmetro a utilização do trabalho mais flexível, menos protegido e remunerado de forma mais individualizada por meio de incentivos. Esse movimento é descrito abaixo:

O mundo contemporâneo vem experimentando inovações nos processos de gestão, horizontalizando as funções de gerência, (re)nomeando e (res)significando a gerência de RsHs para a gestão de pessoas no sentido de “humanizar” a área e valorizar o capital humano e, ao mesmo tempo, buscar qualidade, produtividade e competitividade. Ou seja, desenvolver novos estilos gerenciais, visto que as formas tradicionais já não respondem às exigências de competitividade no mercado. Ao trabalhador são imputados novos atributos via ampliação de seus conhecimentos e busca pela polivalência funcional, para garantir espaços no mundo cada vez mais restrito de oportunidades de emprego (PIERANTONI et al., 2008).

A partir de 2003, outro conceito passa a ser utilizado no campo da saúde, a **gestão do trabalho no SUS**: passou a ser concebida com uma política que trata das relações de trabalho onde a participação dos trabalhadores é fundamental para

a efetividade e eficiência do SUS. Segundo verbete do *Glossário Temático* elaborado para a área, o conceito incluiria ainda as ideias de que:

[...] **i)** O trabalhador é percebido como sujeito e agente transformador de seu ambiente e não apenas um mero recurso humano realizador de tarefas previamente estabelecidas pela administração local. **ii)** Nessa abordagem, o trabalho é visto como um processo de trocas, de criatividade, co-participação e co-reponsabilização, de enriquecimento e comprometimento mútuos. **iii)** Essa política pressupõe a garantia de requisitos básicos para a valorização do trabalhador da saúde e do seu trabalho, tais como: Plano de carreira, Cargos e Salários; vínculos de trabalho com proteção social; espaços de discussão e negociação permanente e comissões locais de negociação de condições de trabalho; capacitação e educação permanente dos trabalhadores; humanização da qualidade do trabalho, dentre outras[...]; Glossário Temático em Gestão do Trabalho e Educação na Saúde (BRASIL, 2005, p. 07).

O marco para institucionalização do conceito de “gestão do trabalho” é a criação da SGTES-MS, em 2003. Segundo Vieira (2005, p. 45), “a área inaugura uma nova forma de organizar as questões do campo que até então se localizavam, com menor visibilidade, na coordenação de Políticas de Recursos Humanos em Saúde”. Ressaltam-se ainda as inter-relações entre a gestão do trabalho em saúde e o contexto político e social onde se desenvolve. Tal fenômeno é valorizado do texto do CONASS:

A gestão do trabalho na administração pública brasileira relaciona-se ao contexto político e econômico mundial e pode ser compreendida por três grandes eixos: a mudança no modelo de Estado, que passa de um modelo provedor para um modelo regulador; a reestruturação produtiva, que traz novas formas de relação de trabalho; e a incorporação tecnológica, que introduz novas práticas e novos processos de trabalho (CONASS, 2007a, p. 39).

Assim, optamos por utilizar conceito de “gestão do trabalho” em saúde como suporte para a análise deste estudo. Utilizamos também no corpo dos instrumentos de trabalho e no contato com os atores do campo, o termo “recursos humanos”, por ser ainda um termo muito utilizado nos serviços de saúde.

O estudo de Machado (2008) afirma que para se compreender melhor a problemática de gestão do trabalho em saúde, é preciso conhecer a cronologia das políticas que foram traçadas para o campo de gestão, com destaque para momentos distintos, assim descritos no quadro 3.

No Brasil, a área de gestão do trabalho em saúde é marcada, sobretudo, pelo crescimento dos empregos no setor e sua concentração cada vez maior no espaço municipal, segundo Machado (BRASIL; 2006):

O crescimento da oferta de empregos no setor público, nestas três décadas, se deu a partir da expansão do 'parque sanitário municipal'. Em 1976, representava 11% do total de empregos públicos do SUS e, em 2002, aumentou para 65%. Pode-se dizer que o setor federal, que sempre teve hegemonia na prestação e na assistência à população, passa em apenas duas décadas a ser o 'lanterna' no ranking da assistência, invertendo posição com o setor municipal. A isso se denomina 'processo de municipalização na saúde'. O foco passou a ser o município, que, além de precisar ampliar sua rede de atendimento, teve que buscar se adequar à nova realidade: ser o maior empregador em Saúde do País (MACHADO, 2006, p. 12,13).

Na mesma linha de raciocínio, Pierantoni et al. (2008) nos chamam a atenção para a expansão de responsabilidades das Secretarias Municipais de Saúde:

Ao longo da década de 90, inicia-se a normatização e institucionalização do processo de descentralização, com aprofundamento da municipalização, o que determinou profundas mudanças na estrutura das relações de trabalho e a responsabilização dos municípios pela contratação e gerência de profissionais para dar conta dos múltiplos objetivos e metas do projeto de reforma setorial. Dados do IBGE informam que, na década de 1980, a esfera municipal respondia por cerca de 16,0% dos empregos públicos de saúde e, em 2005, por 68,8%. Ainda segundo informações do Conasems, de 1998 a 2005, assistimos, no Brasil, a uma vertiginosa subida de empregos na área de saúde, passando de 1,5 milhões para 2,5 milhões, sendo um milhão de empregos somente nos municípios brasileiros, que ficam com menos de 17% das receitas tributárias totais." (PIRANTONI et al., 2008, p. 700).

Este debate é significativo no serviço público brasileiro, e podemos aprofundar esta questão trazendo expressamente o olhar enfático sobre a capacidade gestora na gestão pública no:

Campo da capacidade gestora é consensual, que a despeito de uma recente profissionalização da gestão impulsionada pela necessidade de qualificação para as novas funções, a herança conservadora e patrimonialista se contrapõe a uma administração pública profissionalizada que utilize a valorização do trabalhador, sua profissionalização com desenvolvimento de habilidades e responsabilidades, medidas de avaliação de desempenho, entre outras. **Mais ainda, permanece a prática da "indicação política", e funções gestoras como de "governo", em detrimento do caráter técnico para qualificação da gestão.** (PIRANTONI et al., 2004, p. 31- grifo nosso).

Para tanto deve-se:

"[...] partir de um pressuposto básico que defina uma agenda de trabalho como política de Estado e não de governo, envolvendo as diferentes esferas que caracterizam o Estado Nacional, visando à consolidação ampliada de mudanças mais consistentes tanto para o sistema de saúde como para o desenvolvimento da sociedade. Implica na definição e conhecimento da capacidade gestora do trabalho em saúde com o reconhecimento de

competências e instâncias de poder, visando um modelo de gestão participativo intergestores das diferentes instâncias administrativas da federação e articulador intersetorial dos poderes Executivo, Legislativo e Judiciário (PIERANTONI et al., 2004, p. 32)

Neste sentido, vale sublinhas as contribuições de Pierantoni et al. Segundo os autores:

[...] o tempo decorrido na organização do sistema de saúde de forma descentralizada e a tímida capacidade alocativa de investimentos na área, observa-se um redesenho do campo com potencialidades para romper o insulamento político e ocupar papel estratégico no processo decisório da gestão da saúde. **A confirmação desta tendência requer o fortalecimento de mecanismos de *accountability* para a área, bem como a implementação de políticas indutoras de estruturação e qualificação da gestão.** Os mecanismos de gestão no campo de RHS ainda são processos em construção, que polarizam questões conflitantes e polêmicas. Constituem desafios ainda em construção e suscitam uma série de reflexões sobre os modelos gerenciais para recursos humanos no setor saúde (PIERANTONI et al., 2008, p. 702 - grifo nosso).

Outro ponto importante sobre a capacidade gestora no serviço público, especificamente na implementação da política de gestão do trabalho, considera as estratégias para fixação de profissionais na regional. Conforme estudo realizado por Girardi et al. (2011):

As desigualdades no acesso aos serviços de saúde ocasionados pela carência e má distribuição geográfica e social de profissionais de saúde, muito especificamente médicos, têm sido apontadas como um problema grave, persistente ao longo do tempo e resistente as mais variadas estratégias adotadas para seu enfrentamento na maioria dos países do mundo. Em regiões geográficas mais isoladas e remotas e os segmentos mais pobres e desprotegidos das populações são mais vulneráveis à insegurança assistencial acarretada pela falta ou escassez de profissionais da saúde. Quando combinada com outras desvantagens socioeconômicas e situações de altas necessidades de saúde, a escassez de profissionais de saúde agrava o estado de privação essencial que pode afetar tais populações (GIRARDI et al., 2011, p. 171).

O mapa conceitual deste capítulo forneceu subsídios para trabalho de campo, entretanto também se fez necessário, analisar a cronologia de recursos humanos em saúde, conforme quadro abaixo:

Quadro 2: Cronologia de Recursos Humanos em Saúde.

Primeiro Momento 1967-1974	Caracterizado por incentivo à formação profissional, especialmente de nível superior; estratégia de expansão dos empregos privados a partir do financiamento público; incremento da contratação de médicos e atendentes de enfermagem, reforçando a bipolaridade. “médico/atendentes”; e incentivo a hospitalização/especialização.
Segundo Momento 1975-1986	Caracteriza-se, na primeira fase (1975-1984), pelo surgimento de dispositivos institucionais para reverter o quadro existente. Já na segunda fase (1984-1986), pelo aumento da participação do setor público na oferta de serviços ambulatoriais e hospitalares; aumento da formação do pessoal técnico e sua incorporação nas equipes de saúde; e aumento do pessoal que atua na rede ambulatorial.
Terceiro Momento 1987-1989	Caracterizado pelas mudanças estruturais, marcadas especialmente pelo processo de descentralização da assistência e, conseqüentemente, dos recursos humanos que integram os serviços. Inicia-se aí o processo que culminaria na reversão do quadro de pessoal, ora concentrado na esfera federal ora na municipal. Toda a política de recursos humanos passa a girar em torno da proposta da Reforma Sanitária. O SUS se torna uma realidade após longo debate constitucional
Quarto Momento 1990 - 2003	Caracterizado pelas políticas de ajuste fiscal e reforma do Estado. Momento caracterizado pela adoção dos preceitos neoliberais em detrimento aos da Reforma Sanitária. Isso transformou a questão de R.H, ao longo da década, em um enorme problema para a Reforma Sanitária, invertendo toda a lógica preconizada com a elaboração da Norma Operacional Básica de Recursos Humanos - NOB-RH (Brasil, 2005), que define princípios e diretrizes da valorização profissional e da regulação das relações de trabalho em saúde. No entanto, poucos resultados foram alcançados com a NOB, priorizando-se a terceirização de serviços, a flexibilização das relações e o <i>laissez-faire</i> na abertura de novos cursos na área da saúde.
Quinto Momento 2003 -2012	Caracterizado por mudanças, as mudanças positivas nas políticas de recursos humanos, da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, no âmbito do Ministério da Saúde; e mais, com a criação de dois departamentos distintos, um que trataria das questões de gestão da educação e outro da gestão do trabalho, além da reinstalação da Mesa Nacional de Negociação Permanente do SUS, gestão do trabalho, passaram a constituir a agenda central do governo federal. O trabalhador é percebido como sujeito e agente transformador de seu ambiente e não apenas um recurso humano realizador de tarefas previamente estabelecidas pela administração local.

Fonte: Construção a partir de Machado (2008, p.276-277). In:PEREIRA, Isabel; LIMA, Júlio César França (Org.). *Dicionário da educação profissional em saúde*. 2.ed. rev. ampl. Rio de Janeiro: EPSJV, 2008.

Todas as questões relatadas até aqui nos estimularam a pensar sobre a implementação da agenda nacional para a área de gestão do trabalho em saúde no Estado do Mato Grosso e nas SMS, considerando sua adesão, as estratégias adotadas, sua capacidade gestora no campo do trabalho em saúde e seus mecanismos de regionalização e descentralização, bem como ações que promovam a cooperação e solidariedade entre a gestão estadual e a regional de saúde de São Félix do Araguaia.

Para efetividade deste estudo, citamos novamente os objetivos gerais que são: conhecer e discutir o processo de implementação da Agenda Positiva da gestão do trabalho em saúde nos municípios da Regional de Saúde em São Félix do Araguaia no Estado de Mato Grosso, no período de 2008 a 2011.

Foi necessário, ainda, identificar os processos envolvidos na implementação das diretrizes da política de gestão do trabalho em saúde na regional do estudo (sujeitos e arenas envolvidas, pautas e tempos de negociação na gestão e a execução das ações desenvolvidas pelos municípios); caracterizar o perfil socioeconômico, a oferta de serviços e o mercado de trabalho em saúde dos municípios e mapear as instâncias regionais e seu papel na implementação da política de gestão do trabalho em saúde na região; identificar as estratégias e instrumentos adotados pela SES para indução e coordenação da política de gestão do trabalho na região; descrever os estágios de implantação da política de gestão do trabalho nos municípios da região; e discutir os principais entraves e elementos facilitadores da implantação da política de gestão do trabalho na Regional de Saúde.

2. ASPECTOS METODOLÓGICOS

2.1 O MÉTODO DA SONDAGEM

Segundo Gil (2008), podemos analisar e compreender o processo e as fases de uma pesquisa como:

[...] procedimentos racional e sistemático que tem como objetivo proporcionar respostas aos problemas que são propostos. A pesquisa é desenvolvida mediante o concurso dos conhecimentos disponíveis e a utilização cuidadosa de métodos, técnicas e outros procedimentos científicos. Na realidade, a pesquisa desenvolve-se ao longo de um processo que envolve inúmeras fases, desde a adequada formulação do problema até a satisfatória apresentação dos resultados [...] (p.17).

Buscamos também entender a definição do método no processo de pesquisa, na obra de Minayo (2010, p. 300), na qual a autora sublinha que “métodos e instrumentos são caminhos e mediadores para permitir ao pesquisador o aprofundamento de sua pergunta central e de suas perguntas sucessivas, levantadas a partir do encontro com seu objeto empírico ou documental”.

Entre os métodos de pesquisa disponíveis na literatura consultada, utilizamos o método qualitativo, porque nele, para se investigar os fenômenos, os dados são coletados a partir de interações sociais e analisados de modo subjetivo pelo pesquisador. E ainda consideramos para nosso estudo o tipo de investigação descritiva, “que descreve e interpreta a realidade, sem nela interferir”, não estabelecendo relações de causalidade (BRASIL, 2009a; p. 122 e 135).

Minayo (2010, p. 57) ainda nos auxilia com sua definição do método qualitativo:

[...] é o que se aplica ao estudo da história, das relações, das representações, das crenças, das percepções e das opiniões, produtos das interpretações que os humanos fazem a respeito de como vivem, constroem seus artefatos e a si mesmo, sentem e pensam [...].

Para a realização da pesquisa qualitativa podemos lançar mão, segundo a autora, de várias estratégias de análise, tais como documentos, entrevistas, biografias, resultado de discussão em grupos focais e resultado de observação (MINAYO, 2010). E, para a realização da análise, a autora destaca alguns obstáculos: em primeiro lugar, a “ilusão da transparência”, segundo Bourdieu, que significa a tentativa de interpretação espontânea e literal dos dados como se o real se mostrasse nitidamente ao observador.

Ainda segundo a autora, esse momento requer do pesquisador uma explicação meticulosa dos dados coletados.

[...] Portanto, analisar, compreender e interpretar um material qualitativo é, em primeiro lugar, prover de uma superação da sociologia ingênua e do empirismo, visando a penetrar nos significados que os atores sociais compartilham na vivência de sua realidade. [...] (p.299).

Em segundo lugar, a autora cita o obstáculo “que leva o pesquisador a sucumbir à magia dos métodos e das técnicas, esquecendo-se do mais importante, isto é, a fidedignidade à compreensão do material e referida às relações sociais dinâmicas e vivas”. A limitação na análise dos dados é a dificuldade que muitos pesquisadores encontram na junção entre sínteses e teorias com os achados em campo ou documentais (MINAYO, 2010, p. 300).

2.2. ANÁLISE DOCUMENTAL

Para elaboração dos instrumentos para a coleta de dados e apoio para a análise do conjunto do material levantado, foram utilizados diferentes documentos oficiais. A Agenda Positiva da SGTES-2010, do Departamento de Regulação e Gestão do Trabalho em Saúde, instrumentos das instâncias de pactuação e deliberações do SUS do MT, documentos relativos às instâncias de pactuação da Regional de São Félix do Araguaia (atas das reuniões do CGR, os termos de gestão municipal das cinco SMS, avaliação e monitoramento da SES sobre as ações da gestão do trabalho em saúde no item 05 do Pacto de Gestão, a relação das SMS que fizeram a adesão ao PROGESUS) e também o relatório de gestão do Escritório Regional de São Félix do Araguaia. O quadro 4 apresenta os documentos selecionados.

Destacamos outros estudos sobre as estruturas de gestão do trabalho que foram realizadas em diferentes SES no país, pelo Observatório de Recursos Humanos do Instituto de Medicina Social da Universidade Estadual do Rio de Janeiro, intitulado “*Capacidade gestora de recursos humanos em instâncias locais de saúde em municípios com população superior a 100 mil habitantes, Rio de Janeiro - 2004*”.

Realizamos, ainda, contato e visita a este grupo de pesquisa, para troca de experiências sobre os diferentes instrumentos utilizados e seus resultados. Essa visita técnica contribuiu para o desenho dos instrumentos que permitiram a aproximação e análise da realidade que nos propusemos estudar.

Quadro 03 – Documentos identificados e que foram apreciados no momento de elaboração do projeto de pesquisa e seus instrumentos.

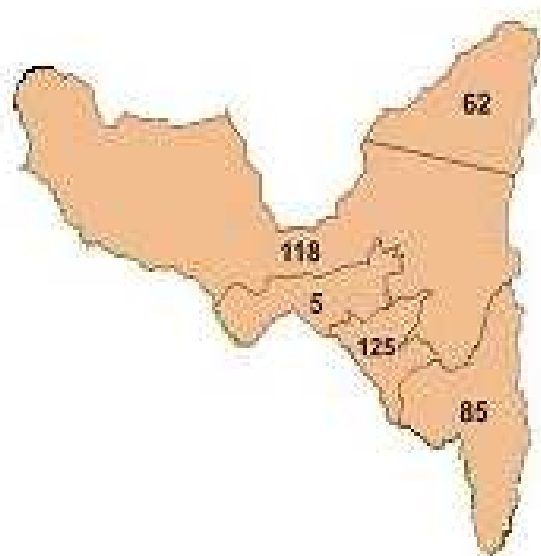
	MS	SES	SMS
Documentos relevantes para a pesquisa	Agenda Positiva do Departamento de Regulação e Gestão do Trabalho	Termo de Gestão Estadual do Pacto.	Termo de Gestão Municipal sobre o pacto de cada SMS e portaria publicadas no DOU, quadro 7, p.52
		Avaliação do Termo Estadual de Gestão do Trabalho no item 05.	Projeto do ProgeSUS das SMS que aderiram ao chamado do MS.
		PPA e PES da SGP de 2008 a 2011.	Plano de Saúde Municipal de Saúde.
		Plano de ação da SGP para execução do Pacto pela Saúde.	Atas do CGR no período de 2008 a 2010.
		Sistema de Informação do monitoramento da Atenção Primária - SIMAP – SES-MT	
		Sistema de Informação do Monitoramento da Rede de Serviços de Saúde – SES-MT	

Identificamos também a pesquisa do CONASS, uma pesquisa pioneira, realizada em 2003, que evidenciou a situação dos recursos humanos em todas as Secretarias Estaduais de Saúde e propiciou a realização do seminário sobre o tema em 2004, que possibilitou a Construção dos Consensos dos Gestores Estaduais sobre as políticas para o setor, documento que ainda hoje fundamenta diferentes ações para o campo. (CONASS, 2011). Outras fontes importantes foram os instrumentos utilizados no levantamento realizado pela Secretaria de Gestão do Trabalho e Educação em Saúde do MS, para a construção do Perfil dos Gestores Estaduais da Gestão do Trabalho em Saúde no ano de 2010 pelo PROGESUS.

2.3 . APROXIMAÇÃO COM A REALIDADE DE SÃO FÉLIX DO ARAGUAIA

A pesquisa realizada buscou analisar o processo da implementação da gestão do trabalho em saúde nos municípios de Luciara, Alto Boa Vista, São Félix do Araguaia, Serra Nova Dourada e Novo Santo Antônio, localizados na região leste do Estado de Mato Grosso, definida como Baixo Araguaia, e que compõe a Regional de Saúde de São Félix do Araguaia.

MAPA DA MICRORREGIÃO DE SÃO FÉLIX DO ARAGUAIA



LEGENDA

- 005 – Alto Boa Vista
- 062 – Luciara
- 085 – Novo Santo Antônio
- 118 – São Félix do Araguaia
- 125 – Serra Nova Dourada

O processo da gestão do trabalho em saúde foi pesquisado a partir das informações dos atores importantes no cenário da regional de saúde, tanto aqueles que atuam na esfera estadual quanto os que atuam na Regional de São Félix do Araguaia. Foram selecionados oito gestores estaduais e dez municipais, dois atores sociais da Câmara Técnica de RH do Conselho Estadual de Saúde (CES), dois atores sociais do Observatório de RH, uma liderança da comunidade de São Félix e os demais atores envolvidos no processo de implantação da política de gestão do trabalho em saúde. A seleção da amostra foi por conveniência, em função do potencial do ator escolhido em fornecer informações pertinentes ao objeto e objetivo deste trabalho.

Segundo Minayo (2010, p.302), a “investigação qualitativa requer como atitudes fundamentais, a abertura, a flexibilidade, a capacidade de observação e de interação com os atores sociais envolvidos”. Assim, o trabalho de campo foi realizado usando-se uma postura ética, num esforço de identificar e dar voz, no corpo do trabalho, aos diferentes atores envolvidos no campo da gestão do trabalho em saúde no estado.

2.4 SONDAÇÃO COM OS ATORES ESTADUAIS

Para os atores estaduais vinculados à SES, foram realizadas reuniões, agendadas previamente, para a realização das entrevistas no próprio ambiente de trabalho (Anexo C).

A primeira etapa da coleta de dados realizou-se entre os meses de setembro e dezembro de 2011, quando realizamos as entrevistas com roteiros por escrito, com duração de 30 a 45 minutos com os gestores estaduais da SES, selecionados para pesquisa em função do cargo que ocupam na Secretaria de Saúde: Superintendente de Gestão de Pessoas, Superintendente de Políticas de Saúde, Secretária Adjunta de Assuntos Estratégicos responsável pelos Escritórios Regionais, dois representantes da Comissão de Recursos Humanos do Conselho Estadual de Saúde, Superintendente de Articulação Regional e dois articuladores do Instituto da Saúde coletiva da UFMT. Além desses, para ouvirmos as instâncias de pactuação da política de gestão do trabalho em saúde no estado, foram realizadas entrevistas com dois representantes da Comissão de Recursos Humanos do Conselho Estadual de Saúde, dois representantes do Observatório de Recursos Humanos do MT e um representante da Regional de Saúde de São Félix do Araguaia na Comissão Intergestora Bipartite. As entrevistas aconteceram nos respectivos espaços de pactuação.

2.5 SONDAAGEM NA REGIONAL DE SÃO FÉLIX DO ARAGUAIA

Para coleta de dados com os gestores das SMS, atores-chave do estudo, utilizamos como instrumentos de pesquisa entrevistas gravadas que seguiram roteiros semi estruturados (Anexo D).

Já para os atores vinculados à área de RH das SMS ligados à Regional de São Félix do Araguaia, encaminhamos um formulário específico (Anexo F) para levantar informações sobre a estrutura organizacional e a sistematização da área em cada SMS. Para tal ação, contamos com o encaminhamento dos formulários pela coordenação do Colegiado da Gestão Regional (CGR), que distribuiu o mesmo aos gestores municipais, na reunião ordinária do Colegiado de Gestão Regional que ocorreu na segunda quinzena de setembro de 2011.

Devido à ausência de técnicos das SMS responsáveis pela gestão do trabalho, foram os próprios secretários municipais de Saúde que se responsabilizaram pelo preenchimento dos formulários, contando com a contribuição de diferentes profissionais, tanto nas Secretarias de Saúde quanto da Secretaria de Administração dos municípios.

A primeira ida à Região de São Félix do Araguaia foi realizada no período de 25 a 28 de outubro de 2011. Nesse momento, as entrevistas com os gestores municipais foram realizadas em uma reunião extraordinária no Colegiado de Gestão Regional, em 26 de

outubro de 2011, cuja pauta constou de uma apresentação sobre a temática da gestão do trabalho em saúde. Realizamos então entrevistas com dois prefeitos nos respectivos gabinetes municipais, com um representante do CONSEMES da Regional de Saúde na CIB estadual e ainda com a coordenadora do Colegiado de Gestão Regional, diretora do Escritório Regional de Saúde (Anexo D).

As entrevistas foram abertas, com duração de 30 a 40 minutos, quando apresentamos o roteiro por escrito e os formulários para todos os gestores. No início, definimos que entrevistaríamos os técnicos da área da gestão do trabalho nas secretarias de Saúde, mas não encontramos profissionais responsáveis pela área nos municípios. As atividades de gestão do trabalho estão distribuídas entre as diversas instâncias municipais e são realizadas por diferentes profissionais das prefeituras: contador, advogado, economista e secretários de finanças. A gestão da folha de pagamento, fonte importante de informação em municípios de pequeno porte, está sob a responsabilidade das Secretarias de Administração dos municípios.

Assim, complementamos as informações sobre os municípios com diferentes profissionais. No primeiro momento de ida ao campo, substituímos em dois municípios (Nova Serra Dourada e São Félix do Araguaia) a entrevistas com os técnicos da SMS por chefes de RH da prefeitura responsáveis ao mesmo tempo por todo o funcionalismo municipal. Realizamos ainda, na primeira ida ao campo, uma entrevista com Dom Bispo Casadalia, uma importante liderança local.

Na segunda visita ao campo, em janeiro de 2012, buscamos recolher os formulários, que estavam sob a responsabilidade do gestor municipal, e também conhecer as estruturas físicas das SMS. Participamos então de algumas reuniões importantes de pactuação dos serviços de saúde na Regional, sendo: do Colegiado de Gestão Regional (CGR), do Consórcio Intermunicipal de Saúde (CIS), da Comissão de Integração Ensino e Serviço (CIES), do Conselho Local de Saúde Indígena, onde estavam presentes todas as representações dos estados de MT e TO, e representante da Secretaria Nacional de Saúde Indígena do Ministério da Saúde, além de participar do Seminário dos Agentes Comunitários de Saúde, organizado pelo seu sindicato. Esses momentos foram importantes para identificar como são a dinâmica e o funcionamento desses espaços de pactuação da política de saúde na Regional.

Ao longo deste trabalho, iremos identificar os superintendentes e prefeitos Como gestores no nível estratégico; já as secretárias Municipais de Saúde, a diretora da Regional, o coordenador do Colegiado de Gestão Regional (CGR) serão gestores no nível

estratégico e tático. Também identificamos os outros atores da pesquisa, conforme quadro abaixo. A coleta de dados teve início após a autorização do Comitê de Ética, na segunda semana de setembro de 2011, tendo seu término em fevereiro de 2012, conforme quadro abaixo:

Quadro 4 - Listagem geral dos atores da pesquisa. Total dos atores da pesquisa: 28. Total de entrevistas realizadas = 18

Nº de atores entrevistados	Atores sociais entrevistados	Local de Realização	Nível na gestão	Data	Vínculo	Escolaridade de
01	Secretaria de Estado de Saúde de Assuntos Estratégicos	SES-MT	GE do nível estratégico	15-12-11	Exclusivamente comissionado	Nível Superior
01	Superintendente de Articulação Regional	SES-MT	GE do nível tático	07-02-11	Exclusivamente comissionado	Nível Superior
01	Superintendente de Políticas de Saúde	SES-MT	GE do nível tático	03-10-11	Comissionado de Carreira	Nível Superior
01	Superintendente de Gestão de Pessoas	SES-MT	GE do nível tático	06-02-12	Exclusivamente comissionado	Nível Superior
01	Diretora do Escritório Regional de Saúde e Coord. do CGR	ERS	GE do nível operacional	26-01-12	Comissionado de Carreira	Nível Superior
01	Secretário de Luciara	Reunião do CGR	GE do Nível tático	27-10-11	Exclusivamente comissionado	Nível Superior
01	Secretário de Alto Boa Vista	Reunião do CGR	GE do Nível tático	27-10-11	Exclusivamente comissionado	Nível Superior
01	Secretário de Nova Serra Dourada	Reunião do CGR	GE do Nível tático	27-10-11	Da Carreira do SUS da SMS	Nível Médio
01	Representante do CONSEMES da regional de saúde na CIB estadual e gestora da SMS de São Félix do Araguaia	Reunião do CGR	GE do Nível tático	27-10-11	Exclusivamente comissionado	Nível Superior
01	Entrevista realizada com Suplente no CGR	Gestora de Novo Santo Antonio	GM do Nível operacional	27-10-11	Da Carreira do SUS da SMS	Nível Superior
01	Prefeitos dos municípios	São Félix do Araguaia	GM do nível estratégico	27-10-11	_____	_____
01	Prefeitos dos municípios	Alto da Boa Vista	GM do nível estratégico	26-10-11	_____	Nível Superior
01	Prefeito dos Municípios	Luciara ⁶	GM do nível estratégico	Não realizado	_____	_____
01	Prefeito dos Municípios	Novo Santo Antonio ⁷	GM do nível estratégico	Não realizado	_____	_____
01	Prefeito dos Municípios	Serra Nova Dourada	GM do nível estratégico	25-01-12	_____	_____
01	Bispo Calsadalia	Residência do mesmo	Liderança regional	28-10-11	_____	Nível

⁶ O período de chuvas acontece em meio os meses 10 a 03, e o período de seca tem início no mês 04 e termina somente no mês 09.

⁷ Assassinato do Prefeito do exercício de 2009 a 2012.

						superior
01	Atores Sociais do Observatório de RH	UFMT	Ator das instituições de ensino	10 -10- 11	Carreira do SUS-SES	Nível Superior
01	Atores Sociais do Observatório de RH	UFMT	Ator das instituições de ensino	17-10-11	Carreira da UFMT	Nível Superior
01	Representante da Comissão de R.H CES	Conselho Estadual de Saúde	Ator do controle social	06-10-11	Carreira do SUS-SES	Nível Superior
01	Representante da Comissão de R.H CES	Conselho Estadual de Saúde	Ator do controle social	06-10-11	Carreira do SUS-SES	Nível Superior
01	Secretaria Executiva da CIB estadual	SES-MT	Gestora Estadual do Nível Operacional	Não realizado	Comissionado de Carreira	Nível Superior
05	Técnicos da área de RH das SMS e ou Representante da Área de RH da Secretaria de Administração ⁸	Envio do formulário para o ERS. Respondido pelos SMS e contribuição de vários técnicos dos Municípios.	Informações sob responsabilidade dos gestores municipais.	Entre 09-11 a 26-02	_____	_____

OBS: A escolha da identificação dos atores sociais da pesquisa por Nível Estratégico, Tático e Operacional está relacionada pelo grau de responsabilidade ou poder de execução da política de saúde no SUS-MT.

⁸ Quanto às respostas nos formulários os Informantes-chave, foram os Secretários municipais de Saúde, pois não identificamos responsáveis pela área da gestão do trabalho.

Não foi possível aplicar totalmente os instrumentos de pesquisa (entrevistas) no Município de Novo Santo Antônio, dado o cenário de incertezas ocasionado pelo falecimento (por assassinato) do prefeito. Após sua morte, ocorreram trocas dos titulares em diferentes áreas da gestão municipal, impedido nosso acesso às áreas estratégicas daquela SMS, o que havia sido anteriormente consentido. Tentamos obter dados do município por meio da representação desse município nos fóruns regionais dos quais participamos. Conseguimos entrevistar uma técnica desse município por ocasião da reunião do Colegiado de Gestão Regional (quando esta participou como suplente), porém com insuficiência de informações, que foram posteriormente completadas por meio de contato telefônico.

O projeto de pesquisa foi submetido à defesa para qualificação e aprovado pelo Comitê de Ética da ENSP, considerando o envolvimento de pessoas na pesquisa.

Ressalta-se que tanto aos atores da pesquisa da Regional de São Félix do Araguaia e da Secretaria Estadual, quanto aos demais atores da pesquisa, foi apresentado o termo de consentimento livre e esclarecido (Anexo A), e recolhidas suas assinaturas, conforme consta na Resolução n.º 196, de 10/10/1996, do Conselho Nacional de Saúde.

O tratamento dos dados empíricos teve início com a análise dos documentos e a transcrição integral das entrevistas dos atores sociais envolvidos na pesquisa, seguidas de organização por temas tratados e seleção de informações específicas com o tratamento do material, passando pelas seguintes passos: transcrição literal de todas as respostas às entrevistas e sistematização das informações dos formulários; correções do português; leitura dos textos transcritos e sistematização e organização das respostas.

3. A GESTÃO DO TRABALHO EM SAÚDE NO ESTADO DO MATO GROSSO NO CONTEXTO DA DESCENTRALIZAÇÃO / REGIONALIZAÇÃO

O processo histórico do SUS é marcado por vários momentos que caracterizam o processo de descentralização e regionalização. **Primeiro**, a descentralização municipal, que deu ao gestor a possibilidade de dirigir e orientar os recursos públicos para a solução dos problemas de saúde no seu município e garantir a atenção integral dos cidadãos. **Segundo**, a luta para alcançar a sustentação financeira do sistema expressa na Emenda Constitucional. **Terceiro**, as Normas Operacionais para o SUS NOBS e as Normas Operacionais de Assistência à Saúde (NOAS), que trazem orientações ao processo de planejamento e organização regional aos serviços de saúde (MULLER NETO, 2002). O **quarto** foi o Pacto pela Saúde em 2006. E o **quinto** momento, o **Contrato Organizativo da Ação Pública (COAP)**⁹.

No início dos anos 1990, foram publicadas as Normas Operacionais Básicas – NOB 01/1991, NOB 01/1992, NOB SUS 01/1993, NOB RH 2005 e NOB SUS 01/1996 – todas com mudanças significativas para a sistematização nos serviços de saúde nas três esferas de governo do território brasileiro. Já no início da década de 2000, são publicadas as Normas Operacionais de Assistência à Saúde (NOAS), em 2000, 2002 e 2005. Segundo Paim, “*essas normas tiveram certa importância na história do SUS, mobilizando o interesse de gestores, técnicos e estudiosos do assunto*” (BRASIL, 2009, p. 66-67).

Ainda segundo Paim (2011) todas essas normas foram atualizadas por mais de 15 anos para viabilizar a política de descentralização no SUS. Em 2006, foram traduzidas num novo instrumento, que se convencionou chamar de Pacto da Saúde, que veio transformar preceitos que conduziam o maior sistema público de saúde do mundo, desde início dos anos 90 e cederam espaço ao Pacto da Saúde¹⁰e, mais recentemente, por meio do Decreto Ministerial nº 7.508, de 28/06/2011, pas sou a ser conduzido pelo Contrato Organizativo de Ação Pública (COAP).

⁹ O contrato organizativo de ação pública tem por objeto a organização e integração das ações e dos serviços de saúde, sob a responsabilidade dos entes federativos da Região de Saúde, com a finalidade de garantir a integralidade da assistência à saúde, definindo as responsabilidades de seus entes signatários na rede de atenção à saúde em relação a prestação de ações e serviços de promoção, proteção e recuperação da saúde do cidadão residente na Região e do seu referencial mento regional e inter-regional.

¹⁰ Regulamentado pelas Portarias GM/MS nº 699, de 22/02/2006, e 204 de 29/01/2007, que têm características em comum com a NOB 01-96 e a NOAS-2002.

Em 1979, o Estado de Mato Grosso foi dividido e reorganizado tanto política como administrativa e geograficamente, tendo divisas, ao norte, com Amazonas e Pará, ao sul com o Estado de Mato Grosso do Sul, ao oeste, com Rondônia e Bolívia e ao leste, com Tocantins e Goiás. Localizado na Região Centro-Oeste do Brasil, é o 3º maior estado brasileiro em extensão territorial, ocupando hoje uma área de 903.329,700 Km², distribuídos entre 141 municípios, com uma população estimada em 3.035.122 habitantes, densidade demográfica (hab/km²) 3,36 (IBGE, 2010)¹¹. É o único estado a possuir característica dos três biomas: Amazônia, Cerrado e o Pantanal, e a maioria dos seus municípios (82%) tem população abaixo de 20 mil habitantes.

Os municípios na Região Centro-Oeste são na sua maioria de pequeno porte, com baixo dinamismo econômico e dependentes das demais esferas de governo, em termos de capacidade técnica e financeira para a resolutividade dos serviços de saúde (ALBUQUERQUE; MELLO; LOZZI, 2011, p. 151).

Segundo Botti (2011, p. 38):

A extensão territorial, a dispersão populacional, o predomínio de municípios pouco estruturados com baixo grau de desenvolvimento de atividades e serviços urbanos constituem fatores que dificultam a interiorização de serviços especializados assim como a manutenção de recursos humanos qualificados que garantam um atendimento integral à saúde da comunidade.

Ainda segundo a autora, “outro aspecto a ser considerado é a concentração de serviços especializados na capital, o que representa maiores gastos e dificuldade de acesso às populações do interior do estado em decorrência das barreiras geográficas” (BOTTI, 2011, p. 38).

De acordo com Luna (2006), os municípios do estado tiveram emancipação política recente. Atualmente estão habilitados na Gestão Plena, devido às diretrizes do pacto pela saúde. No ano de 1989, iniciou-se o processo de municipalização da saúde no Estado de Mato Grosso, com parceria e cooperação do estado com assinatura de convênios entre a SES-MT e 94 municípios. Essa etapa foi denominada pré-municipalização. Já no final de 1990 e início de 1991, ocorreu a segunda etapa, com a execução e concretização da municipalização, e assinatura de termo aditivo, garantindo a transferência das unidades sanitárias do estado para município, acompanhada da cessão dos trabalhadores da SES para as SMS. Aderiram à municipalização 91 municípios (SILVA, 1996 apud SCHRADER; NASCIMENTO, 2010).

¹¹ Fonte: <<http://www.ibge.gov.br/estadosat/perfil.php?sigla=mt>>.

Além disso, em 1993 criaram-se os fóruns de negociação, através da implementação de Comissões Intergestoras Bipartites (CIBs), que nasceram da necessidade de transformação da situação demarcada pelo arcabouço legal do SUS em todas as Regionais de Saúde do estado, como espaço de interlocução com os municípios (MATO GROSSO apud LUNA, 2006).

A partir de 1995, Mato Grosso colocou como prioridade no Plano de Políticas e Metas do governo, a possibilidade de implementar a descentralização das ações e serviços de saúde, mediante um processo articulado de cooperação técnica e parceria com os municípios (MATO GROSSO apud LUNA, 2006). A Secretaria de Estado de Saúde, no período de 1995 a 2002, implementou e fortaleceu de forma concreta o processo da descentralização e regionalização, por meio dos Escritórios Regionais de Saúde. A partir de então, passaram a ser organizadas por meio de cinco macrorregiões, divididas em 15 microrregiões de saúde conforme os Anexos G e H.

Esta política foi descrita no Livro *Regionalização da saúde no estado: em busca da integralidade de Mato Grosso* (2002), idealizada pelo então secretário de estado de Saúde, Dr. Júlio Muller. Tal modelo ainda vigora e é o marco da Política Estadual de Saúde em Mato Grosso mesmo depois de 11 anos. Segundo o documento:

O processo de municipalização da saúde em Mato Grosso necessita da presença ativa do Governo Estadual em diversas áreas: no planejamento e programação das ações supra municipais/regionais; na definição das prioridades e no investimento direto, sobretudo para a expansão da rede pública; **na capacitação de recursos humanos; no apoio e na cooperação técnica para a implantação de novos modelos assistenciais** (MULLER NETO, 2002, p. 14- grifo nosso).

Ainda segundo esse documento, a recuperação da capacidade de intervenção do nível estadual no processo de descentralização seria priorizada através das estratégias de cooperação técnica, planejamento e gestão regionalizada, tendo os atuais 16 Escritórios Regionais de Saúde como referência. A estratégia de fortalecimento da regionalização no estado se deu com a concretização dos Escritórios Regionais de Saúde, através dos Polos Regionais de Saúde, de acordo com o Plano Estratégico e de Metas do governo da época.

Os Escritórios Regionais de Saúde, como órgãos de administração regionalizada, têm como missão auxiliar a SES na execução da Política Estadual de Saúde, viabilizando parcerias e cooperações técnicas ente o estado e municípios; e assessorar e acompanhar os municípios no planejamento e execução das ações de saúde prestadas a seus usuários.

O Escritório Regional de Saúde constitui uma unidade regionalizada cujo objetivo é cumprir a descentralização e regionalização dos serviços da Secretaria do Estado de Saúde, devendo atuar como interface junto às secretarias municipais para acompanhamento, avaliação e suporte das ações de saúde em cada região. Demanda, para seu bom funcionamento, equipes tecnicamente qualificadas e que trabalhem em articulação com os gestores municipais. Os diferentes documentos de planejamento (Plano Plurianual - PPA e Plano Estadual de Saúde) reforçam o papel dos escritórios regionais.

Para alcance da implementação das estratégias de regionalização, foram desenhadas as seguintes prioridades:

Transferência aos municípios da lógica da programação à saúde, através do apoio para a implementação das ações básicas de vigilância à saúde; – apoio à construção de novos modelos assistenciais e gerenciais, a partir dos problemas priorizados nos próprios municípios; – apoio à implantação dos processos de planejamento, controle e avaliação permanente, tendo como referência os indicadores de impacto das ações; – **apoio à implantação dos mecanismos de gestão colegiada**; – apoio à implantação dos sistemas municipais de informação em saúde; – **recuperação do papel dos Pólos Regionais de Saúde¹² como espaço privilegiado para a operacionalização da cooperação técnica, do planejamento e da programação regional, das parcerias Estado/municípios, da operacionalização do sistema de referência, etc.**; – interiorização e regionalização da prestação direta de serviços assistenciais de referência, por parte do Governo Estadual; – **descentralização e regionalização do processo de capacitação de recursos humanos.** (MULLER NETO, 2002, p. 14 – grifo nosso).

Após a aprovação da Emenda Constitucional nº 29, em 2000, houve mudanças no financiamento das ações de saúde no estado. O modelo de financiamento adotado pela SES-MT, de transferência fundo a fundo dos recursos próprios do estado, se deu com a publicação do Decreto governamental n.º 2.312/2001, permitindo assim o repasse fundo a fundo aos municípios do território mato-grossense. Nos aspectos referentes ao custeio dos serviços de saúde, a SES-MT participou com a entrada de recursos próprios, para a modalidade de Consórcio Intermunicipal de Saúde, através de duas formas de repasses: 50%, oriundos de convênio direto com o Consórcio Intermunicipal, e os outros 50% com transferência direta para os fundos dos municípios adimplentes e com cobertura populacional adequada das Equipes de Saúde da Família (MULLER NETO, 2002).

A descentralização das ações e dos serviços especializados de assistência à saúde ocorreu com alicerce no Plano Estadual de Saúde (2000-2003), com a necessidade de ampliar o acesso da população a alguns serviços estratégicos, tais como: hemorrede,

¹² Hoje com a nomenclatura de Escritório Regional de Saúde.

rede de reabilitação, centros de apoio psicossocial (CAPS), unidades de prevenção, detecção e tratamento de DST/Aids, além de laboratórios e hospitais regionais.

Entre o ano de 2000 e 2001, iniciaram-se as discussões sobre o planejamento e organização das ações de vigilância ambiental, epidemiológica e sanitária no espaço regional, de modo integrado, articulado, com os gestores municipais (MULLER NETO, 2002). No campo da atenção primária, a SES-MT criou o incentivo financeiro estadual e a cooperação técnica entre SES e municípios, para implantação, organização e capacitação das Equipes de Saúde da Família. A atenção primária tem sido priorizada, constituindo a base do sistema de saúde no estado (LUNA, 2006). Os instrumentos de planejamento da SES-MT que foram mantidos com a alteração do Pacto pela Saúde foram a Programação Pactuada e Integrada (PPI), o Plano Diretor de Investimentos (PDI) e o Plano Diretor de Regionalização (PDR).

Diferentemente das normas anteriores, é no Pacto pela Saúde que são introduzidas as temáticas da gestão do trabalho e educação em saúde, de forma mais organizada e com definição de corresponsabilidade para assinatura do Termo de Compromisso de Gestão (TCG) nas esferas de governo municipal e estadual. As diretrizes contidas no item 05¹³ do bloco de gestão do Pacto pela Saúde reproduzem o conteúdo da Agenda Positiva¹⁴ da gestão do trabalho instituída pela SGTES-MS. Vale ressaltar que o Pacto de Gestão foi aprovado pelo Conselho Nacional de Saúde - CNS, em fevereiro de 2006, também na Comissão Intergestores Bipartite – CIT em Janeiro de 2006.

De acordo com França (2007) a Agenda Positiva do MS constitui marco importante para gestão do trabalho em saúde, no qual agrupa assuntos arrolados aos princípios e diretrizes da NOB-RH-SUS.

Atualmente, o Estado de Mato Grosso está inserido no processo de regionalização e é uma unidade atuante na implementação da política de saúde, segundo as autoras abaixo.

Há experiências de regionalização administrativa e setorial na região, com destaque para os estados de MT, a partir de meados da década de 80, e MS, a partir da década de 90. Em geral houve fortalecimento do processo de descentralização política na região nos últimos vinte anos, impulsionado, dentre

¹³ Trata-se das diretrizes da Gestão do Trabalho em saúde instituída pela Agenda Positiva, tais como: promover a política de gestão do trabalho em saúde com foco no desenvolvimento dos princípios da humanização, da participação e da democratização das relações de trabalho; desenvolver estudos e propor estratégias e financiamento tripartite com vistas à adoção de políticas referentes aos profissionais de saúde descentralizados; implantar PCCS; instituir mesa de negociação; instituir ações que favoreçam o provimento e a fixação de trabalhadores de saúde.

¹⁴ A Agenda Positiva foi construída em 2005 com o objetivo de propor diretrizes que auxiliem a proposição e incentivem a elaboração da política de gestão em saúde, no planejamento e regulação do trabalho em saúde.

outros fatores, pelo crescimento do poder econômico e políticos dos estados. (ALBUQUERQUE; MELLO; LOZZI, 2011, p.151).

Para a finalidade deste estudo, a inclusão da gestão do trabalho em saúde em um instrumento que coloca a regionalização com o condutor da política de saúde parece reforçar a responsabilidade dos gestores estaduais e municipais sobre o campo, adicionando a cooperação técnica e financeira entre as três esferas de governo do território brasileiro e ajustando, no médio e longo prazos, a constituição do processo da regionalização com base na solidariedade e cooperação para o fortalecimento dos serviços no campo da gestão do trabalho em saúde. Neste novo momento político da regionalização, prioriza-se uma adequação entre as diretrizes do Pacto e as diferentes realidades regionais, tornando necessária a construção de caminhos diferentes dos meios propostos até então pelas portarias ministeriais, para avanços no processo de descentralização e da gestão do trabalho em município de portes desiguais.

O cenário da gestão do SUS passou a ser normatizado pelo Decreto nº 7.508/2011, que regulamentou a Lei nº 8.080/1990. Ao explicitar conceitos, princípios e diretrizes do SUS, passou a exigir uma nova dinâmica na organização e gestão do sistema de saúde, sendo a principal delas o aprofundamento das relações interfederativas e a instituição de novos instrumentos, documentos e dinâmicas na gestão compartilhada do SUS (BRASIL, 2011b).

Com relação à regulamentação deste decreto, foi instituído na SES-MT um Grupo Condutor, através da Portaria nº 22/02-02-2012/GBSE S, cujo objetivo é conduzir a organização e a integração das ações e serviços de saúde, em cumprimento ao Decreto Ministerial nº 7.508, de 28/06/2011. O Grupo Condutor é responsável pelas implementações das mudanças propostas que serão pactuadas na Comissão Intergestores Bipartite (CIB), que compreendem: a organização das Regiões de Saúde; a elaboração do Mapa da Saúde; a Programação Geral das Ações e Serviços de Saúde; a relação de ações e serviços de saúde em cada esfera de governo; responsabilidades orçamentário-financeiras; elaboração e assinatura dos Contratos Organizativos da Ação Pública em Saúde (COAP); e estabelecimento de fluxos para o monitoramento, avaliação e auditoria.

Em relação à alteração da nomenclatura do Colegiado de Gestão Regional (CGR) para as Comissões Intergestoras Regionais (CIR), a resolução ainda se encontra em fase de homologação na CIB estadual para publicação, instituindo as Comissões Intergestoras Regionais (CIR). O Mapa da Saúde foi instituído com a mesma estrutura dos 16

Escritórios Regionais de Saúde, com regiões de saúde que também serão publicadas por resoluções da CIB. A condução deste processo está sendo acompanhada pela Secretaria Adjunta de Assuntos Estratégicos.

A municipalização da saúde no estado tem nos consórcios mais uma forma de descentralizar e assegurar que ações e serviços sejam prestados à população de referência: “atualmente no Estado de Mato Grosso existem 15 consórcios que atendem 125 municípios (80,1%), cobrindo 65,2% da população mato-grossense” (BOTTI, 2011, p. 41). Os processos de descentralização e de regionalização dos Consórcios Intermunicipais de saúde têm sido uma das estratégias de cooperação das esferas de governo no Estado de Mato Grosso, com experiência positiva e sinérgica para o SUS (MULLER NETO, 2000).

Na Microrregião Baixo Araguaia foi constituído, no ano de 2002, o Consórcio Intermunicipal de Saúde do Araguaia (CIS), cujos municípios participantes são: Alto da Boa Vista, Bom Jesus do Araguaia, Luciara, Novo Santo Antônio, São Félix do Araguaia, Serra Nova Dourada. Sua unidade de referência é o Hospital Municipal de São Félix do Araguaia, que funciona com repasse de recursos fundo a fundo. Assim, o custo com médicos especialistas é rateado entre os municípios e a SES-MT. As especialidades custeadas pelo consórcio são: anestesiologia, cirurgia geral, traumatologia-ortopedia, ginecologia, obstetrícia, pediatria e clínica médica. Há necessidade do fortalecimento dessas instâncias para o atendimento da alta e média complexidades.

Botti (2011, p. 119) ressalta os avanços na implantação dos consórcios como importante mecanismo do processo de organização regional do estado. Chama atenção, no entanto, que “ainda é necessário implementar a rede de atenção à saúde na microrregião, pois o Consórcio por si só não consegue resolver os problemas inerentes à Regionalização do SUS”. Dando destaque ao papel da esfera estadual nesse processo, a autora alerta:

[...] torna-se fundamental a retomada do papel da esfera estadual como gestor estadual do sistema, ultrapassando os conflitos existentes, para fortalecer os ajustes necessários e produzir reflexões para novas estratégias, reformulações, avaliações e novos instrumentos e principalmente na continuidade deste compromisso de cooperação intergovernamental.

O CIS também é responsável pela prestação de serviços de saúde à população indígena, o que tem caracterizado um desafio. Como podemos observar na fala da gestora da SES:

Meu papel é tentar conseguir parcerias para agregar a questão dos indígenas e colocá-los no escopo do consórcio, na atenção primária, pois se não houver trabalho em conjunto com SESAI, não iremos conseguir, pois teremos hospitais superlotados. Por isso têm que se trabalhar as questões da atenção primária na região [...] (Gestora estadual de saúde do nível tático)

Constatou-se que no CIS da Regional de Saúde que presta serviço ao hospital da região de São Félix do Araguaia, não existe uma estrutura responsável por gerir os vínculos trabalhistas dos 80 profissionais que atuam no consórcio, o que pode ser comprovado com notificação do Tribunal de Contas¹⁵ do Estado, que determina mudanças nas formas de ingresso e vínculos dos trabalhadores.

A responsabilidade de gestão do consórcio é do prefeito de São Félix do Araguaia. Chama-nos atenção como a gestão dos trabalhadores está sendo realizada neste consórcio, pois percebemos que a gestão está a cargo de um profissional da contabilidade da prefeitura, que faz a gestão dos profissionais do CIS.

O estado atualmente conta, nos 141 municípios, com 4.654 Agentes Comunitários de Saúde, com uma cobertura de 75,77% da população; 555 Equipes de Saúde da Família, com cobertura de 61,65% da população; e 305 Equipes de Saúde Bucal, com cobertura de 34,82% da população (MS/SAS/DAB; IBGE 01/2010). Também conta hoje com 32 NASF – Núcleos de apoio a Saúde da Família (CIB-01-2011).

Além dos programas acima, a SES conta com o Programa de Apoio à Saúde Comunitária de Assentados Rurais (PASCAR), sendo o estado pioneiro no Brasil. Implantado em 2001, o PASCAR existe hoje em 354 assentamentos rurais distribuídos em 104 municípios do estado.

Na Secretaria Estadual de Saúde, até o ano de 2002, possuía em sua estrutura um departamento de pessoal, que até 1994 era responsável por gerir um quantitativo reduzido de trabalhadores do quadro próprio em relação a um conjunto maior de trabalhadores mantidos por meio de vínculos precários. A partir de 1994, a situação se reverteu, com a ampliação no quadro de trabalhadores de 2.546 efetivos para 4.798. Esse crescimento se deu pela incorporação dos trabalhadores do IPEMAT (Instituto de Previdência do Estado de Mato Grosso), da FUSMAT (Fundação de Saúde de Mato Grosso) e a realização de quatro concursos públicos ao longo da década.

Retomando ainda a análise da trajetória do campo da gestão do trabalho na SES-MT, a partir de 1994 ocorreram avanços nas formas de ingresso dos trabalhadores.

¹⁵ Relatório de Auditoria – Contas anuais de gestão – Exercício 2010. Consórcio Intermunicipal de Saúde do Araguaia-Processo nº. 6.278-2-2011.

Apesar do contexto político do Estado brasileiro, foram realizados concursos públicos nos anos de 1994, 1998, 1999, 2000¹⁶ e 2002, para reposição de vagas com os vínculos precários, tudo com influência dos princípios do SUS e os ideários da Reforma Sanitária. Todos esses concursos realizados permitiram:

[...] a regularização da totalidade de seu quadro de pessoal, com mais de 95% dos seus servidores concursados e a manutenção de contratações temporárias em um limite inferior a 6%, conforme previsto na legislação atual. A prioridade para a área de gestão de RH foi coroada com a aprovação, em 14/12/00, da nova Carreira dos Profissionais do SUS (Lei n. 7.360/00). A vinculação de recursos financeiros para a saúde, trazida pela aprovação da Emenda Constitucional 29, e a prioridade política de valorização do trabalhador da SES, permitiram que a nova Carreira institísse um sistema de remuneração mais digno, compatível com o mercado de trabalho e em parcela única – o subsídio [...] (DUARTE, 2002, p. 121).

A pesquisa aponta que a estrutura de Departamento de Pessoal (DP) era dividida em duas áreas: a primeira, focada na formação para todo o SUS no Estado de Mato Grosso e não contava ainda com a Escola de Saúde Pública (ESP); a segunda, funcionando aos moldes de um clássico DP, geralmente atuando no controle de frequência e movimentação dos trabalhadores.

Observa-se que este cenário perdurou até 2002, quando foi instituído o Centro Estadual de Gestão, Formação e Desenvolvimento de Recursos Humanos, através do Decreto n. 5.882, de 30/12/2002, contendo na sua estrutura uma das coordenadorias – a de Administração de Recursos Humanos, subordinada à Superintendência de Gestão, área ligada ao primeiro escalão. No entanto, a área de gestão do trabalho estaria no terceiro escalão da SES.

Na estruturação do macroprocessos de trabalho, a coordenadoria apresentava um desenho com três gerências: Gerência de Informação de Vida Funcional (GIVF), Gerência de administração da Folha de Pagamento (GAFP) e Gerência de Recrutamento, Seleção, Avaliação e Valorização do Servidor (GRSAVS). Essa inovação não foi acompanhada de condições na estrutura física para o desenvolvimento da sua missão.

Em 2003, a Coordenadoria foi substituída pela Superintendência de Desenvolvimento de Recursos Humanos, contendo duas Coordenadorias: a Coordenadoria de Gestão de Pessoas e a Coordenadoria de Qualidade de Vida no Trabalho, com cinco gerências.

¹⁶ Concurso específico para os Hospitais Regionais de Cáceres e de Rondonópolis.

Na SES-MT, no ano 2006, houve outra reestruturação da Secretaria de Estado de Saúde, e a Superintendência de Desenvolvimento de Recursos Humanos, com duas coordenadorias de cinco gerências, que passaram a ser sete gerências.

No Estado de Mato Grosso, a Secretaria de Administração passou por reestruturação da administração pública e resolveu-se então criar um núcleo sistêmico, através da Lei Complementar nº 264, de 28/12/2006. Esta dispunha sobre a organização e o funcionamento da administração sistêmica no âmbito do Poder Executivo estadual e dava outras providências. No ano de 2007, logo após a publicação dessa lei, houve outra reestruturação na administração, e em toda área sistêmica da Secretaria de Administração do Estado, com a proposta de padronização dos processos de trabalho da gestão de pessoas para todas as políticas públicas do estado, e de centralização da gestão de pessoas na Secretaria de Administração do Estado.

Em 2008, foi publicado o Regimento Interno do Núcleo Sistêmico de Saúde, através do Decreto 1.300, de 24/04/2008. A Superintendência de Gestão de Pessoas continuava com duas coordenadorias, mas houve cortes na estrutura das gerências, e com tais mudanças pode-se dizer que houve um avanço na sistematização dos macroprocesso e fluxo de trabalho, pois todos os processos de trabalhos foram direcionados pelas ações desenvolvidas na Gestão de Pessoas da SES-MT. Com a implantação do núcleo, houve retrocesso ao se agregar o processo de trabalho da saúde do trabalhador com outra gerência, e também no processo de movimentação dos trabalhadores.

Com relação à saúde do trabalhador da SES-MT, uma das questões era a insalubridade, configurando hoje 29% do custo variável do total da folha de pagamento referente ao mês de março/2012 (R\$ 3.348.109,99), num total de R\$ 960.767,86 do valor pago de insalubridade.

Ainda não se conseguiu implantar as Comissões Locais de Saúde dos Trabalhadores em todas as unidades da SES, ou seja, a efetividade da política de saúde do trabalhador da SES. Mesmo com estas dificuldades, acredita-se que isso será consolidado com as diretrizes que já foram aprovadas pela Mesa Nacional de Negociação do SUS, que se encontra em trâmites administrativos da SGTES.

O trabalhador que compõe a estrutura da Secretaria de Estado de Saúde caracteriza-se pelos seguintes tipos de vínculo: efetivos (4.773), efetivos ocupando cargos

comissionados (216), exclusivamente comissionados (234), contratos temporários (320), estagiários (205) e inativos (364 aposentados e 605 pensionistas).¹⁷

A área de gestão do trabalho em saúde conta, no seu quadro atual, com 34 profissionais técnicos de nível superior em serviços de saúde do SUS, 38 profissionais assistentes de nível médio em serviços de saúde do SUS, quatro profissionais técnicos de nível médio em serviços de saúde do SUS, um profissional de apoio em serviços de saúde do SUS, três exclusivamente comissionados e dois estagiários.

Para fortalecimento da área, destacamos os PCCS dos trabalhadores do SES – MT ao longo na nossa história de mais de três décadas: o 1º PCCS foi instituído pela Lei n. 6.170, de 06 de janeiro de 1993, tendo em vista os preceitos estabelecidos pelas Leis Complementares Federais n. 8.080 e 8.142/90.

Na SES-MT, em dezembro de 2004, através da Lei n. 8.269, constituíram-se princípios, normas e regras de qualificação profissional, habilitação para ingresso, regime de remuneração e estruturação dos cargos pertencentes à carreira dos profissionais do SUS no âmbito do Poder Executivo do estado. Essa carreira foi composta por três cargos: profissional de nível superior do SUS, técnico do SUS, assistente do SUS e apoio de serviços do SUS.

O desenvolvimento do trabalhador da SES no PCCS ocorre por meio de duas formas de progressão: horizontal (classe de A a D), cujos requisitos para progressão nas classes acontecem mediante a comprovação da formação escolar, habilitação, certificação de cursos de aperfeiçoamento, e/ou qualificação, e/ou capacitação profissional exigidos para uma respectiva classe; e vertical (níveis de 1 a 12), cujo requisito para progressão nos níveis consiste em aprovação na Avaliação de Desempenho Anual após o cumprimento do intervalo de três anos.

Atualmente vigora a Lei Complementar nº 441, de 24/10/2011, tendo na carreira dos profissionais do SUS quatro cargos: I - profissional técnico de nível superior em serviços de saúde do SUS; II - Profissional técnico de nível médio em serviços de saúde do SUS; III - profissional assistente de nível médio em serviços de saúde do SUS; IV - profissional de apoio em serviços de saúde do SUS. Podemos dizer que esta lei foi melhor que a de 2004 e 2011. As outras leis foram elaboradas com foco na remuneração e não na carreira dos trabalhadores. Vale lembrar que a melhor lei da SES-MT foi a do

¹⁷ Fonte: Coordenadoria de Aplicação, Desenvolvimento e QVT. FIPLAN e SEAP, abril de 2012.

início da década de 2000. Na última lei, entretanto, houve um avanço, com justiça aos trabalhadores de nível médio da SES-MT.

Até 2004, a qualificação, o diagnóstico da necessidade de qualificação e/ou formação e a articulação com todas as unidades da SES eram ações diretamente ligadas ao desenvolvimento dos trabalhadores do SUS no Estado de Mato Grosso. Estavam inscritos na Política Estadual de Saúde e no PCCS sob a responsabilidade da Escola de Saúde Pública do Estado de Mato Grosso, que era responsável pela política de recursos humanos, na Política Estadual de Saúde (PES). A Superintendência de Gestão de Pessoas não estava inserida no contexto da SES-MT nem havia sua real corresponsabilidade com os municípios.

Atualmente, não existe mais contrato com OSCIP. Outra forma de contratação foram os estagiários sem uma política efetiva da lógica do ensino e serviço, mas configurando a precarização do trabalho em saúde, para suprimir a força de trabalho. No ano de 2012, havia 205 estagiários, mas este número já foi próximo de 500.

Outras formas de contratação foram as constantes renovações dos contratos de profissionais nos Hospitais Regionais de Saúde, sendo que hoje todos os hospitais do estado são administrados por Organizações Sociais de Saúde (OSS), num total de 1.288 trabalhadores¹⁸ nas OSS, contratos de trabalhos regulamentados pela CLT.

Vale ressaltar a péssima estrutura física da SES e suas unidades regionalizadas e desconcentradas, onde quase todas são inadequadas às condições relacionadas à saúde do trabalhador do SUS. No nosso exercício profissional na SES-MT e no contato com a Regional de São Félix do Araguaia, constatamos que as SMS têm implementado as ações da área de gestão do trabalho de forma pouco articulada com o estado e demais instâncias de gestão. Pensar a política de gestão do trabalho em saúde dentro de um sistema regionalizado é também “pensar a regionalização a partir de novos critérios e conteúdos que deem conta da realidade do Brasil e que não engessem as políticas, os acordos e compromissos intergovernamentais em um único formato” (VIANA et al., 2008, p. 74).

Desse ponto de vista, as responsabilidades dos três entes federados em um novo formato precisam ser analisadas a partir do espaço locorregional, onde a política efetivamente acontece, e refletir sobre a capacidade gerencial dos atores sociais

¹⁸ Fonte: Instituto Pernambucano de Assistência a Saúde, São Camilo e Congregação Santa Catarina

responsáveis por implementar a política de gestão do trabalho em saúde, o que, apesar de ser um exercício complexo, torna-se importante no cenário atual.

Retomando a discussão sobre a regionalização no contexto da gestão do trabalho em saúde, devemos dar atenção especial ao papel estratégico que as estruturas responsáveis por gerir o trabalho assumem no atual momento do SUS, pois além dos desafios da regionalização das políticas de saúde, devem responder a outros de mesma complexidade. Como ressaltam Pierantoni et al. (2008, p. 686):

Torna-se visível a centralidade da questão dos recursos humanos para a implementação do sistema. Por outra via, fica evidente a fragilidade gerencial de recursos humanos em saúde (RHS), pela incapacidade de compreender e articular uma bandeira política de orientação igualitarista e regulamentadora com os requisitos da administração flexível, focalizados na tendência neoliberal. Aos gestores de RHS impõem-se desafios gerenciais diversificados e cada vez mais complexificados pelas transformações e exigências do trabalho contemporâneo. Exigências no campo da inserção de trabalhadores no serviço (que se apresentam sob formas variadas), da distribuição, da fixação, do desempenho e da qualificação, da motivação e accountability profissional, do resgate de padrões éticos, mas, sobretudo, da incorporação de qualificações gerenciais à área de RHS para lidar com todo esse processo em transformação.

Notadamente, tais questões relacionadas à gestão do trabalho se tornam ainda mais complexas num momento de consolidação do processo da regionalização. Conforme apontam Viana et al. (2008, p. 67):

O SUS é único para todo o território brasileiro, assegurando o direito ao acesso ao sistema de saúde para toda a população do país, entretanto, não se realiza da mesma forma em todos os lugares, devido as diferentes **heranças territoriais e heterogeneidades presentes no Brasil**. Nesse sentido, a regionalização, como principal estratégia da descentralização, precisa ser, sobretudo, um processo político que lida com a diversidade do próprio SUS e a sua relação com as desigualdades do território brasileiro. Isso torna o processo de regionalização mais complexo do ponto de vista analítico, institucional e político (grifo nosso).

Tais heranças territoriais no centro-oeste são analisadas na obra de Santos (2001, p. 271):

A região leste do Brasil, constituída pelos **Estados de Mato Grosso**, Mato Grosso do Sul, Goiás e Tocantins, é uma área de “ocupação periférica” recente. O meio técnico-científico-informacional se estabelece sobre um território praticamente “natura”, ou melhor, “pré-técnico”, onde a vida de relação rala e precária. Sobre essa herança de rarefação, os novos dados constitutivos do território são os do mundo da informação, da televisão, de uma rede de cidades assentada sobre uma produção agrícola moderna e suas necessidades relacionais (grifo nosso).

Junta-se a essas reflexões a obra de Albuquerque, Mello, & Lozzi (2011, p. 151),

quando afirmam que “a Região Centro-Oeste tem uma ocupação mais recente e representa um novo front de expansão rápida e crescente da agricultura e da urbanização globalizadas.

Sabemos que os desenhos das políticas dependem de escolhas do passado, da forma como elas se articulam com suas heranças territoriais e especificidades. Dessa forma tornou-se necessário, durante o estudo, um olhar sobre a trajetória da gestão do trabalho em saúde da SES-MT, como está descrito nos documentos oficiais da SES, com as normas legais do estado (ver quadro 5).

A trajetória sistematizada permite observar que muitos foram os avanços na gestão do trabalho em saúde nos últimos 12 anos, embora a passos lentos. Conseguimos ter a área ligada ao primeiro escalão da SES. Contudo, mesmo com a maior institucionalização na estrutura organizacional da SES, esta área ainda é pouco integrada com as demais unidades do nível central. Esta pouca integração se reflete, ainda, no distanciamento entre a área técnica e as unidades desconcentradas¹⁹ e regionalizadas da SES, bem como nas SMS.

Em que pese a trajetória da regionalização e descentralização da política de saúde no Estado de Mato Grosso ser positiva, as ações da gestão do trabalho em saúde, realizadas entre os níveis estaduais e as SMS, ainda são pouco articuladas e não há nos Escritórios Regionais de Saúde (ERS) estrutura própria de RH e trabalhadores responsáveis pela área da gestão do trabalho em saúde, diferentemente do que ocorre em outras áreas, como a estruturação da Gerência da Vigilância em Saúde.

¹⁹ São unidades como Escola de Saúde Pública de Mato Grosso, Hemocentro, CRIDAC, CEOPE e MT Laboratório.

Quadro 5: Trajetória da gestão do trabalho em saúde no Estado de Mato Grosso

Ano	Normas e Legislação da SES-MT	Contexto da Política de Saúde	Características
1979	Pela Lei n. 4.163/1979 , fica instituída a SES-MT		
1986	Participação de trabalhadores do Estado na 1ª CNRH, como delegados nesta.	<p>1ª Conferência Nacional de RH Mobilização da Constituição Federal</p> <ul style="list-style-type: none"> - Processo de implantação do SUS pautado nos princípios da Reforma Sanitária. - Crise político-financeira no Estado de Mato Grosso. - VIII(1986) e IX(1992) conferências reconhecem a importância da área de R.H no interior das políticas de saúde e convocam conferências específicas sobre o tema. - X CNS (1996): O relatório sugere que o MS e as SES e SMS deverão promover programas permanentes de capacitação, formação, educação continuada, reciclagem e motivação das equipes e dos trabalhadores em saúde. - 1ª CNRH (1986), convocada pela 8ª CNS, teve como tema central: <ul style="list-style-type: none"> - “Política de Recursos Humanos Rumo à Reforma Sanitária”. - Resgatou em seus debates a importância e a dignidade do trabalho como luta democrática por uma sociedade mais justa. 	Época em que se discutia muito no Brasil inteiro a questão de recursos humanos.
1990	Em cumprimento às Leis Federais n. 8.080/90 e 8.142/90, o governo do Estado de Mato Grosso instituiu a Comissão para Sistematização do 1º Plano de Carreira, Cargos e Salários para os Profissionais do SUS-MT, por meio da Lei n. 6.170/93, tendo como parâmetro a Lei n. 5.983/92 que normatiza a	<p style="text-align: center;">No ano de 1993:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Acontece a 2ª CNRH, que estabelece a integração entre os setores de saúde e educação como essencial, princípio nuclear, para as políticas de RH. 	De 1990 a 2003 Inversão da lógica dos recursos humanos como peça-chave para a consolidação do SUS, preconizada na Reforma

	estruturação das carreiras do estado na administração toda.		
1992	Neste ano acontece a extinção da Fundação de Saúde do Estado de Mato Grosso (FUSMAT), pela Lei nº 1.235, de 17/02/1992, quando seu quadro de trabalhadores da carreira foram transferido para atua SES, e toda a estrutura organizacional e seu quadro de exclusivamente comissionado forma remanejados segundo precisão da Administração Pública do Estado.	- Direcionamento para criação de estruturas de desenvolvimento de R.H nas SES, SMS e criação e sistematização de programas de educação continuada de forma descentralizada e institucional. - Avanço do processo de implantação do SUS, com ênfase na descentralização do sistema, pelas NOBS.	Sanitária devido à adoção dos preceitos neoliberais da Reforma do Estado.
1999	Constituição Estadual de Mato Grosso de 1999; desenvolvimento de Recursos Humanos em Saúde - inciso II - artigo 221.		
2000	- Avaliação da Política de Saúde de Mato Grosso 1995-1998 Diretriz 6 - Política de Recursos Humanos: I – texto de apoio, II – avaliação do grupo de discussão. - Criação do PCCS dos Trabalhadores do SUS do nível Estadual- com a Lei nº 7.360, de 14/12/2000 . Dispõe sobre a Carreira dos Profissionais do SUS e dá outras providências, bem como desfraldou a política remuneratória na forma de subsídio. - Nomeações do Concurso Público de 1999.		
2001	Cria a Estrutura do Departamento de Pessoal.		
2002	- Através do Decreto n. 5.882, de 30/12/2002, foi criado o Centro Estadual de Gestão, Formação e Desenvolvimento de R.H., ligado à Superintendência de Gestão - tendo como uma das coordenadorias a de Administração de RH.		
2003	A Coordenadoria foi transformada em Superintendência de Desenvolvimento de Recursos Humanos (SUDRH).	2003 – Secretaria Nacional de Gestão do Trabalho.	
2004	- A Lei n. 7.360/2000 foi revogada pela a Lei n. 8.269/2004 , que instituiu a Carreira dos Profissionais do SUS do Poder Executivo do Estado de Mato Grosso, e dava outras providências;, além disso, definiu que a SES-MT como gestora	2004 – Agenda Positiva da Gestão do Trabalho 2004 – Portaria n. 198 - Polo de Educação Permanente em Saúde.	De 2003 até os dias atuais Retorno aos princípios da saúde como um bem público, assim como os trabalhadores deste setor. Mudança positiva nas políticas

	<p>do SUS tem entre as suas principais funções a definição de políticas, o assessoramento aos municípios, a programação, o acompanhamento e a avaliação das ações e atividades de saúde.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Nomeações do concurso público de 2000. - Portaria n. 115, que institui o desenvolvimento dos trabalhadores. - A Superintendência de Desenvolvimento de RH entra no processo de elaboração do PPA – 2004 a 2007 - Lei que institui as Organizações Sociais - autoriza a parceria público privado no Estado. 		<p>de recursos humanos, acompanhada pela criação da Secretaria de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde.</p>
2005	<ul style="list-style-type: none"> - Em 2005, a SUDRH foi subdividida em duas coordenadorias e cinco gerências e efetividade da coordenadoria de qualidade de Vida e Desenvolvimento dos Trabalhadores. - Decreto nº 6.481, de 27/09/2005. Disciplina a concessão de licença para qualificação profissional dos servidores da Administração Pública Direta, Autárquica e Fundacional do Poder Executivo do Estado de Mato Grosso em nível de Mestrado ou Doutorado, e dá outras providências. 	<p>2005 - <i>Princípios e Diretrizes para a Gestão do Trabalho no SUS</i> - NOB/RH-SUS, 3ª. Ed. revista e atualizada;</p>	
2006	<ul style="list-style-type: none"> - Em 2006, foram mantidas as duas coordenadorias e ampliado o número de gerências para sete, com alteração no para a nomenclatura de Superintendência de Gestão de Pessoas, com diretrizes da SAD-MT. - Elaboração do Primeiro PPA de Gestão de Pessoas da SES, contemplando a descentralização de Recursos para as SMS. - A SGP fez parte do grupo que implantou o Pacto no Estado de Mato Grosso, momento histórico, primeira vez que a gestão de pessoas tem pauta com todos os gestores da SES-MT. - MS homologa o projeto do Estado de Mato Grosso. Institui o programa de qualificação e estruturação da gestão do trabalho no SUS (ProgeSUS). - Com o objetivo de promover a interlocução intra e interinstitucional, de forma a impulsionar a formulação das diretrizes de política de Recursos Humanos da SES-MT, foi realizado o I Encontro Estadual de Gestão de Trabalho e 	<p>2006 - Pacto pela Saúde – Itens 05 e 06 do Termo da Gestão Estadual;</p> <p>2006 – acontece a III CNRH –com o nome: III Conferência Nacional de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde – mudança da lógica de RH para gestão do trabalho e da educação na saúde.</p> <p>Portaria nº 2.261, de 22/09/2006. Institui o programa de qualificação e estruturação da gestão do trabalho no SUS (ProgeSUS).</p>	

	<p>Saúde do Trabalhador no SUS, em 30/11/2006, com a participação de Maria Helena Machado Neuza Moizes representando o CONASS e representantes do MS.</p>		
2007	<ul style="list-style-type: none"> - Realização pelo MS e FIOCRUZ-OPAS a segunda turma do CIRHS - Curso Internacional de Recursos Humanos em Saúde – 2007- coordenação : Neuza Moyses e Janete Castro, com a participação de 01 trabalhadora da SES-MT. - Realização do 1º Encontro Estadual da Academia x Serviços, com objetivo de aproximar as instituições de ensino do serviço – 24/08/2007, com a participação de Flavio Pereira Bravim, Wilsom Aguiar do MS e Neuza Moyses do CONASS. -Portaria GM n. 1996/2007 - dispõe sobre as diretrizes para implementação da Política Nacional de Educação Permanente em saúde e dá outras providências. - Elaboração do Plano de ação da SGP de 2007 a 2011, para cumprir as metas do PACTO pela Saúde. - A SGP elabora um instrumento de orientação as SMS sobre a implementação das ações previstas no Pacto de gestão do item 05 sobre a gestão do trabalho e Educação na Saúde. 	<p>2007 - Portaria GM/MS nº 1.996 - Política Nacional de Educação Permanente, houve reforço da estratégica de descentralização e regionalização do sistema, alinhando a PNEPS com as diretrizes do Pacto pela Saúde.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Reconhecimento da fragilidade na formação das profissões de saúde e, conseqüentemente, da necessidade de mudanças na graduação e estímulo a programas de requalificação profissional. - Pacto pela Saúde com retomada do papel do Estado frente às responsabilidades sobre o SUS; - Desestruturação dos processos de trabalho, especificamente o desenvolvimento e a saúde do trabalhador. <p>Acontece o maior concurso da história do Estado de Mato Grosso, o e para a SES não é aberta nenhuma vaga no concurso.</p>	
2008	<ul style="list-style-type: none"> - Núcleo sistêmico com sistematização dos processos de Trabalho da Gestão de Pessoas e nova reestruturação com a lógica da centralização da gestão de pessoas na SAD-MT, através do Decreto: Decreto 1.300, de 24/04/2008 - Regimento Interno do Núcleo Sistêmico de Saúde. - Seleção do Mestrado em Gestão do Trabalho e Educação na Saúde pelo o MS em parceria com OPAS e Fiocruz, sendo selecionadas nove trabalhadores da ESP-MT, hoje sendo nove mestres em gestão do Trabalho – 2008 a 2010. - Portaria n. 149, que altera a 115/2005, que institui o desenvolvimento dos trabalhadores através da gestão do conhecimento. 		

2010	<p>- Regimento interno do Núcleo sistêmico: Decreto nº 2.372, de 22/02/2010, com nova Estrutura da Gestão de Pessoas de MT.</p> <p>- Seleção do Mestrado em Gestão do Trabalho e Educação na Saúde pelo o MS em parceria com OPAS e Fiocruz, participação de uma trabalhadora da gestão de Pessoas da SES-MT – 2010 a 2012.</p> <p>- Capacitação dos ERS e SMS sobre o SIS trabalho, com foco na estruturação necessária e preparação dos técnicos da área de RH.</p>		
2011	<p>O estado passa a gestão dos Hospitais Regionais de Saúde para as Organizações de Saúde e a SGP participa do processo de transição dos trabalhadores do estado para a administração das OSS.</p>		
2012	<p>Convocação dos mais de mil trabalhadores cedidos das SMS para retorno imediato a SES e hoje ainda há 790 com ônus para SES cedidos para as SMS, sem contar com os trabalhadores que estão nas OSS.</p> <p>Cortes de cargos comissionados e exclusivamente comissionado. Veja o histórico²⁰ dos trabalhadores cedidos: dezembro de 2010: 1938; maio de 2011: 905; dezembro de 2012: 798; fevereiro de 2012: 970. Do total de 100% dos trabalhadores 88% estão na área finalística do SUS, ou seja, na assistência, os 12% estão nas esferas administrativas do estado.</p>	<p>Direcionamento do governo do estado para centralização de todas as decisões de contratação.</p>	

Fonte: Elaboração própria, a partir dos documentos da Trajetória da Gestão de Pessoas na SES-MT - 1999 a 2010, e a partir da tabela dissertação de mestrado de Koster (2008, p. 72).

²⁰ Informações da Gerência de Provimento da SPG, fevereiro de 2012.

Com base no estudo dessa região de saúde, buscamos identificar caminhos para levantar questões referentes à regionalização na busca “imprescindível de avançarmos na configuração de estratégias e instrumentos de planejamento, regulação e financiamento que possam apoiar a conformação de sistemas públicos de saúde regionais em diferentes recortes territoriais e os territórios indígenas” (VIANA; LIMA; 2011, p. 62) como, por exemplo, a regional de São Félix do Araguaia.

Entre as diversas portarias que regulamentam e estabelecem diretrizes operacionais do Pacto, a nº 2.751/GM, de 11/11/2009, trouxe a regulamentação da ferramenta eletrônica para o registro do TCG no SISPACTO, sua revisão anual, proposta de plano de ação, monitoramento e avaliação. Analisando as metas pactuadas pelas diferentes áreas da SES-MT, no instrumento de gestão para o monitoramento – o SISPACTO 2010-2011 –, verifica-se que o monitoramento é realizado todos os anos na SES, com o objetivo de pactuar metas para as ações de saúde pública. Podemos concluir, então, que a gestão do trabalho em saúde em Mato Grosso é o único item do pacto para o qual não foram estabelecidos indicadores até o presente ano.

Segundo o relatório da Superintendência de Políticas, “as maiores fragilidades do Termo de Compromisso de Gestão Municipal foram verificadas nos eixos 04, 05, 06 e 07, os quais apresentaram maior média de municípios que não realizam as ações. Destacando o eixo 05, gestão do trabalho em saúde, onde 45 dos municípios em média informaram não realizar as ações” (SES, 2010, p. 04).

Avaliando a articulação da cooperação na execução das ações:

Olha, esse estímulo de cooperação, esse trabalho é muito forte com a condução da gestão dos escritórios regionais das próprias reuniões da CIB entre interlocução com os gestores municipais; mas isso especificamente **em relação à gestão do trabalho, não estamos focados nesse assunto, tá? Eu acho que precisa haver um direcionamento maior, então é uma área que precisa ser trabalhada, mais bem trabalhada.** (Gestor estadual de saúde do nível tático)

Toda a sistematização e operacionalização das políticas de saúde no Estado de Mato Grosso passa pelo processo de pactuação no CGR e na CIB. Assim, após a assinatura do pacto, houve adesão ao PROGESUS instituído pela Portaria nº 2.261, de 22/09/2006, do Ministério da Saúde. O Programa de Estruturação e Qualificação da Gestão do Trabalho e Educação na Saúde (PROGESUS) é um programa de cooperação técnica e financeira com estados e municípios que prevê ação de reestruturação do campo nos espaços de gestão das secretarias, qualificação dos gestores da área e implementação de sistema de informação. O único trabalho realizado pelo estado após a

assinatura do programa foi o projeto premiado neste ano pelo Inovasus, intitulado *Instalação e registro do sistema Sistrabalho SUS nas Secretarias Municipais de Saúde do Estado de Mato Grosso*.

Vale lembrar que este foi o único trabalho realizado pelo estado no âmbito do ProgeSUS, posto que foram qualificados um total de 600 trabalhadores em 110 SMS para a implementação do Sistrabalho SUS. Porém esta qualificação priorizou aos técnicos da área da informática do Município e das SMS.

Na SES-MT tem uma equipe responsável pela implementação do Sistrabalho, que também aborda os outros componentes do ProgeSUS, especificamente a estruturação da área, com matérias do componente I (conforme quadro 3), que foi contemplando entre os municípios. Esta ação recebeu em 2012 o Prêmio Inovasus, para valorização de boas práticas e inovação na gestão do trabalho na saúde²¹.

Também destacamos as ações previstas nos instrumentos de gestão da SES no período de recorte deste estudo. Embora tenhamos avançado no processo da regionalização, outras áreas, em especial o campo da gestão do trabalho em saúde, vêm requerendo novos modelos.

[...] o RH aqui é envolvido mais com o administrativo do que com a qualificação do próprio setor, do próprio RH, mesmo das pessoas, é uma crítica que venho fazendo há muito tempo, acho que o RH não é somente folha de pagamento e ponto, ela engloba outras coisas, como qualificação e busca de foco no trabalho [...]. (Gestora estadual do nível estratégico 03).

Ao analisarmos a questão, podemos entender que a SES realmente está neste foco, tem uma Superintendência, com duas coordenadorias e cinco gerências com processos de trabalho mapeados, com diretrizes no Plano Estadual de Saúde (PES), Plano Plurianual (PPA) e Plano de Trabalho Anual (PTA), além de plano de ação para execução das ações descritas no Pacto, mas não consegue avançar estrategicamente.

²¹ Ficaram nesta premiação, como publicado na Portaria ministerial, em 17º lugar, a Instalação e o registro do sistema Sistrabalho SUS nas Secretarias Municipais de Saúde do Estado de Mato Grosso (Anexo F).

Quadro 6: Ações da gestão do trabalho e educação no PES de 2008 a 2011

Eixo III	Gestão do SUS com 01 objetivo, 11 diretrizes e 19 metas
Objetivo	Aprimorar a gestão do SUS
Diretriz 15	Efetivação da Gestão do Trabalho e Educação no SUS
Meta 41	Monitorar 100% das metas das SMS e SES pactuadas no Pacto pela Saúde
Meta 42	Apoiar os 16 CGR na constituição de Câmaras Técnica Temáticas
Meta 46	Promover e desenvolver a Formação e qualificação de 2000 trabalhadores no SUS
Meta 47	Promover o fortalecimento da Política de Gestão do Trabalho e Educação em 50% das SMS até 2011

Fonte: Política Estadual de Saúde 2008 a 2011 – Superintendência de Políticas de Saúde – SPS – FIPLAM.

Quadro 7: Medidas do PPA da Superintendência de Gestão de Pessoas da SES

01	Sistematizar, estruturar, regulamentar, operacionalizar, avaliar e monitorar a política de Gestão do Trabalho da SES;
02	Planejar a Força de Trabalho da SES e estagiários de acordo com as necessidades do SUS;
03	Planejar a operacionalização e integração dos sistemas SEAP (Governo do Estado de Mato Grosso) e Inforsus (Ministério da Saúde) na SES-SUS;
04	Planejar e desenvolver a cooperação técnica e financeira para o desenvolvimento da política de Gestão do Trabalho no SUS das Secretarias Municipais de Saúde em parcerias com o CONASEMS, COSSEMS, CONASS, MS e OPAS

Fonte: PPA da SES de 2008 a 2011 – Superintendência de Políticas de Saúde – SPS – FIPLAM.

No contexto da implementação da gestão do trabalho em saúde, o entrevistado se refere à forma amadorística, temporária e segundo a qual a prioridade só fica no plano do discurso:

Olha, eu tenho realmente para falar de gestão do trabalho hoje em Mato Grosso é um pouco complicado [...] a impressão que se tem é que isso continua sendo tocado como se toca o SUS, a gestão do tabu de forma amadorística. Aí quando eu digo de forma amadorística, no sentido que a saúde, o SUS de uma maneira geral, lida com essa questão como secundária, apesar dos discursos que procuram priorizar [...] O que a gente sabe é que são em geral medidas pontuais, coisas temporárias, se trabalha muito com o tempo do gestor e não com o tempo da gestão, não com o tempo do SUS enquanto sistema, cada um que entra quer impor uma determinada coisa [...] (Ator social do Observatório de Recursos Humanos - MT).

Outro entrevistado ainda pontua que:

[...] a importância dela quando se trata de pessoa e a gente diz que saúde pública não se faz com altas tecnologias, com grande equipamento; a gente faz com pessoas. E que a gente não tiver voltado para essas pessoas e para consonância na qualidade de trabalho, a gente vai conseguir poucos resultados positivos. Então

sim, é uma área importante, mas que ainda precisa do seu merecido destaque, seu merecido valor [...] (Gestora estadual no nível estratégico).

Na instância estadual, podemos analisar o ponto de vista dos gestores sobre a política de gestão do trabalho em saúde e outros atores envolvidos no processo de implementação da área, e também quais as ações desenvolvidas e os apontamentos dos principais desafios para a implementação da Política de Gestão do Trabalho nas SMS, configurando a possibilidade do processo da regionalização para área de gestão do trabalho em saúde, como existe na Atenção Básica e na Vigilância Sanitária.

Também foram indagados sobre como estariam estimulando a cooperação entre os municípios na implementação da área, e se identificam a relação de cooperação entre a SES e as SMS nas regionais de saúde na implementação da política de gestão do trabalho em saúde.

Podemos perceber, primeiramente, os desafios que estão presentes nas falas dos entrevistados:

Olha, o grande desafio da questão na minha opinião, gestão de trabalho é um tema complexo [...], a relação com do trabalhador com a gestão pública... Se por um lado o servidor público é liberal, servidor de carreira, concursado, etc., portanto ele uma perspectiva de vida nesse trabalho, por outro a gestão, **a gerência desse trabalho, sofre um processo muito grande de continuidade e sofre dos problemas do sistema político brasileiro, quais sejam: problemas do clientelismo, o problema da barganha, enfim dos interesses menores do corporativismo, né?, das diretas, das diversas, como é que eu diria? Dos diversos males que caracterizam o sistema político brasileiro, isso interfere na gestão pública e, sobretudo nessa área, porque é onde os políticos, os gestores de turno utilizam para as trocas, os benefícios, etc.** Então é uma área que sofre, por isso esses gestores em geral têm uma perspectiva de vida como gestor muito curta, vão ficar um ano, dois anos, ou têm uma perspectiva de usar aquele cargo para se eleger mais alguma coisa um pouco mais na frente e não têm a visão do serviço público no médio e longo prazos. A gestão não é profissionalizada, não se investe na formação das pessoas como se deveria investir; se você for ver a estrutura de gestão de pessoas na maioria das Secretarias de Saúde e nos municípios. A grande maioria dos municípios de Mato Grosso não tem uma estrutura própria. (Ator social do Observatório de Recursos Humanos - MT).

As questões ora apresentadas, em linhas gerais, colocam no centro da gestão alguns pontos acerca do desconhecimento sobre as diretrizes nacionais da política, como está organizada na Agenda Positiva, por parte de muitos gestores estaduais:

[...] não conheço a fundo, detalhadamente, todas as ações desenvolvidas, pelo fato de não estar voltado no meu trabalho diretamente para esta área. Mas como gestão de pessoa envolve todas as ações relacionadas ao SUS, indireta ou mesmo diretamente, a gente acompanha todos os trabalhos serem desenvolvidos pela a superintendência [...]. (Gestor estadual do nível tático).

O gestor afirma que é um a política nova; é o olhar do gestor em relação à área, recente neste cenário de mais de duas décadas do sistema único de saúde :

[...] a gestão de pessoas, a gestão de trabalho é uma área praticamente nova, tem poucos anos que está tendo uma ênfase maior pelo próprio Ministério da Saúde e na Secretaria de Estado de Saúde também não é diferente, embora a gente acompanhe, tenha experiência e iniciativa positiva, ela ainda não é uma política definida, internalizada e que seja de domínio de todas as áreas da SES. [...] (Gestora estadual no nível estratégico).

O distanciamento entre as áreas da gestão do trabalho e educação também é destacado pelos gestores:

[...] percebo uma fragmentação entre a área de gestão de pessoas e a ESP, embora pareça um fato negativo. Estamos em um processo de avaliação do que temos feito com o nosso processo de educação permanente, buscando, na criação das CIES regionais, o levantamento das necessidades de qualificação dos profissionais de saúde que estão nos municípios, nas regionais, e também de encontrar forma de melhorar nossos indicadores de saúde [...] (Gestora estadual no nível estratégico).

Assim, o conjunto dos relatos acima apresentados permite identificar características, ainda mais particulares da esfera estadual observada na pesquisa. No nível estadual, destacam-se a baixa presença da gestão do trabalho na pauta da gestão do SUS. De outro lado, os gestores municipais aderem a projetos específicos do ministério, por estes representarem uma contraproposta à SES, não monitorarem e avaliarem as experiências hoje recorrentes, como o ProgeSUS e Pacto de Gestão.

Observamos que, apesar de avaliarem positivamente as diretrizes nacionais e a importância da área, os gestores apontam limitações na cooperação para implementar diretrizes nacionais. Mesmo assim, os gestores do nível operacional têm outra visão da área, percebendo um distanciamento entre a SES central e as demais áreas – além disso, ainda maior da SES para as Regionais de Saúde.

O debate ora apresentado, em linhas gerais, coloca no centro das preocupações a ausência de técnicos responsáveis pela gestão do trabalho nas Regionais de Saúde. Esta é um ponto importante para a análise e compreensão das questões postas pelos entrevistados, pois não há atores para interlocução nem na esfera estadual, nas regionais de saúde, nem nas SMS pesquisadas.

A partir dos trechos citados, percebe-se a necessidade de uma estrutura para a gestão do trabalho em todas as SMS do estado, questão considerada por todos

entrevistados da gestão estadual e municipal. Esse ponto prossegue, ao nosso olhar, tornando possível que todos os 16 Escritórios Regionais de Saúde e as SMS deveriam ter uma estrutura mínima, com um técnico responsável pelos processos de trabalho em relação ao desenvolvimento, provimento, remuneração dos trabalhadores da SES e, conseqüentemente, assessoria as SMS – ou seja, dando dignidade e respeito aos trabalhadores do SUS.

Para finalizar, destacamos a rotatividade de gestores no nível estadual, pois no período de oito anos passaram oito gestores estaduais de saúde, o que representa um cenário de fragilidade da situação política de saúde no Estado de Mato Grosso.

4. DESVENDANDO O CAMPO: A REGIONAL DE SAÚDE DE SÃO FÉLIX DO ARAGUAIA

4.1 CONTEXTO HISTÓRICO E GEOGRÁFICO DA REGIONAL DE SÃO FÉLIX DO ARAGUAIA

Na Regional de São Félix do Araguaia está localizada a maior fazenda do mundo, a Suiá-Missú, localizada entre as cidades de São Félix do Araguaia e Alto Boa Vista. Esta fazenda hoje é alvo de disputa entre produtores rurais e índios Xavantes. O latifúndio foi criado a partir das terras de Ariosto Riva pelo Grupo Ometto, que recebeu da SUDAM um financiamento de 30 milhões de dólares na época.

Isso só foi possível graças a um documento da FUNAI atestando a inexistência de índios na região, o que não era verdade. A ação incluiu o trabalho forçado e a expulsão de diversos integrantes da tribo Xavante Marawãtsède, habitantes originais da região. Ocorreu também a interferência de uma missão salesiana, que transferiu a tribo Marawãtsède para a Missão de São Marcos. Após o Grupo Ometto, o controle da fazenda foi passado para a empresa Liquifarm Agropecuária e, posteriormente, nos anos 80, passou para a petrolífera italiana Agip do Brasil, que em acordo com o governo nacional após a ECO 92 propôs a devolução das terras aos indígenas. Isto até hoje não pode ser concretizado devido ao confronto regional entre índios, posseiros, grileiros e sem terra.²²

O escritório Regional de Saúde²³ encontra-se neste território de conflitos de terra, na Região de Saúde de São Félix do Araguaia²⁴, parte leste do Estado do Mato Grosso, na região de saúde do Baixo Araguaia, localizado a 1.200 quilômetros da capital Cuiabá. A região é composta por cinco municípios, com população, em 2010, de 21.594 habitantes; área geográfica com extensão de 36.689,9 km² e densidade demográfica de 0,59 hab/km². O município mais populoso é São Félix do Araguaia, e o menos populoso é Serra Nova Dourada, com 11.097 e 1.407 habitantes, respectivamente.

Por anos, a região foi conhecida como “Vale dos Esquecidos”, tamanho o descaso para ela, classificada pela PNUD como uma das regiões com os menores índices de desenvolvimento humano do estado.

²² Sinopse do filme Vale dos Esquecidos, 2011.

²³ Conforme Decreto Estadual nº 7.442, de 12/04 /06.

²⁴ Com a publicação do Decreto n. 7508/2011, de 28/06/2011, destaca as como foco para garantias aos serviços de Saúde. Assim, de acordo com o Artigo 2º, são instituídas as Regiões de Saúde, e foram criadas as 16 regionais, tendo São Félix do Araguaia a sede regional composta pelos municípios. Dentro dessa nova Normativa, criou-se a Região de São Félix do Araguaia, composta por cinco municípios: Alto Boa Vista Luciara, Novo Santo Antônio, São Félix do Araguaia e Serra Nova Dourada, faltando somente a SES/MT efetivá-la. Diante da referida Normativa, o Estado de Mato Grosso, como todo Brasil, terá apenas Regiões de Saúde e não mais microrregiões ou macrorregiões. De acordo com o número de regiões, o Estado de Mato Grosso conta o mesmo quantitativo de Comissões Intergestores Regionais (PIRES, 2012).

O quadro 8 traz as características sociodemográficas e econômicas dos municípios da Regional de Saúde de São Félix do Araguaia, em 2012.

Quadro 8: Características sociodemográficas e econômicas dos municípios da Regional de Saúde de São Félix do Araguaia, Mato Grosso, 2012

MUNICÍPIO	HAB. IBGE 2010	ÁREA TERRITORIAL KM ²	ASSENTAMENTOS	DISTÂNCIA DA CAPITAL (KM)	PIB PER CAPITA IBGE-2008	IDH PNUD/2000	PIB-2008
Alto Boa vista	5.247	2.242,000	Bandeirantes Mãe Maria Roncador	1.109	10 284,27	0, 708	54 187,834
Luciara	1.365	4.662,87	Terras indígena	1,167	6 972,13	0, 691	17235,104
Novo Santo Antonio	2.005	4.368.459	Santo Antônio da Mata	1.063	6 845,95	-----	15 204,865
Serra Nova Dourada	1.407	1.479,893	Macife-I Roncador Serra Nova-II		11 223,00	-----	15 790,762
São Félix do Araguaia	11.097	16.848,221	Azulona Gameleira Mãe Maria Chapadinha Vila Rural Zeca do doce Lago de Pedra Carnaúba Dom Pedro	1.200	12 690,18	0, 726	140 822,982

Fonte: Elaboração própria, a partir de dados do IBGE – AMM – MT e Sistema de Monitoramento da Atenção Primária - SIMAP-SES-MT (2012).

No município de Luciara, está localizado um dos 11 campi da Universidade Estadual de Mato Grosso (UNEMAT), uma das conquistas da liderança do Bispo Dom Calsadalia na região. E, em julho de 2011, o prefeito de Novo Santo Antônio, Valdemir Antônio da Silva, foi assassinado, o que trouxe grande tensão à gestão municipal, com consequências para toda a população do município.

Há questões relevantes a serem consideradas na região, como a existência de conflitos de terra entre índios, posseiros e latifundiários. Cabe lembrar que foi também nessa área que aconteceu “A guerrilha do Araguaia”²⁵. Há vários assentamentos federais e estaduais localizados em quase todos os municípios, com exceção de Luciara. Estas questões sociais afetam, até os dias atuais, a implementação das políticas públicas e a relação do estado com a sociedade local.

É importante o papel na região do bispo dom Pedro Casaldáliga, indicado duas vezes para o Prêmio Nobel, e que tem presença marcante na história da região. Sendo conhecido como o “profeta do Araguaia”, além de poeta e autor de vários livros, aderiu à

²⁵ A Guerrilha do Araguaia foi um agrupamento de militantes contrários à ditadura militar que acreditavam que a revolução socialista só teria sucesso se acontecesse no interior rural do Brasil.

opção preferencial pelos pobres da Teologia da Libertação, e tem atuação política forte na região, como narra em entrevista de Gil Correia (2000):

[...] ao enfrentar a ditadura da época e os grandes latifundiários, sofreu vários atentados, mas ganhou o respeito internacional pela forma eloquente na defesa da vida e dos direitos dos menos favorecidos. Hoje um homem simples, com sandálias havaianas nos pés e anel de tucum no dedo, simbolizando o poder episcopal, Pedro, como prefere ser chamado, é apaixonado pela América Latina e pelo rio Araguaia, com quem tem uma relação de cumplicidade nas poesias e nos textos que escreve diariamente [...] (REVISTA MUNDO E MISSÃO)

Em nosso diálogo com o Bispo, pudemos perceber sua preocupação com a região, ilustrada no trecho da sua fala abaixo:

Olha, estamos preocupados com as questões do atendimento da população indígena com a mudança da FUNASA para Secretaria Nacional de Saúde Indígena, não sabemos quais são os encaminhamentos. Nossa região tem muitas dificuldades, mas especificamente na área da saúde, os médicos na região se tornam fazendeiros ou entram na política, há uma insegurança uma incerteza muito grande na região nas políticas públicas. (Liderança regional).

5.1.2. Rede de Saúde da Regional de São Félix do Araguaia

Existem 34 estabelecimentos²⁶ de saúde na Regional, registrados no CNES, sendo nove Centros de Saúde/Unidade Básica, quatro Clínicas Especializadas/Ambulatórios de Especialidades, quatro Consultórios Isolados de Odontologia, duas Unidades de Apoio Diagnóstico e Terapia (SADT Isolado), uma Unidade de Vigilância em Saúde, um Centro de Atenção Hemoterápica e/ou Hematológica, quatro Postos de Saúde, uma Farmácia Básica municipal, 01 Unidade de Atenção à Saúde Indígena, além das cinco Secretarias Municipais de Saúde e um Escritório Regional de Saúde.

O Hospital Regional do Araguaia possui 40 leitos,²⁷ todos no SUS: *Cirúrgico*: quatro leitos de cirurgia geral, quatro de ginecologia e quatro de ortopedia/traumatologia. *Clínico*: 11 leitos para clínica geral; *Obstétrico*: seis leitos para obstetrícia cirúrgica, e três leitos de obstetrícia clínica. *Pediátrico*: oito leitos de pediatria clínica. Quanto aos profissionais de saúde, consta na regional um total de 337 profissionais da saúde, sendo que atualmente cinco não atuam no SUS (Anexo F).

A alta complexidade da saúde da regional de Saúde de São Félix do Araguaia não é atendida em sua totalidade pelo hospital de São Félix do Araguaia, e recebe a cooperação no atendimento dos municípios de Gurupi e de Palmas, no Estado de

²⁶ Fonte: Gerência de Planejamento de Rede de Atenção à Saúde, Coordenadoria de Apoio à Organização de Rede de Serviços, Superintendência de Atenção à Saúde (SES-MT, maio 2012).

²⁷ Fonte: Gerência de Planejamento de Rede de Atenção a Saúde, Coordenadoria de Apoio à Organização de Rede de Serviços, Superintendência de Atenção à Saúde (SES-MT, maio 2012).

Tocantins. A qualidade das estradas na região é extremamente precária, com pontes de madeira com difícil acesso, sem pavimentação que, no período de chuvas, entre os meses de outubro a março, tornam-se, muitas vezes, intransitáveis.

A região estudada tem, em nível estadual, a maior população indígena, com 28 aldeias e 792 famílias de diferentes etnias: Karajá, Canelas, Xavante, Machacali, Tapirapé. Na região encontra-se o Distrito Sanitário Especial Indígena do Araguaia (DSEI), implantado em setembro de 1999 na cidade de São Félix do Araguaia, e que se distribui entre os estados de Mato Grosso, Tocantins e Goiás. O distrito atende a 4.145 índios desses três estados.

Segundo Bogéa (2004), a sua sede em São Félix do Araguaia foi uma conquista do Conselho Local de Saúde Indígena, que já estava formado, pois, pelo organograma preconizado pela Funasa, este DSEI provavelmente teria sua sede em Palmas-TO. No entanto, os índios e demais conselheiros entenderam que isso dificultaria o acompanhamento das ações executadas nas aldeias, devido à grande distância que há entre Palmas e as aldeias (cerca de 1.000 km).

Hoje, depois de quase 12 anos de implantação do Departamento de Saúde Indígena, o mesmo possui uma estrutura organizacional, com normas, rotinas e regimento que favorecem as atividades. A maioria dos programas de saúde (Saúde da Mulher, da Criança, Saúde Mental, Saúde Bucal, etc.) foi implantada seguindo um fluxo rotineiro de execução. No entanto, ainda persiste um alto índice de mortalidade materna e infantil, e seus municípios ainda não constam na lista dos 11 municípios priorizados no Plano de Redução da Mortalidade Materna e Infantil do Estado de Mato Grosso.

A região apresenta ainda fragilidades no atendimento a toda população, incluindo a indígena, conforme podemos observar na narrativa do gestor municipal:

[...] fica muito difícil para nós atendermos [...] índios da região. Essa população grande que é de Tocantins e não de Mato Grosso; eles são da Ilha do Bananal, do outro lado, e nós estamos atendendo aqui, nós não podemos negar o atendimento, então essa é nossa grande dificuldade, é muito grande (Gestor municipal do nível estratégico).

Apesar das questões sobre o atendimento à população indígena, a necessidade de qualificar o trabalho desenvolvido com esta população foi muito citada nas entrevistas. A preocupação dos gestores ainda não foi incluída nas diretrizes nacionais da gestão do trabalho em saúde, outro ponto de estrangulamento da Regional de Saúde de São Félix do Araguaia. Dessa forma, no estado há necessidade de se construir ações voltadas

especificamente aos profissionais que irão fazer o atendimento à população indígena e, conseqüentemente, criar mecanismos dentro do CGR para tratar dessas questões, uma vez que ela está presente no Consórcio Intermunicipal de Saúde (CIR).

Viana & Lima (2011, p. 48) reforçam esse ponto de vista: “Se o SUS deve ser único no território nacional, assegurando os mesmos princípios e diretrizes a toda a população, este não se realiza da mesma forma em todos os lugares, devido às diferentes heranças e heterogeneidades regionais”.

Desde que o SUS foi organizado pelas normativas, segundo Ferrari:

A descentralização foi a principal estratégia utilizada para que os municípios assumissem a responsabilidade de prover os serviços de saúde, como também organizar os sistemas municipais. **A regionalização, que tem sido apontada como uma ferramenta para o avanço da descentralização**, também se efetivou como desconcentração da estrutura e da ação estadual, com a criação de regiões de saúde, para que as relações fossem mais cooperativas e pudessem atender demandas por serviços de saúde pela população (FERRARI, 2010, p. 15 - grifo nosso).

Ferrari (2010) destaca a importância da regionalização para a efetividade do SUS, na busca do que é preciso ser feito para melhorar os serviços de saúde. No entanto, podemos destacar a fragilidade da SES-MT em ter diagnósticos e instrumentos mais precisos sobre suas diferentes áreas de intervenção, para melhor organização do SUS nas diferentes regiões do estado.

A necessidade de se desenvolver estratégias específicas para cada localidade também pôde ser identificada nos depoimentos dos entrevistados: ressalta-se que este Escritório Regional de Saúde é um dos mais novos do estado, tendo sido criado em 2005. Vale ainda lembrar que este escritório tem o menor número de trabalhadores²⁸ em relação aos demais, e apresenta os mesmos resultados do trabalho das regionais de saúde de Mato Grosso; é a única regional de saúde que tem cobertura de 100% do Programa de Saúde da Família.

Tal fato pode ser identificado no depoimento da gestora estadual:

Então os escritórios regionais têm importante papel no acompanhamento das atividades juntamente com os Secretários Municipais de Saúde, e dentro do colegiado de gestão regional. Então é um pacto, é um foro regional de pactuação, onde o diretor do escritório e toda a sua equipe técnica têm responsabilidade de acompanhar esse trabalho, de avaliar, de discutir junto como gestores quais as principais necessidades [...], algumas regiões têm tido avanços bastante positivos [...] algumas regiões têm dado bons resultados, mas ainda há demandas que não são relevantes para a região, que são de interesses pessoais. Então isso tem que ser mais bem trabalhado, mais bem direcionado e priorizado, para que o foco seja

²⁸ Lotacionograma da Gerência de Provimento da Superintendência de Gestão de Pessoas (2012).

realmente a necessidade da região, mas é uma experiência extremamente positiva (gestor estadual do nível estratégico).

Neste sentido, outro entrevistado explica:

[...] o Escritório Regional é apoio muito forte para nós, pros municípios. É como se fossem os pais e nós os filhinhos que estão aprendendo a caminhar. Noto que lá dentro do escritório faltam recursos humanos [...] então eu acho que escritório representa para mim a figura do norte forte. Se fosse mais completo de recursos humanos... (Gestor municipal de saúde do nível tático).

As ideias dos dois entrevistados compõem um olhar positivo sobre o papel dos ERS, ao mesmo tempo em que também se levantam algumas críticas em relação a sua estrutura e funcionamento. Em relação a esses pontos, é necessário sublinhar, como fizeram Lima & Viana, que:

A regionalização precisa, ser, sobretudo, um processo político, para lidar com a diversidade do próprio SUS em sua relação com o território brasileiro. Isso torna o processo atual de regionalização mais complexo do que aquele relacionado à descentralização político-administrativa do SUS, do ponto de vista analítico, institucional e político. **Neste momento, a regionalização se associa a uma perspectiva mais ampla e integrada de transformação socioeconômica e de redução das desigualdades regionais, sendo amparada pela expansão do investimento público federal e estadual** (LIMA; VIANA, 2011, p. 48-49).

A regional de saúde de São Félix do Araguaia nos apresenta um contexto social e político de muitos conflitos: de poder, por terra e em relação aos territórios indígenas. Estes estão interligados às questões culturais e cívicas da região, muito marcadas a partir do período da ditadura. Segundo Ferrarezi (2003, p. 9 apud BOURDIEU, 2003, p. 67): “o volume do capital social que um agente individual possui depende então da extensão da rede de relações que ele pode efetivamente mobilizar e do volume do capital (econômico, cultural ou simbólico), que é posse exclusiva de cada um daqueles a quem está ligado”.

Além disso, frisamos outra citação de Ferrarezi (2003, p. 11 apud ROBINSON; SILES; SCHMID, 2003, p. 53).

Que o aumento de capital social estaria relacionado ainda com a melhoria da capacidade de negociação e intercâmbio de uma sociedade. Além disso, um país com renda mais bem distribuída e com cidadãos que se interessam pelo bem-estar dos demais, os custos e benefícios dos bens públicos se distribuem de forma mais homogênea do que em países onde o capital social se encontra mais concentrado.

Em seguida, fez-se necessário descrever a gestão do trabalho em saúde, por isso utilizamos como referência o instrumento de coleta de dados das SMS. Apresentaremos no próximo item a descrição da abrangência do processo de implementação das questões

descritas na Agenda Positiva do Ministério da Saúde no cotidiano das SMS nos cinco municípios que compõe a Regional de Saúde de São Félix do Araguaia.

4.2 CARACTERÍSTICAS DA GESTÃO DO TRABALHO EM SAÚDE NOS MUNICÍPIOS DA REGIONAL DE SAÚDE DE SÃO FÉLIX DO ARAGUAIA

4.2.1 Município de Alto Boa Vista

Foi realizado um trabalho *in loco* nos municípios que fazem parte do Escritório Regional de Saúde de São Félix do Araguaia, onde se buscaram algumas informações com os gestores das SMS. A gestora do município ingressou na SMS de Alto Boa Vista no ano de 2011, é enfermeira, e no momento da entrevista ocupava o cargo em comissão de Secretária Municipal de Saúde há seis meses. Apesar de ter um gestor recém-empossado no cargo, esta SMS tem a menor rotatividade de gestores na saúde, ou seja, dois gestores municipais de Saúde entre os anos de 2009 a 2012.

Podemos observar também que a SMS não possui um profissional específico para tratar das questões da gestão do trabalho em saúde; o RH da SMS é integrado ao da Prefeitura Municipal, a qual disponibiliza um profissional com dedicação exclusiva para a gestão dos trabalhadores de todas as secretarias do município.

No que tange à estrutura dos estabelecimentos de saúde do município, existem duas Unidades de Saúde da Família I e II, e duas Unidades de Saúde Básica - SB1 e SB2, também com três assentamentos nas comunidades: Bandeirantes, Mãe Maria e Roncador, e todos possuem o Programa de Apoio à Saúde Comunitária de Assentados Rurais (PASCAR). Tal programa é modelo para todo o território brasileiro, sendo considerado mais uma estratégia para uma saúde resolutiva.

Existem na região outros estabelecimentos de saúde, tais como: Clínica Especializada/Ambulatório de Especialidades e o Centro de Reabilitação "Leontino de Souza Milhomem". Já os consultórios isolados são dois: o Consultório Odontológico Cristiane Garcia Salvadego e o Consultório Odontológico Sergio Luis Salvadego. Em relação à Unidade de Apoio Diagnose e Terapia (SADT Isolado), existe o Laboratório DAGIOS e o Laboratório VIDA; há também uma Unidade de Vigilância em Saúde: Miniposto de Saúde Alto Boa Vista.

A SMS dispõe no seu quadro organizacional de um total de 61 trabalhadores do SUS, distribuídos nos cargos de: *nível superior*: três enfermeiros, um psicólogo, um assistente social, dois odontólogos, dois médicos, um farmacêutico; *níveis médio e*

elementar: 17 agentes comunitários de Saúde (ACS), oito técnicos de enfermagem, dois auxiliares de consultório dentário (ACD), dois operadores de sistemas, oito prestadores de serviço com vínculos. Os vínculos existentes nesta SMS são: estatutários, cargos exclusivamente comissionados e prestadores de serviços.

Dispõe ainda de dois médicos atuando na SMS, com carga horária de 40 horas semanais. Segundo a gestora, este é o maior desafio ao se versar sobre a fixação e provimento de médicos: nesta SMS há alto índice de rotatividade dos profissionais médicos. O último contrato foi realizado em outubro 2011; já em janeiro de 2012, na segunda visita o profissional estava sendo demitido.

Podemos identificar que este município é o segundo da região em atendimento à população indígena – um dos desafios da Regional de Saúde de São Félix do Araguaia, que requer do gestor municipal ações estratégicas para o acolhimento de populações específicas e atendimento de qualidade nos serviços de saúde.

Em Alto Boa Vista, foi realizado concurso público em 2011 para todas as secretarias do município, através do Edital nº 001, com vagas para todas as secretarias. Havia cargos específicos para a SMS, conforme o quadro abaixo:

Quadro 9: Resumo do Edital nº. 001 concurso publico da SMS de Alto Boa Vista

NÍVEL MÉDIO	SALÁRIO	CARGA HORÁRIA
Auxiliar de Serviços Gerais	545,00	40h/s
Motorista	710,00	40h/s
repcionista	710,23	40h/s
NÍVEL TÉCNICO:	SALÁRIO	CARGA HORÁRIA
Técnico em Enfermagem	1.237,84	40h/s
NÍVEL SUPERIOR:	SALÁRIO	CARGA HORÁRIA
Médico	7.305,30 + Plantão	40h/s
Fisioterapeuta	2.840,95	40h/s
Nutricionista	2.435,10	40h/s

Com base no item supracitado, sobre a contratação dos profissionais de saúde, chama-nos a atenção a participação da gestora municipal de Saúde, tanto na contratação dos ACS e agentes de endemias, como também dos profissionais médicos, o que não ocorre em outros municípios.

Identificamos, ainda, que a SMS não tem contato com as esferas estadual e federal para tratar das questões da gestão do trabalho em saúde, pois apresenta um conhecimento mínimo sobre as diretrizes da Agenda Positiva da área.

Quanto à sistematização da assinatura do Pacto pelo município de Alto Boa Vista, foi homologada na reunião da CIB, realizada em 07/04/2009 e publicada na Portaria do Ministério da Saúde nº. 1810, de 13/08/2009. Verifica-se que, de acordo com a Agenda Positiva, descrita no item 5 do Pacto de Gestão, não foram implementadas diretrizes.

Em relação ao ProgeSUS, a SMS realizou a adesão à portaria do MS, participou da capacitação de 40 horas realizada pela SES/MT e comprou os equipamentos para implementação do Componente II do Sistema de Informação Gerencial. Podemos observar que o sistema não está em pleno funcionamento e pode-se afirmar que não há equipe na SMS responsável pelo acompanhamento das ações do Pacto pela Saúde e ProgeSUS.

4.2.2 Município de Nova Serra Dourada

Nova Serra Dourada é o município da regional de saúde que tem o menor número de profissionais da saúde: são 42 trabalhadores do SUS. A gestora do município ingressou na SMS no ano de 2010, é técnica de enfermagem, ocupa o cargo de confiança da SMS, faz parte do quadro de profissionais da SMS e no momento da entrevista estava há quatro meses no cargo.

Quanto à mudança de gestores, a Secretaria Municipal de Saúde de Nova Serra Dourada também apresenta alto índice de rotatividade em relação às outras SMS da região – foram cinco de 2009 a 2012. Sua estrutura física funciona na Prefeitura, e a área de gestão do trabalho em saúde não existe em sua estrutura organizacional.

Na estrutura de gestão do trabalho, nesta SMS está lotada uma servidora que é assistente administrativo e desempenha outras funções na secretaria, como telefonista, recepcionista entre outras, tendo ainda participado da capacitação do Sistrabalho.

Em relação à estrutura das unidades de saúde, há três assentamentos nas comunidades: Macife I, Roncador e Serra Nova II, onde foi implantado o Programa de Apoio à Saúde Comunitária de Assentados Rurais (PASCAR). O Centro de Saúde/Unidade Básica possui um Centro de Saúde Nova Serra Dourada Saúde Básica 1 (SB1) e um de Estratégias de Saúde da Família I (ESF I), contando ainda com uma Clínica Especializada/Ambulatório de Especialidade: Unidade Descentralizada Adriano Jorge da Silva.

A SMS dispõe, no seu quadro organizacional, de um total de 42 trabalhadores do SUS, assim distribuídos: *nível superior*: um enfermeiro, um odontólogo, um médico, um

farmacêutico e um fisioterapeuta. Já o psicólogo e o assistente social respondem também por outras políticas do município. O médico e o odontólogo não estão na folha de pagamento. *Níveis médio e elementar*: sete ACS, seis técnicos de enfermagem, dois ACD, três agentes de endemias, dois agentes locais de vigilância em saúde, dois auxiliares de serviços gerais, um auxiliar administrativo, um motorista e dois guardas. Nesta Secretaria, os vínculos são: estatutários, cargos exclusivamente comissionados e, ainda, outras formas de contratação direta, tanto para médicos quanto para psicólogos.

Dispõe de um médico atuando na SMS cumprindo 40 horas semanais. Este profissional está na SMS há mais de seis meses. Vale citar que uma estratégia adotada pelo prefeito para fixar o trabalho médico na cidade foi ceder a própria residência para o médico morar.

Em relação à contratação dos trabalhadores, a gestora municipal de saúde tem participação efetiva na contratação dos ACS e agentes de endemias; já a contratação dos profissionais médicos é realizada pela Secretaria de Finanças e pelo contador da Prefeitura, pois a Regional nem sempre se conta com a participação da gestora municipal para essa questão.

Entre as dificuldades atuais, além da rotatividade de pessoal, a gestora aponta como maior desafio a estrutura física da SMS, com a necessidade de ter espaço para todas as áreas na estrutura física. Destacamos a ausência de informações da gestora quanto ao número de trabalhadores da SMS e seus respectivos contratos. Para analisar melhor a questão, conversamos com ela, na Secretaria de Finanças, para obter as informações sobre os trabalhadores e a forma de contratação. Deste modo, a gestora municipal de saúde depende das informações do chefe de DP da Prefeitura e da Secretária de Finanças do município.

Da mesma forma que a SMS anterior, esta não tem contato com as esferas estadual e federal para tratar das questões da área.

Em relação à sistematização da assinatura do Pacto pelo município de Serra Nova Dourada, esta foi homologada na reunião da CIB realizada no dia 07/04/2009 e publicada pela Portaria do Ministério da Saúde nº. 1810, de 13/08/2009.

Quanto ao ProgeSUS, a SMS realizou a adesão à portaria do MS, participou da capacitação de 40 horas realizada pela SES, mas não adquiriu os equipamentos em relação ao Componente II do Sistema de Informação Gerencial.

Não se identificou realização de concurso público nesta Secretaria.

4.2.3 Município de Luciara

A gestora do município de Luciara ingressou na SMS no ano de 2011, é bióloga, ocupa o cargo em comissão de Secretária Municipal de Saúde e no momento da entrevista estava há dois meses no cargo²⁹.

A SMS está no sétimo gestor municipal de saúde no período de 2009 a 2012, a maior rotatividade da regional. Nos últimos quatro meses, passaram três médicos no município, configurando também o maior índice de rotatividade de médicos da Regional de Saúde.

O funcionamento dos serviços da SMS de Luciara ocorre na unidade de saúde, na estrutura organizacional da SMS que não tem área de gestão do trabalho em saúde. Em relação à estrutura das unidades de Saúde, estão implantados dois Centros de Saúde/Unidade Básica: Programa de uma Unidade de Centro de Saúde ESB e um Centro de Saúde de Estratégias de Saúde da Família I (ESF I). Conta também com uma Clínica Especializada/Ambulatório de Especialidade – o Centro de Reabilitação Nazir Tome 1.

A SMS dispõe, no seu quadro organizacional, de 52 trabalhadores do SUS distribuídos nos cargos da seguinte forma: *nível superior*: um enfermeiro, um odontólogo, dois médicos, um farmacêutico, um fisioterapeuta. Já o psicólogo e o assistente social respondem também por outras políticas do município. O médico e o odontólogo não estão na folha de pagamento. *Níveis médio e elementar*: sete ACS, sete técnicos de enfermagem, dois auxiliares de enfermagem, um ACD, quatro agentes de endemias, dois agentes locais da vigilância em saúde. Os tipos de vínculos estabelecidos com os trabalhadores são: estatutários, cargos exclusivamente comissionados e outras formas de contrato de trabalho.

A gestora municipal não participa das contratações dos trabalhadores; todas são realizados por outros setores da Prefeitura municipal. A gestora aponta como maior desafio a falta de informações para a gestão da SMS, por conta da sucessiva troca de gestores municipais de saúde.

No município de Luciara foi realizado concurso público, Edital nº. 01/2008,³⁰ tendo cargos específicos para SMS, conforme discriminado a seguir:

²⁹ Não é mais gestora municipal de saúde deste município.

³⁰ <http://www.pciconcursos.com.br/concurso/prefeitura-de-luciara-mt-49-vagas>

Quadro 10: Resumo do Edital nº. 01/2008, concurso publico da SMS de Luciara

NÍVEL SUPERIOR:	SALÁRIO	CARGA HORÁRIA
Assistente Social	1.600,00	40h
Biomédico	1.500,00	20 h
Farmacêutico Bioquímico	1.500,00	20h
Enfermeiro	2.500,00	40h
Fisioterapeuta	1.600,00	40h
Odontólogo	2.500,00	40h
Psicólogo (- 40 horas),	1.600,00	40h
Médico	5.000,00	Não aparece no edital

Segundo a gestora, com a realização do concurso público a tendência seria melhorar, mas a SMS não possui um PCCS, próprio; há uma proposta sendo organizada para toda a prefeitura, com inclusão de todas as políticas públicas do município, que está sendo discutida com o Sindicato dos Trabalhadores. Existe também uma proposta para a Saúde, que foi elaborada pelos trabalhadores e ainda permanece em discussão.

Verifica-se que as diretrizes da gestão do trabalho em saúde, constantes da Agenda Positiva descrita no item 5 do Pacto de Gestão, não foram implementadas pela SMS. São elas: planos de carreiras, cargos e salários (PCCS-SUS), mesa de negociação, programa de desprecarização entre outros, estruturação e qualificação da gestão do trabalho e da educação no SUS, e implantação da política de gestão do trabalho com os princípios da humanização e democratização das relações de trabalho.

A adesão e sistematização da assinatura do Pacto pelo município de Luciara foram homologadas na reunião da CIB, realizada no dia 07/04/2009, e publicadas pela Portaria do Ministério da Saúde nº. 1810, de 13/08/2009. Em relação ao ProgeSUS, a SMS realizou a adesão à portaria do MS, participou da capacitação de 40 horas realizada pela SES, mas a gestora não tinha conhecimento aquisição dos equipamentos em relação ao Componente II do Sistema de Informação Gerencial do ProgeSUS – Programa de Estruturação e qualificação da gestão do trabalho em saúde.

4.2.4 Município de São Félix do Araguaia

A gestora do município de São Félix do Araguaia ingressou na SMS em 2010, é enfermeira, e no momento da entrevista ocupava o cargo em comissão de Secretária Municipal de Saúde há mais de um ano. Esta SMS tem a menor rotatividade de gestores na saúde, sendo três entre 2009 e 2012. Esta gestora representa o Conselho de

Secretários Municipais de Saúde da Regional de São Félix do Araguaia na CIB Estadual. A SMS tem uma estrutura separada da Prefeitura, e não se identificou área de gestão na estrutura organizacional da Secretaria. Vale lembrar a predominância de mulheres como gestoras municipais da saúde nessa Regional de Saúde.

Ressaltamos a organização política dos trabalhadores da saúde, principalmente os ACS e os agentes de combate às endemias. Este é um diferencial importante, pois estes estão mais organizados em relação a outras categorias profissionais da área da saúde na região.

Em relação à remuneração dos profissionais de saúde da SMS, o PCCS está bem adiantado, porque tem o sindicato dos trabalhadores do município na direção, mas não será específico para a saúde.

O município de São Félix do Araguaia tem uma estrutura própria da Secretaria Municipal de Saúde: além de sediar o Escritório Regional de Saúde, conta com dois Centros de Saúde/Unidade Básica: um Centro de Diagnóstico de Especialidades e um Centro de Saúde de São Félix do Araguaia; duas Unidades de Saúde da Família II SFA; e uma Unidade de Atenção à Saúde Indígena. Possui um Centro de Atenção Hemoterápica e/ou Hematológica: a Unidade de Agência Transfusional de São Félix Araguaia. Há ainda uma Farmácia Básica Municipal; um Hospital Regional do Araguaia; quatro Postos de Saúde (Posto de Saúde de Pontinópolis, Posto de Saúde do Espigão do Leste - PS Setor Baianos, Posto de Saúde Estrela do Araguaia e Posto de Saúde Vila São Sebastião); uma Clínica Especializada/Ambulatório de Especialidade: Unidade de Reabilitação Telesphoro Aguiar Moreira. Já os Consultórios Isolados são dois: Clínica Odontológica Araguaia e ECO Center.

Existem sete assentamentos nas comunidades: Azulona, Gameleira, Mãe Maria, Chapadinha, Vila Rural, Zeca do Doce e Lago de Pedra Carnaúba, todos têm implantado o Programa de Apoio à Saúde Comunitária de Assentados Rurais (PASCAR). Pode-se identificar que neste município há um grande atendimento à população indígena – um grande desafio, segundo o Prefeito municipal.

No município de São Félix do Araguaia, foi realizado concurso público no ano de 2008 para todas as secretarias municipais, através do edital de nº 001, com cargos específicos para a SMS, conforme o quadro abaixo:

Quadro 11: Resumo do Edital nº. 001/2008, concurso publico da SMS de São Félix do Araguaia

NÍVEL MÉDIO	SALÁRIO	CARGA HORÁRIA
Agente Comunitário de Saúde	380,00	40h/s
Agente de Combate às Endemias	480,00	40h/s
Atendente de Consultório Odontológico	380,00	40h/s
NÍVEL TÉCNICO:	SALÁRIO	CARGA HORÁRIA
Técnico em Enfermagem	700,00	40h/s
Técnico em Radiologia	650,00	40h/s
Técnico em Segurança do Trabalho	650,00	
NÍVEL SUPERIOR:	SALÁRIO	CARGA HORÁRIA
Assistente Social	1.600,00	40h/s
Bioquímico	1.500,00	40h/s
Enfermeiro (a) PSF	2.500,00	40h/s
Médico PSF	4.000,00	
Fisioterapeuta	1.600,00	
Médico Ultra Som	1.000,00	20h/s
Nutricionista	1.200,00	
Odontólogo	1.200,00	
Psicólogo	1.200,00	

A sistematização da assinatura do Pacto pelo município de São Félix do Araguaia foi homologada na reunião da CIB, realizada no dia 07/04/2009, e publicada pela Portaria do Ministério da Saúde nº. 3.064, de 13/08/2009. Esta é uma das secretarias dos municípios da regional de saúde que está avançada no PROGESUS, já comprou todos os equipamentos e implantou o Sistrabalho, porém está com problemas no sistema. Segundo a gestora, todas as informações de que necessita em relação aos trabalhadores são prestadas pelo DP da prefeitura.

Dentre outras questões, destacamos uma das maiores fragilidade na gestão do trabalho da regional de saúde, relacionada ao Consórcio Intergestor da Saúde. Os vínculos do Consórcio de Saúde de São Félix do Araguaia são precários, foram notificados pelo Tribunal de Contas de Estado de Mato Grosso, devido à contratação de médicos por licitação, e hoje o total de trabalhadores do CIR está entre 80 a 95 trabalhadores.

Em relação à gestão dos profissionais do consórcio, não conseguimos identificar onde está a gestão dos profissionais. O contador da prefeitura é quem faz o gerenciamento do pagamento dos mesmos.

Também observamos uma preocupação da diretora do ERS de São Félix do Araguaia, sobre os trabalhadores do CIR. Participamos de reunião do CIR no CGR, cuja pauta foi para tratar das melhorias da situação dos profissionais do Consórcio. O que podemos observar é que as diferentes instâncias de pactuação da regional, CIES, CIR e CGR necessitam trabalhar de forma mais cooperada e com solidariedade, para que as ações voltadas à valorização do trabalhador, humanização do trabalho e mais responsabilidade na gestão do trabalho dos trabalhadores do CIR.

Outra questão que aparece na Regional de Saúde é a atenção à saúde da população indígena. No último concurso da FUNASA para fixar profissionais da saúde na sede em São Félix do Araguaia, não se conseguiu fixar médico com um salário de R\$ 10.000,00. Segundo a fala dos entrevistados, a questão da assistência à saúde indígena na média e alta complexidade está também entre um dos maiores desafios da região.

No ano de 2011, acentuou-se a presença das Organizações Sociais de Saúde (OSS) na condução da gestão da saúde indígena. Foram várias as OSS interessadas no processo de licitação para contratação da OSS e administrar a saúde da população indígena em todo país, mas é a Universidade de Medicina Paulista que está na gestão do trabalho da saúde indígena.

4.2.5 Município de Novo Santo Antônio

Há uma predominância de mulheres na gestão da região, já que passaram quatro gestoras na SMS de 2009 a 2012. A Secretaria de Saúde do município funciona em uma estrutura separada da Prefeitura, mas não possui uma área de gestão do trabalho; também não identificamos um profissional específico para tratar das questões do campo – a parte de RH da SMS é realizada pelo DP da Prefeitura municipal.

No que tange à estrutura da saúde, o município conta com dois Centros de Saúde/Unidade Básica: uma unidade de Saúde da Família I e uma Unidade de Saúde Básica (SB1); um assentamento na comunidade: Santo Antonio da Mata tem implantado o Programa de Apoio à Saúde Comunitária de Assentados Rurais (PASCAR).

Esta SMS possui uma característica diferente das demais: não possui só uma equipe mínima de saúde nos UBS, conforme exigência das portarias ministeriais, com médico, enfermeiro, ACS e odontólogo. Há também dois farmacêuticos, duas enfermeiras e psicólogos, configurando, assim, uma equipe multidisciplinar com quantidade maior de profissionais da saúde inseridos na atenção básica do município.

A SMS dispõe, no seu quadro organizacional de assistência, gestão e vigilância, um total 61 trabalhadores do SUS, distribuídos nos cargos de: *nível superior*: dois enfermeiros, dois odontólogos, dois médicos e um farmacêutico. *Níveis médio e elementar*: 12 ACS, oito técnicos de enfermagem, dois ACD. E os vínculos: estatutários, cargos exclusivamente comissionados e prestadores de serviços.

Ressalte-se, no entanto, que o município realizou concurso público para ingresso dos seus trabalhadores na SMS, através da Prefeitura, quando foram abertas vagas aos profissionais da saúde em edital (n. 001/2011) para cargos de todas as políticas públicas do município, entre os quais os da SMS. Os cargos específicos para SMS são apresentados no quadro abaixo:

Quadro 12: Resumo do Edital nº. 001/2011, concurso publico da SMS de Novo Santo Antonio

NÍVEL SUPERIOR:	SALÁRIO	CARGA HORÁRIA
Assistente Social	4.320,00	40h/s
Cirurgião Dentista	4.968,00	40h/s
Enfermeiro	4.320,00	40h/s
Farmacêutico	2.160,00	20h/s
Fisioterapeuta	2.160,00	20h/s
Médico	11.880,00	40h/s
Nutricionista	2.160,00	40h/s

Podemos perceber salários com variação entre as profissões da saúde nesta SMS. Com o último concurso, o município não conseguiu fixar médicos, mas obteve via contrato, a lotação de médicos nos serviços, algo comum na região. Na SMS não existe PCCS, nem uma carreira para os profissionais da Prefeitura Municipal de Saúde.

Os trabalhadores já iniciaram um processo de organização de um PCCS, com base no modelo das SMS de Luciara e Serra Nova Dourada. Esse modelo foi, inicialmente, sistematizado por uma enfermeira que foi gestora da região, e a mobilização partiu dos trabalhadores para implantação do PCCS. Observamos é que hoje o PCCS está sendo finalizado pelo advogado da Prefeitura e consta da agenda da Prefeitura. O município tem os melhores salários da região para os trabalhadores da saúde, que por sua vez encontram facilidade na liberação para participarem de qualificações. Esta tem sido uma forma de atrair profissionais da saúde para esta SMS.

Ao analisar este bloco, podemos identificar que a SMS assinou o Pacto pelo município de Novo Santo Antonio, homologado na reunião da CIB realizada em 07/04/2009, e publicada pela Portaria do Ministério da Saúde nº. 1810, de 13/08/2009.

Verifica-se que, como todas as outras SMS, o município de Novo Santo Antônio também não implementou as diretrizes da Agenda Positiva descrita no item 5 do Pacto de Gestão.

4.3 BALANÇO DA AGENDA POSITIVA NOS MUNICÍPIOS DA REGIONAL DE SÃO FÉLIX DO ARAGUAIA

A amplitude e complexidade do tema não permitem chegar a um resultado definitivo sobre o conjunto de questões que envolvem a gestão do trabalho em saúde em municípios de pequeno porte, mas podemos indicar alguns elementos importantes que podem contribuir para a reflexão sobre a gestão do trabalho em municípios de pequeno porte no Estado de Mato Grosso. Esses elementos nos permitem traçar algumas estratégias para a SES-MT, com o objetivo de que esse campo seja mais bem incorporado ao processo de regionalização da política de saúde no estado.

Para analisar a dimensão da gestão do trabalho nas SMS neste trabalho, foram eleitos alguns itens: estruturação da área, Planos de Carreiras, Cargos e Salários (PCCS-SUS), Programa Nacional de Desprecarização, Negociação do Trabalho em Saúde, ProgeSUS com seus componentes e Pacto pela Saúde, todos descritos na Agenda Positiva do MS.

O conjunto de informações encontradas neste estudo demonstra que não houve implementação dos itens relacionados à gestão do trabalho na Agenda Positiva do Ministério da Saúde por parte das SMS da Regional de São Félix do Araguaia. A maioria dos gestores (98%) julga não conhecer a Agenda Positiva para a área, ou seja, esta é uma ferramenta que, apesar de significar um avanço, não vem sendo discutida e implementada como deveria em todas as localidades do país.

Existe um discurso de que a área é muito importante, mas que as propostas para implementar a gestão do trabalho são incipientes em todo o conjunto de SMS pesquisadas, embora todas tenham assinado Termo de Compromisso de Gestão Municipal do Pacto e da Adesão ao ProgeSUS. Mesmo assim, declararam desconhecimento sobre as diretrizes da Agenda Positiva.

Para melhor compreender a adesão do ProgeSUS, elucidamos como se dá a implantação no contexto da Regional de Saúde de São Félix do Araguaia: há SMS que receberam os recursos do componente II do ProgeSUS e não compraram os equipamentos; outras SMS compraram, mas utilizaram em outras ações. Podemos observar, pelos relatos abaixo, que nenhuma SMS na regional estudada tem em pleno funcionamento este componente do ProgeSUS:

[...] o ProgeSUS... Ninguém queria fazer o projeto porque desconheciam o que proporcionaria para o município. Só pediam equipamentos, [...] que colaborariam com a implementação do sistema de trabalho, e a implementação desse recurso é exatamente para que possamos discutir a própria política nacional da gestão do trabalho e educação na saúde. Fortalece a região, a cooperação entre os profissionais que atuam na política para região, todos, não só em um município a, b, c, ou d. (Gestor estadual de saúde do nível operacional).

Eu não conheço, desconheço. [...] De repente não foi me passado, eu posso ver, eu posso procurar. Não tenho conhecimento. (Gestora municipal de saúde do nível tático)

[...] Estamos tentando implantar o SIStrabalho, só que eu não participei da qualificação, então não conheço o sistema, não posso te dizer que o sistema vai me dar relatórios, quando precisar tenho que ir até a prefeitura e solicitar no Departamento de Recursos Humanos o nome das pessoas que estão de férias, assim como outros documentos e algumas outras informações. Então, a gente tem sempre que ir lá solicitar essas informações. (Gestora municipal de saúde do nível tático)

Vale ressaltar o avanço do estado em relação à qualificação para implementação do componente II do ProgeSUS. Pode-se dizer que essa foi a única ação efetiva realizada pela SES-MT para as Regionais de Saúde no Estado de Mato Grosso no período de estudo (2008 a 2011).

Em relação ao Pacto, quando indagamos sobre o estímulo à cooperação com os municípios para a implementação das ações de gestão do trabalho, a gestão estadual colocou que:

[...] foi uma construção conjunta, não tenho conhecimento da avaliação sobre se essa diretriz foi realmente cumprida, se os municípios conseguiram trabalhar. Mesmo em nível de estado, não tenho assim um conhecimento aprofundado sobre o resultado que foi pactuado lá, se realmente isso foi colocado em prática. acredito que muito pouco. Mas são questões que devem ser trazidas à tona novamente por que agora nós vamos trabalhar no Contrato Organizativo da Ação Pública em Saúde com os municípios e com as regionais de saúde. Então essas questões terão que ser novamente discutidas e colocadas como metas da região, por que volto a dizer não fazemos saúde pública de qualidade, se não tiver trabalhador trabalhando de forma eficiente, comprometido e com conhecimento [...] (Gestora estadual de saúde do nível estratégico).

Ainda segundo a implementação do Pacto na Região, os demais entrevistados colocam que:

[...] O pacto não está cumprindo 100%, temos propostas para melhorar, para entender melhor sobre a gestão do trabalho e precisamos de qualificação para poder cumprir, porque você tem que entender e qualificar. Para você cumprir essas metas. [...] Não vejo assim grande mudança [...] (Gestora municipal de saúde de nível tático)

[...] o pacto, se discutia naquele momento, mais não houve continuidade desse trabalho. Uma coisa que eu acho que é uns dos papéis da SES, que ela falha muito, é falta de monitoramento, de assessoria. Primeiro, é da assessoria que gente tem que fazer, que é uma das atribuições da SES, entendeu? Assessoria aos municípios... Não cumprimos com essa assessoria se o próprio corpo técnico central da SES não tem como, mais ela está assessorando o escritório para subsidiar as informações para que o escritório [...] (Gestora estadual de saúde do nível tático).

[...] tudo isso que prevê o Pacto, o protocolo em portaria e leis, temos quer fazer. Só que para fazer precisamos de um socorro por que, eu acredito que minhas colegas também não têm tempo para parar e ler o relatório da gestão, o relatório da conferência, reler o pacto e ver o que foi feito. Nós não temos tempo, nem entendimento. Eu mesma deixo muito a desejar. (Gestora municipal de saúde do nível tático).

Percebe-se, no conjunto das falas das gestoras, que os avanços não foram significativos na área da gestão do trabalho, mesmo com a assinatura do Pacto pela Saúde e adesão dos municípios ao ProgeSUS. As ações desenvolvidas nos municípios para esse campo ainda estão concentradas na execução de ações obrigatórias, como acompanhar a frequência, controle de licenças médicas e confecção da folha de pagamento.

Quanto ao ponto fundamental do nosso estudo, que foi analisar a implementação das diretrizes nacionais da gestão do trabalho em saúde contidas na Agenda Positiva durante o trabalho de campo, verificamos que em 100% das secretarias municipais que compõem a Regional de São Félix, não foram identificados nenhum dado ou algum tipo de evidência sobre mudanças induzidas pelas diretrizes da Agenda Positiva. Também não identificamos ações efetivas por parte do nível estadual que priorizem essas ações, mesmo no processo de regionalização.

De acordo com o estudo de Girardi (2011, p. 180), embora a Região Centro-Oeste tenha o menor número de municípios entre aqueles classificados com escassez de médicos na atenção primária (88 ou 6,9% do total), não identificamos, nos momentos de ida ao campo, ausência de profissionais, inclusive de médicos, nas unidades de saúde.

Os gestores apontam como um problema importante na região a alta rotatividade de médicos nos municípios.

A minha dificuldade de recursos humanos é fixar profissional de nível superior médico, porque geralmente eles são de outro estado. Acho que não houve tempo para formar pessoas daqui, principalmente na área que eu preciso; não existe formado aqui na área de medicina. Agora já tem filho do município fazendo curso fora ainda, vai demorar uns quatro e cinco anos para que eles voltem para a região. (Gestora municipal de saúde do nível tático).

Verificamos, ainda, a rotatividade dos profissionais da saúde entre os municípios da região, pois estes buscam os municípios que oferecem melhores salários. O município de São Félix do Araguaia é o que ainda mantém seus profissionais por um período maior, sobretudo por possibilitar outros vínculos nos serviços de saúde da cidade no setor privado ou mais de um vínculo no serviço público, além de melhores condições na qualidade de vida. Alguns estudos mostram que as desigualdades regionais também se expressam na distribuição da força de trabalho. Assim:

[...] Ao lado da saturação de médicos nas grandes cidades regiões do país, coexistem severas carências. Estima-se que em torno de 7% dos municípios brasileiros não contam com médicos residindo em seus limites, e em torno de 25% contam com a razão de um médico para mais de três mil habitantes. Do ponto de vista regional, observa-se que as regiões Norte, Nordeste, com 8% e 28% da população do país, concentram, no mesmo período, 4,3% e 18,2% dos médicos, respectivamente, enquanto o Sudeste, com 42% da população, concentra 60% dos médicos. (GIRARDI, 2012, p.172 apud CAMPOS; MACHADO; GIRARDI, 2009).

No relato dos gestores da regional, podemos observar desafios quanto ao provimento e fixação não somente do profissional médico, mas também dos demais profissionais de saúde. O próprio gestor municipal da saúde afirma que, com tanta troca, há um grande desgaste na gestão municipal.

Constatou-se que, em todos os municípios pesquisados, as ações de gestão do trabalho estão a cargo de suas Secretarias de Administração. Conforme relatos do conjunto de entrevistados, a inclusão de uma área própria no organograma das SMS favoreceria a reorganização da área da gestão do trabalho em saúde, permitindo a incorporação de profissionais qualificados e com melhorias nos processos de trabalho.

Ainda sobre a estruturação da área nas SMS, é possível afirmar que não há estruturas de gestão do trabalho em saúde na Regional de São Félix do Araguaia, mas uma gestão fragmentada, realizada por outras secretarias da estrutura das prefeituras municipais – por todas e nenhuma ao mesmo tempo. Deste modo, o gestor de saúde fica sem informações sobre os trabalhadores, para que possa realizar um pleno

gerenciamento dos serviços de saúde. A respeito desse fenômeno, os gestores locais afirmam:

[...] Eu não vejo por parte do estado nem por parte dos municípios essa discussão, essa interação de dizer: “Olha, a política de gestão do trabalho funciona assim, o nosso município é dessa forma”. Esse tipo de discussão, não vejo. (Gestora municipal de saúde do nível tático).

[...] A área de recursos humanos não é prioridade. Não tenho conhecimento sobre a Secretaria Nacional de Gestão do Trabalho. (Gestora municipal de saúde do nível tático).

Fica claro o distanciamento da SES-MT dos Escritórios Regionais de Saúde e as unidades desconcentradas e nível central. Podemos observar, no conjunto de trechos das entrevistas com outras gestoras do nível estadual, o distanciamento entre a SGP-SES e o SUS.

[...] Ainda muito distante da realidade dos nossos profissionais da nossa vivência. A gestão do estado ainda está muito focalizada em gabinete, não saiu ainda do gabinete, ela precisa conhecer primeiro a realidade do estado porque eu acho que não conhece; se conhecesse, já teria avançado muito [...] (Gestora estadual de saúde do nível operacional).

Acho que ela [SGP-SES] está muito incipiente, ela tem que ganhar força realmente para que possamos trabalhar, por que ela é engolida por outras políticas, por outras prioridades. Na saúde, a prioridade é resolver a saúde das pessoas, mas os próprios trabalhadores, que contribuem para fazer a saúde dos usuários, não estão sendo priorizados. Os recursos humanos vão sendo deixados de lado pela maioria dos gestores que por aqui passaram, o tempo que estou aqui eu vejo isso. (Gestora estadual de saúde do nível estratégico).

Tudo é incipiente, tudo está no início, falta criar força para realmente sair mais do papel e avançar, a batalha que as pessoas estão fazendo lá e estão fazendo esse curso do seu mestrado aqui, é justamente para ver se a coisa vai para frente. É igual nós aqui, na superintendência, que estamos batalhando para fazer a avaliação da gestão, e não fazemos, não avaliamos. Está lá o ProgeSUS nos municípios que aderiram, não há acompanhamento pelas políticas. (Gestora estadual de saúde do nível estratégico).

Tanto na fala da gestora estadual do nível tático, quanto da gestora do nível estratégico, estão demonstradas as fragilidades do campo da gestão do trabalho em saúde. Esta questão foi recorrente no ponto de vista dos entrevistados e representa um desafio para a gestão do SUS, sobretudo para o acompanhamento e monitoramento das ações da gestão do trabalho em saúde pactuadas entre as três esferas de governo.

Com relação às características dos gestores da regional de saúde, observa-se nesta regional de saúde que o sexo feminino representa a totalidade dos gestores municipais. Este cenário confirma a presença feminina dos trabalhadores no SUS, já evidenciada em outros estudos (GIRARDI, 1999) que apontam a maior participação de mulheres como traço estrutural do setor de serviços de saúde.

Além da participação efetiva das mulheres na gestão, outro fato relevante é que 99% das gestoras municipais têm nível superior, e um 1% nível técnico, entre as quais se destacam as profissionais da enfermagem. Por outro lado, a região também apresenta um importante número de profissionais que não possuem qualificação específica para atuar na área da gestão do trabalho em saúde, mas que atuam na prática, sem contar com apoio técnico e instrumentos para implementar as principais políticas previstas nas diretrizes nacionais da gestão do trabalho em saúde.

Dessa forma, podemos perceber um desconhecimento dos gestores da região quanto ao campo da gestão do trabalho, pois todos declararam não conhecer as diretrizes nacionais para o campo. Este fato também pode ter relação direta com a grande rotatividade de gestores municipais de saúde, conforme esta fala do gestor municipal:

[...] acredito que seja por essa rotatividade de secretário. Fica difícil focar as coisas. Assim, quando tem uma prioridade, quando o outro entra, tem um conhecimento, e até um nível de escolaridade diferente do outro que até tem dificuldade para entender as coisas. A maioria não conhece de saúde, não tem experiência nenhuma em saúde, então ele entra e fica lá três, quatro meses e muda [...]. É a política partidária (Gestora municipal de saúde do nível tático).

Entretanto, a Regional de São Félix do Araguaia nos chama a atenção pela participação dos prefeitos nos CGR, fato identificado nos diferentes momentos de ida ao campo e também confirmado em outro estudo realizado na região:

Também surpreende a participação dos prefeitos, que durante os três anos analisados participaram pelo menos em uma reunião cada. [...] Com tanta troca de gestores nos municípios, esse colegiado ainda consegue garantir a participação. [...] Os dados apresentam que há um nível de excelente participação, tanto da representatividade municipal, como estadual. Na Comissão Intergestora analisada, todos os membros participaram da totalidade da reunião, e esses dados evidenciam que o fórum tem importância para os atores da gestão municipal e estadual. (PIRES, 2012; MATO GROSSO, 2009 a 2011).

[...] Temos dificuldade para lidar com as questões políticas dentro das unidades, porque é uma cidade pequena, tem essa questão de parentesco, da política partidária. [...] (Gestora municipal de saúde do nível tático).

Assim sendo, esse fato torna relevante e interfere nos serviços locais de saúde, por ser o nível estratégico dos municípios a tomar as decisões das políticas públicas.

Observamos também que, além da rotatividade dos profissionais da saúde, há a rotatividade dos gestores municipais de saúde nos municípios. No período do estudo, setembro de 2011 a fevereiro de 2012, houve mudanças importantes no quadro de secretários de Saúde dos municípios, a saber: Alto da Boa Vista, dois gestores; Luciara,

sete gestores; Nova Serra Dourada, cinco gestores; Novo Santo Antônio, quatro gestores; e São Félix do Araguaia, três gestores.

Por outro lado, observou-se um incremento muito importante na gestão do SUS das SMS, que foi a realização de concursos públicos em todos os municípios da Regional de Saúde, através das Prefeituras Municipais de Saúde. Alguns resultados desses concursos deram margem a ações na Justiça, porém nenhum concurso foi, até o momento da pesquisa, cancelado. Apesar deste cenário, o que se percebe é que com o concurso público, foi possível direcionar algumas melhorias nos serviços de saúde, no mínimo ter piso salarial e carga horária definidos no edital do concurso nas respectivas Secretarias Municipais de Saúde. Fica, no entanto, a necessidade de realizar outras sondagens em relação à questão do piso salarial dos municípios na regional de saúde.

Destacamos o exemplo do profissional de odontologia no município de Alto Boa Vista, que tem o maior salário de odontólogo (R\$ 5.000,00), enquanto que em São Félix do Araguaia é R\$ 2.800,00; e no município de Luciara é R\$ 2.000,00, configurando assim, uma diferença salarial de um município para o outro. Convém lembrar que essas questões salariais também afetam outras profissões de saúde.

No entanto, esses concursos públicos vêm sendo realizados sem observar adequadamente as diretrizes nacionais delineadas para implantação do PCCS e no programa de despreciação. Essas questões da gestão do trabalho necessitam ser tratadas nas instâncias intergovernamentais. Vale considerar que nenhuma das SMS conta com PCCS institucionalizados.

Apesar da realização de concursos públicos, existem vínculos precários e até mesmo contratação por licitação de profissionais da saúde, como médicos. Isso pode ser comprovado no relatório do Tribunal de Contas do Estado, auditando o Consórcio intermunicipal de Saúde da Regional de São Félix do Araguaia por essa prática.

Com relação à organização das informações sobre os trabalhadores da saúde, não se identificou qualquer fonte de informação estruturada e centralizada – portanto, com alguma confiabilidade. Quando existem informações, estas estão dispersas e não são confiáveis. Seguindo os demais itens da Agenda Positiva, também não foram identificados espaços de negociação entre gestores e trabalhadores diretamente.

Retomando a discussão do processo da descentralização e regionalização da gestão do trabalho em saúde, pano de fundo deste trabalho, não se pode deixar de lembrar a função de destaque que o Pacto traz para o SUS, no que diz respeito à visibilidade do resgate da identidade da esfera estadual, enquanto eixo estruturante na

gestão do SUS. Por isso, afirmamos a importância do Pacto para a efetiva entrada da gestão do trabalho na agenda dos gestores do nível estratégico do SUS, que teve com foco central o direcionamento dos processos da regionalização em saúde.

Para focalizar a implementação da gestão do trabalho em saúde no processo da descentralização e regionalização, pós-Pacto, será necessária a participação de técnicos da gestão do trabalho no grupo condutor da construção de metas para o Mapa da Saúde, instituído recentemente por portaria ministerial que constará no Contrato Organizativo da Ação Pública (COAP)³¹. A questão foi pauta de discussão do CGR na Regional de São Félix do Araguaia, cujo objetivo foi sistematizar as metas no novo contrato federativo regulamentado conforme previsto no Decreto ministerial nº 7.508/2011.

A análise dos dados levantados, por meio de nossos instrumentos de pesquisa, demonstra uma forte desestruturação da gestão do trabalho em saúde na regional estudada. Tal realidade demanda atenção do estado, para que sejam planejadas ações intergovernamentais endereçadas ao campo da gestão do trabalho e apropriadas para regionais com características como a que foi pesquisada, ou seja, constituídas por municípios de pequeno porte.

³¹ O contrato organizativo de ação pública tem por objeto a organização e a integração das ações e serviços de saúde, sob a responsabilidade dos entes federativos da Região de Saúde, com a finalidade de garantir a integralidade da assistência à saúde, e definindo as responsabilidades de seus entes signatários na rede de atenção à saúde em relação à prestação de ações e serviços de promoção, proteção e recuperação da saúde do cidadão residente na Região e do seu referenciamento regional e inter-regional.

5. CONSIDERAÇÕES E RECOMENDAÇÕES

Este estudo representou um esforço inicial para um diagnóstico da realidade locorregional do campo da gestão do trabalho em saúde e teve como foco os municípios abaixo de 11 mil habitantes. Foi inspirado no nosso desejo de aprofundar as questões relacionadas à gestão do trabalho em saúde no Estado de Mato Grosso e compreender como se ocorrem o processo de descentralização e regionalização e a implementação da Agenda Positiva para gestão do trabalho.

De maneira geral, observa-se o baixíssimo nível de conhecimento sobre as Diretrizes Nacionais da Gestão do Trabalho em Saúde nos municípios. Por outro lado, todas as cinco Secretarias Municipais de Saúde haviam aderido ao Pacto de Gestão e ao componente Sistrabalho do ProgeSUS. Esta realidade nos aponta algumas questões que podem ser aprofundadas nas arenas de pactuação encontradas na regional, como CGR, CIES, CIS, DSEI, CIES e em particular as questões do campo da gestão do trabalho em saúde.

Faz-se necessária uma nova forma de implementação para sanar a carência no campo da gestão do trabalho em saúde na Regional de Saúde de São Félix. Portanto, mostra uma realidade que exigirá do estado e do Ministério da Saúde atenção especial na sua efetividade, mas será preciso lançar mão de outras estratégias intergovernamentais, para municípios abaixo de 11 mil habitantes, primordial na agenda política intergovernamental para interlocução entre os trabalhadores e gestores do SUS.

Na regional foram encontradas as arenas de de pactuação no sistema local de saúde que são: CIES, CIR, CGR, ERS, CMS e CIB, com participação efetiva de todos os municípios com seus respectivos gestores. Essas arenas são importantes porque são espaços de pactuação para a política de saúde na regional.

Não identificamos, na maioria das arenas acima, uma pauta de diálogo e formulação sobre a política de gestão do trabalho onde se discutam, de forma sistematizada, as diretrizes nacionais para a área contidas na Agenda Positiva. Todos os entrevistados concordaram que organização da política de gestão do trabalho deve seguir o formato da descentralização da atenção básica e vigilância, ou seja, com gerências específicas para tratar dessas questões nas estruturas dos ERS.

É importante frisar, no entanto, que todos os municípios têm participação efetiva nas arenas de pactuação da Regional de Saúde. Destacamos o Colegiado de Gestão Regional (CGR) como instância extremamente relevante para a região e que vem se destacando em relação a outras regionais do estado. Como já visto, nesta arena de debate encontramos a temática da gestão de trabalho de forma tímida, nas pautas de discussão e nas das atas do CGR. No período de realização da sondagem, percebemos que existe toda uma discussão em torno das questões relacionadas à contratação, fixação, provimento dos profissionais de saúde, mas não se configura um trabalho sistematizado segundo as diretrizes da Agenda Positiva do MS.

O estudo assinala uma significativa organização da Comissão de Integração Ensino e Serviço (CIES) da Regional de São Félix do Araguaia, que se configura como arena de debates sobre a política de Educação Permanente em Saúde, consolidada e legitimada pelo CGR. Esse destaque é confirmado pelos gestores estaduais e municipais da região, em suas entrevistas, quando destacam a existência da CIES como espaço com profissionais da saúde responsáveis para tratar das questões relacionadas à Gestão da Educação em Saúde. E isto se destaca no diálogo com todos os gestores estaduais e municipais sobre a temática da educação permanente na arena da CIES regional e estadual, pois existe um espaço com profissionais da saúde responsáveis para tratar das questões relacionadas à gestão da educação em saúde.

Como já citado, não há estruturação para o campo da gestão do trabalho em saúde, bem como para o campo da gestão da educação. O que nos apresenta é uma configuração, com a existência do chamado Departamento de Pessoal nas Secretarias de Administração, que se resume a atividades cartoriais, quase sempre sem o direcionamento e conhecimento das informações dos profissionais de saúde por parte do gestor municipal de saúde, além de outros contratos que não estão sob a responsabilidade da Secretaria de Saúde ou mesmo do Departamento de Pessoal das prefeituras, e sim na Contabilidade ou Secretaria de Finanças entre outras esferas da Prefeitura

Observa-se que outra questão importante da Regional de Saúde foi encontrar lideranças que se destacam em todas as observações feitas pelos entrevistados. Tanto dos gestores estaduais, quanto os da Regional de Saúde relatam a importância do papel que a atual diretora da Regional de São Félix do Araguaia tem tido no exercício de suas atividades, e, também como coordenadora do Colegiado de Gestão Regional.

Acrescenta-se também, a necessidade de se investir em qualificação nas áreas técnico-administrativa, gerencial, comportamental e de gestão, para elevar os padrões de desempenho de todos os trabalhadores que atuam no campo da gestão do trabalho em saúde. O desempenho das SMS depende do nível de qualificação de seus gestores.

Os dados encontrados na pesquisa permitem dizer ser necessária, por parte da SES-MT, a realização de estudos específicos em municípios de pequeno porte, que representam 80% dos municípios do estado. Esta seria uma etapa fundamental para que as políticas de gestão do trabalho fossem regionalizadas no Mato Grosso.

Podemos afirmar que, após a adoção de uma lógica cooperativa entre a SES-MT e seus municípios, a Secretaria Estadual de Saúde teria condições de programar tais ações por meio da Superintendência de Gestão de Pessoas, em parceria com a Superintendência de Políticas. Assim, os resultados deste trabalho balizam o empenho dos setores da SES, em conjunto com MS, no sentido de estruturar, sistematizar estratégias no campo da gestão do trabalho em saúde para resolutividade do monitoramento e avaliação da implementação das diretrizes nacionais da política.

Além disso, há que se considerar ainda todo o processo de reestruturação dos mecanismos de gestão do SUS introduzidos pelo Pacto pela Saúde, que, em linhas gerais, aprofundou o processo da regionalização do sistema de saúde para os municípios, que passaram a assumir gestão plena do sistema local, adquirindo função de grande importância no cumprimento dos serviços de saúde e colocando a SES na posição de corresponsável e articuladora das políticas públicas de saúde, auxiliando no monitoramento e avaliação das ações e assessorando os municípios na execução dos serviços.

A Superintendência de Gestão de Pessoas pactuou todas as diretrizes estabelecidas no Pacto de Gestão. Após a adesão dos estados e municípios, ainda não haviam sido criados os indicadores de acompanhamento da implementação das ações previstas no capítulo da gestão do trabalho dentro do SISpacto – Sistema de Acompanhamento do Pacto –, bem como ainda não foram criados os instrumentos para que as atividades pactuadas fossem realizadas.

Nesse contexto, a SES-MT deve assumir a responsabilidade, cooperativa e solidária, como gestora do sistema estadual de saúde, na indução de políticas da gestão do trabalho e desenvolvimento para os serviços de saúde, provocando o debate em torno das diretrizes nacionais da Política de Gestão do Trabalho em Saúde em conjunto com os Escritórios Regionais de Saúde e os municípios.

Como ressaltado, os municípios encontram-se com baixa capacidade gestora para executar um trabalho dessa natureza. É importante ressaltar que, quando o MS for lançar qualquer política neste campo, será necessária uma análise, por parte dos estados, quanto à capacidade gestora da região de saúde. Para implementar tais políticas, é necessário identificar a organização política de cada região de saúde, as especificidades e tradições de cada comunidade local, além de valorizar a cooperação e a solidariedade “capital social” das regiões para promover o êxito das políticas públicas.

Seria necessário, ainda, um aprofundamento das análises para identificarmos o “capital social” que poderá contribuir para o desenho de políticas públicas que favoreçam o crescimento dessa característica social, descrita por Putnam (1996) como solidariedade e cooperação, e de suas formas e expressão, ou geração, de sua dimensão local, do lugar, da região, do território. Pode-se dizer que a defesa dos direitos humanos é um elemento-chave para entender a mobilização da população da Regional de São Félix do Araguaia. Questão presente na luta de uma das maiores lideranças da região, que é o Bispo conhecido internacionalmente pela luta pela justiça social, desde a luta por escola, a uma moradia ou pedaço de terra. Utilizamos a análise que Daniel (2000, p. 210) faz sobre a Região do Grande ABC Paulista, “onde identificou um tipo de ‘capital social’ específico que envolve tanto um alto grau de associativismo quanto uma maior propensão à discussão de temas públicos e também uma propensão às ações voltadas à cooperação e à solidariedade”.

Diante de um contexto tão desfavorável de institucionalização da política de gestão trabalho em saúde na esfera municipal, deparamon-nos com problemas sociais complexos, por um lado, mas também com um grau importante de uma cultura cívica favorável à criação de espaços institucionalizados de pactuação.

Enfim, a pesquisa nos aponta algumas questões relevantes identificadas no campo da gestão do trabalho que valem o registro:

- A rotatividade dos gestores das SMS entra como destaque de um fator político e administrativo que interferiu e interfere na condução do processo da institucionalização das políticas de saúde.
- Também destacamos a rotatividade dos gestores estaduais da SES, com fator de interferência na operacionalização da regionalização do SUS no MT.
- Um conhecimento superficial sobre a política de gestão do trabalho em saúde por parte dos gestores das SMS e da esfera estadual.

- A dificuldade de provimento e fixação de profissionais da saúde, com maior dificuldade para os profissionais médicos.
- Não existe uma instância de pactuação para dialogar sobre a implementação da política de gestão do trabalho, com foco na compreensão política da área para construir espaços de interlocução e disseminação de saberes.
- A fragmentação da administração dos processos de trabalho da gestão do trabalho nas SMS, realizada pelos profissionais e setores da prefeitura tais como contador, secretária de Finanças, controle interno, advogados, departamento de pessoal das Secretarias de Administração.
- O desafio das SMS para organizar ações de forma regionalizada no SUS não previstas nas portarias do Ministério da Saúde e do estado, principalmente pelo fato que as portarias das implantações dos serviços de saúde oferecem recursos, mas não ofertam um processo de trabalho em conjunto com estratégias de avaliação e monitoramento.
- A dimensão territorial do Estado de Mato Grosso apresenta desafios na organização das redes de serviço de saúde no que diz respeito à força de trabalho para esta região, uma vez que as SMS da Regional de São Félix do Araguaia não contam com infraestrutura para fixação e provimento de profissionais de saúde.
- Ausência de qualquer tipo de trabalho realizado sobre a saúde dos trabalhadores das SMS.
- Número insuficiente de trabalhadores do SUS na Regional de São Félix do Araguaia.

Com base nas questões acima, é imprescindível reconhecer as diferentes dimensões que envolvem o trabalho e os trabalhadores em saúde em ações concretas. No entanto, no Estado de Mato Grosso, mesmo com os avanços na trajetória da regionalização dos últimos anos, ainda há grandes desafios no campo da gestão do trabalho.

Para que este trabalho possa contribuir com a gestão do trabalho nas realidades locais do Estado do Mato Grosso, apontamos um conjunto de sugestões que consideramos relevantes e que devem ser construídas nas arenas de pactuação do SUS, com os gestores das esferas estadual e municipais. A seguir, apresentamos estratégias que poderão ser adotadas no curto, médio e longos prazos, que incluem:

1. Curto prazo:

1. Instituir nas Câmaras Técnicas dos CGR³² uma câmara técnica da Gestão do Trabalho.
2. Utilizar a estruturação da CIES para tratar das questões da gestão do trabalho que terão a possibilidade de ser encaminhadas de forma regionalizadas. Tal proposta foi apresentada na reunião ordinária da CIES do mês março de 2012, tomando como base as informações colhidas por nossa pesquisa.
3. Construir um instrumento, a partir da análise da pesquisa, para o acompanhamento e coordenação das ações da gestão do trabalho em saúde, iniciando por esta regional e, a partir daí, observar a possibilidade de repassar às outras regiões de saúde do Estado de Mato Grosso.
4. Aproximar a Superintendência de Gestão de Pessoas das áreas da atenção básica³³ e vigilância para dialogarmos sobre a gestão do trabalho em saúde, uma vez que essas áreas têm mais conhecimento sobre a realidade das diferentes regiões do estado.
5. Sistematizar e instituir um curso de aperfeiçoamento sobre gestão do trabalho e educação em saúde para a regional.
6. Incluir no Contrato Organizativo de Ação Pública (COAP) os dados coletados por meio de sondagens de dimensões mais qualitativas.

2. Médio prazo:

1. Sistematizar e descrever a política de gestão do trabalho em saúde de forma ascendente na esfera estadual, com realização de 16 oficinas de configurações regionalizadas, com foro específico para cada região de saúde.
2. Instrumentalizar as práticas e os processos decisórios dos formuladores e executores de políticas de gestão do trabalho em saúde, a partir de variáveis relacionadas com a estrutura e os processos desenvolvidos na área.
3. Identificar números de profissionais da saúde com vínculo na SMS nos municípios que compõem as 16 Regionais de Saúde no estado, por meio do Fórum SUS no DataSUS, por meio da ESP, com os alunos da

³² De acordo com a Portaria GM/MS nº 2.691, de 19/10/2007.

³³ Sistema de Monitoramento da Atenção Básica – SIMAP – SES-MT.

Especialização em Gestão do Trabalho e Educação na Saúde ou de gestão dos Serviços de Saúde.

4. Aproximação da Secretaria Nacional da Saúde Indígena e a Secretaria Nacional da Gestão do Trabalho e Educação na Saúde, para construção de agenda de atendimento desta população em regiões específicas, como a que foi abordada neste estudo.

3. Longo prazo:

1. Iniciar o processo de mobilização para organização de espaços de negociação de forma regionalizadas.
2. Construir estratégias para a interlocução e aproximação da gestão do trabalho e educação em saúde, a partir da aproximação com as instituições de ensino.
3. Aproximação da Câmara Técnica da Gestão do Trabalho e Educação na Saúde do CONASS com o Conselho de Secretários de Administração no Brasil, para a interlocução política da gestão do trabalho em saúde que seja estruturada e implementada nos municípios.
4. Construir um mapa de implementação da área, como um roteiro das atividades básicas para gestão do trabalho em saúde nas SMS de pequeno porte, iniciando-se pela regional do estudo, numa parceria entre MS e OPAS, com foco no desenvolvimento de um método de dimensionamento de profissionais para área.
5. Instituir espaços de interlocução para troca de conhecimentos e experiências, oportunizando a reflexão sobre os princípios e diretrizes da Agenda Positiva da gestão do trabalho, com o objetivo principal de desenvolver competências técnicas, gerenciais e sociopolíticas para o aprimoramento dos profissionais e gestores envolvidos com os processos do trabalho em saúde.
6. Construção de uma rede de atores envolvidos no processo da regionalização do SUS na esfera estadual e municipal, para a sistematização da política de gestão do trabalho nas diferentes regionais de saúde do estado.

Com base nas propostas acima, é pertinente observar, no entanto, que uma das questões assinaladas pelo resultado da pesquisa aponta ainda para a necessidade de um

olhar minucioso sobre a complexidade do debate referente ao campo do trabalho em saúde, uma vez que os gestores, trabalhadores e controle social devam ter um espaço de tratamento para as questões da área da gestão do trabalho em saúde.

Também é imprescindível demarcar as funções peculiares do estado que orientem as SMS com relação à gestão do trabalho e a ampliação de programas, a exemplo do ProgeSUS, para todos os municípios do estado, qualificando-os com atributos políticos e técnicos que exigem um conjunto ampliado de competências para a implantação e implementação da gestão do trabalho em saúde (PIERANTONI et al., 2008).

Há um consenso de que, para além de políticas pontuais, devem ser estabelecidas ações que incluam aspectos geográficos, sociodemográficos, culturais, econômicos e políticos. Ademais, apontem, por um lado, para soluções focalizadas e, de outro, para soluções intersetoriais que potencializem as políticas de recursos humanos em saúde (PIERANTONI et al., 2004).

Configura-se assim a necessidade primordial de analisar o desenho atual da gestão do trabalho que há comprometimento do estado em construir instrumentos de gestão para identificar a capacidade gestora das SMS e o capital social das regiões de saúde para melhor interlocução com o processo da descentralização e regionalização dos serviços de saúde.

Almejamos que as reflexões, ainda que iniciais, deste estudo, sejam essenciais para a retomada da responsabilidade do gestor estadual no sistema, extrapolando os conflitos existentes entre gestores, trabalhadores e controle social, para fortalecimento de novas estratégias, para reformulações, com novas ferramentas para a área. Ficou claro, também, a importância de se procurar e identificar o panorama da saúde com outros métodos e novos modelos, observando através das redes associativas em que participam a população, pois, como ficou comprovado pelo estudo realizado por Putnam (1996), o bom ou mau desempenho dos governos regionais estava ligado ao grau de implicação cívica.

Acreditamos ser este o caminho a ser percorrido, ao longo das próximas décadas, no SUS. Concordamos com Paim (2011), quando afirma que o SUS pode ser muito mais: ser capaz de integrar um projeto civilizatório que tenha a luta e a esperança como motores, não a esperança de quem cruza os braços e espera – como advertia o grande educador Paulo Freire – e, sim, aquela esperança na qual ele foi mestre ao nos ensinar com o seu testemunho: “movo-me na esperança enquanto luto e, se luto com esperança, espero”.

6. REFERÊNCIAS

ALBUQUERQUE, M. V.; MELLO, G. A.; LOZZI, F. L. Regionalização e Relações Federativas na Política de Saúde do Brasil. In: _____. *Regionalização e Relações Federativas na Política de Saúde do Brasil* (pp.151). Rio de Janeiro: Contra Capa, 2011.

ASSIS, E. et al. Regionalização e novos rumos para o SUS: a experiência de um colegiado regional. *Saúde e Sociedade*, São Paulo, v. 18, p. 17-21, 2009.

ARAÚJO, J. D. de; FERREIRA, E. S. M; NERY, G. C. Regionalização dos serviços de saúde pública: a experiência do estado da Bahia, Brasil. *Revista de Saúde Pública*. São Paulo, p. 1-19, 1973.

BRASIL. Ministério da Saúde. VER-SUS Brasil. *Caderno de Textos. Série B. Textos Básicos de Saúde*. Brasília: Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, 2004a.

BOTTI, C. S. *Avaliação do processo de implementação do Consórcio Intermunicipal de Saúde da região do Teles Pires*. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Escola Nacional de Saúde Pública da FIOCRUZ, Rio de Janeiro, 2011.

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

_____. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. *Gestão do Trabalho na Saúde*. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Brasília: CONASS, 2007a.

_____. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. *Recursos humanos: um desafio do tamanho do SUS*. Brasília: CONASS, 2004b. 28p. (CONASS - Documento, 4).

_____. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. *SUS: avanços e desafios*. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Brasília: CONASS, 2006b.

_____. Ministério da Saúde. *Curso de Especialização em Gestão em Enfermagem: modalidade a distância*. São Paulo: Universidade Federal de São Paulo, 2009a.

_____. Ministério da Saúde. *Dialogando sobre o Pacto pela Saúde*. Brasília: Ministério da Saúde, 2007c.

_____. Ministério da Saúde. *Gestão do Trabalho e da Regulação Profissional em Saúde: Agenda Positiva do Departamento de Gestão e da Regulação Profissional em Saúde*. 3 ed. Brasília: Ministério da Saúde 2009b (Série B. Textos Básicos em Saúde).

_____. Ministério da Saúde. *Princípios e Diretrizes para a Gestão do Trabalho no SUS (NOB/RH-SUS)*. 3º ed. rev.atual. Brasília: Conselho Nacional de Saúde, 2005a.

_____. Ministério da Saúde. *Regionalização Solidária e Cooperativa: Orientações para Sua Implementação no SUS*. Brasília: Ministério da Saúde, 2007b.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde Departamento de Gestão e da Regulação do Trabalho em Saúde *Gestão do Trabalho e da Regulação Profissional em Saúde: Agenda Positiva*. Brasília: MS, 2004c (Série C. Projetos, Programas e Relatórios).

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Conferência Nacional de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, 3. Brasília, 2005b.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. *Caderno de RH Saúde*, v. 3, n. 1 (mar.). Brasília: Ministério da Saúde. 2006a.

_____. 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: MS, 2006a (Série A. Normas e Manuais Técnicos Série Cadernos ProgeSUS).

_____. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Coordenação de Apoio à Gestão Descentralizada. *Diretrizes operacionais para os pactos pela vida, em defesa do SUS e de gestão*. Brasília: Ministério da Saúde, 2006b.

_____. Portaria 339, de 22 de fevereiro de 2006. Divulga o Pacto pela Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2006c.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Departamento de Apoio à Gestão Descentralizada. *Colegiado de Gestão Regional na Região de Saúde Intraestadual. Orientações para organização e funcionamento*. V. 10. Brasília: Ministério da Saúde, 2006d.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Departamento de Apoio à Gestão Descentralizada. *Regionalização Solidária e Cooperativa: Orientações para Sua Implementação no SUS*. V. 6. Brasília: Ministério da Saúde, 2006e.

_____. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Comitê Gestor do Decreto 7508. *Contrato Organizativo da Ação Pública da Saúde*. Brasília: Ministério da Saúde, 2011b.

CASTRO, J. L. de. *Protagonismo Silencioso: a presença da OPAS na formação de recursos humanos em saúde no Brasil*. Natal: Observatório RH-NESC UFRS; MS; OPAS-OMS, 2008. 276p.

CORREIA, G. *Dom Bispo Casaldáliga: Um bispo feliz e amargurado*. Disponível em <<http://www.pime.org.br/mundoemissao/testemunhosbispo.htm>> Acesso em: 21 jul 2011.

CREMONESE, D. *Dimensões do capital social: conceitos e aplicações*. Ijuí, RS: Departamento de Ciências Sociais. Programa de Pesquisa em Ciências Sociais, Linha de Pesquisa: Sociedade, Cultura e Poder, dez/2003 a dez/2005.

DUARTE, C. C.; COSTA, R. P. O. A. *Análise realizada a partir do Sistema de Informação da Atenção Básica: Modelo Estratégia de Saúde da Família 2009*. Disponível

em<[http://www.saude.mt.gov.br/adminpublicacao/arquivo/analise-indicadores-siab-2009-163-020911-SES-MT\].pdf](http://www.saude.mt.gov.br/adminpublicacao/arquivo/analise-indicadores-siab-2009-163-020911-SES-MT.pdf)>. Acesso em: 20 abr 2011.

DUARTE, E. Política de recursos humanos e a microrregionalização. In: MULLER NETO, J. S. (Org.). *A Regionalização da Saúde em Mato Grosso: em Busca da Integralidade da Atenção*. Cuiabá: SES, 2002.

FERRAREZI, E. Capital Social: conceitos e contribuições às políticas públicas. *Revista do Serviço Público*, Brasília, Ano 54, n.4, Out-Dez/2003.

FERRARI, H. Y. M. *Descentralização da Vigilância Sanitária: uma análise dos serviços no contexto da municipalidade na Microrregião Teles Pires, Mato Grosso, Brasil*. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – ENSP-FIOCRUZ, Rio de Janeiro, 2010.

FRANÇA, T. C. Limitações á gestão de recursos humanos no nível municipal. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – IMS, UERJ - Rio de Janeiro, 2007.

GARCIA, A. C. P. *Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde: uma reconstrução histórica e política*. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2010.

GIL, A. C. *Como Elaborar Projetos de Pesquisa*. 5 Ed. São Paulo: Atlas, 2010.

GIRARDI, S. N. Aspectos dos mercados de trabalho em saúde no Brasil: estrutura, dinâmica, conexões. In: SANTANA, J. P.; CASTRO, J. L. de (Org.). *Desenvolvimento de Recursos Humanos em Saúde – CADRHU*. Natal: EDUFRN, 1999.

GIRARDI, S. N. et al. Índice de Escassez de Médicos no Brasil: Estudo Exploratório no Âmbito da Atenção Primária. In: PIERANTONI, C. ET al. (Org.). *O trabalho em Saúde: abordagens quantitativas e qualitativas*. Rio de Janeiro: Cepesc, 2011.

GONZAGA, A. A. O Papel dos Escritórios Regionais de Saúde no Processo de Descentralização e Regionalização do SUS em Mato Grosso. In: MULLER NETO, Júlio S. (Org.). *Regionalização da Saúde em Mato Grosso*. Cuiabá: Secretaria de Estado de Saúde de Mato Grosso, 2002, p. 67-87.

GUIMARÃES, L. *Política de Saúde em Mato Grosso: dois mandatos para a construção da regionalização*. In: MATO GROSSO. Secretaria de Estado de Saúde, 2000.

GUIMARÃES, L.; GERRERO, E. Oficinas Microrregionais de Saúde Coletiva em Mato Grosso: Rumo à Integralidade da Atenção. In: MULLER NETO, Júlio S. (Org.). *Regionalização da Saúde em Mato Grosso*. Cuiabá: Secretaria de Estado de Saúde de Mato Grosso, 2002.

KOSTER, I. *A gestão do trabalho e o contexto da flexibilização no Sistema Único de Saúde*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008.

LICHT, R. H. G.; YAMAUCHI, N. I. Regionalização da saúde e consciência regional. *Hygeia*, Uberlândia, v. 2, p. 35-46, dez 2006.

LUBAMBO, C. W. *Conselhos Gestores e desempenho da gestão nos municípios: potencialidades e limites*. Ministério de Educação, Fundação Joaquim Nabuco. Trabalho para discussão, disponível em <http://www.fundaj.gov.br/tpd/149.html>. Recife, n. 149, 2002.

LUBAMBO, C. W. *O desempenho da gestão pública e seus determinantes: uma análise em municípios do Nordeste*. Tese (Doutorado) - Recife: Universidade Federal de Pernambuco, 2000.

LUBAMBO, C. W. *Reforma do Estado e Capacidade de Gestão Pública nos Municípios Nordestinos*. Recife, 2005.

LUNA, S. M. M. *Perfil dos Gestores Municipais de Saúde do Estado de Mato Grosso*. Dissertação (Mestrado em Gestão da Saúde) – Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2006.

MATO GROSSO. *Plano Diretor de Regionalização da Assistência à Saúde*. Disponível em <http://www.saude.mt.gov.br/saudenet/documentos/prd_2005_2006.pdf> Acesso em: 03 maio 2010.

_____. *Plano Diretor de Regionalização de Assistência à Saúde - PDR*. Cuiabá: 2005. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/pdr_mt_completo.pdf>. Acesso em: 11 mar 2011.

_____. Secretaria de Estado da Saúde. *Análise do termo de compromisso de gestão estadual e municipal*. Cuiabá: SES, 2010.

_____. Secretaria de Estado da Saúde. *Avaliação da Política de Saúde de Mato Grosso 1995- 1998*. Cuiabá: SES, 2000. p. 53-62.

_____. Secretaria de Estado de Saúde. *Regionalização da Saúde em Mato Grosso: Em busca da integralidade da atenção*. In: MULLER NETO, Júlio S. (Org.). *Regionalização da Saúde em Mato Grosso*. Cuiabá: Secretaria de Estado de Saúde de Mato Grosso, 2002.

_____. Secretaria de Estado de Saúde. *Relatório do I Encontro Estadual de Gestão de Trabalho e Saúde do Trabalhador no SUS*. Cuiabá: SES, 2006.

_____. Secretaria de Estado de Saúde. *Relatório do I Encontro Estadual da academia e Serviço*. Cuiabá: SES, 2007.

MACHADO, J. A. Pacto de gestão na saúde: até onde esperar uma "regionalização solidária e cooperativa"? *Revista Brasileira de Ciências Sociais*, v. 24, n. 71, p. 105-119, out 2009.

MACHADO, M. H. *Gestão do Trabalho em Saúde*. In: PEREIRA, I. B.; LIMA, J. C. F. (Org.). *Dicionário da educação profissional em saúde*. 2.ed. rev. ampl. Rio de Janeiro: EPSJV, 2008. p.227-229.

MACHADO, M. H. *Gestão Pública e Ética no Trabalho. Política de Recursos Humanos em Saúde*. Brasília: OPAS/OMS, Ministério da Saúde, 2002.

_____. *Trabalhadores da Saúde e sua Trajetória na Reforma Sanitária*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005.

MENEGUINI, V. C. *A Regionalização da Vigilância Sanitária no Estado de Mato Grosso: Coordenação Federativa e do Trabalho*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2011.

MILANI, C. *Teorias do Capital Social e desenvolvimento local: lições a partir da experiência de Pintadas*. Salvador: Escola de Administração da UFBA, 2005.

MINAYO, M. C. *O desafio do conhecimento:- pesquisa qualitativa em saúde*. São Paulo: Hucitec, 2010.

MULLER NETO, Júlio S. (Org.). *A Regionalização da Saúde em Mato Grosso*. Cuiabá: SES-MT, 2002.

OBSERVARH/IMS/UERJ. *Capacidade Gestora de Recursos Humanos em Instâncias Locais de Saúde em Municípios com População Superior a 100 mil Habitantes*. Rio de Janeiro: IMS/UERJ, 2004.

OMS/OPAS/MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Política de Recursos Humanos em Saúde*. Brasília: OPAS, 2002.

PAIM, J. S. *Recursos humanos em saúde no Brasil: problemas crônicos e desafios agudos*. São Paulo: USP, 1994. 80p.

_____. *O Que é o SUS*. 2ª Reimpressão. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2011.

PIERANTONI, C. R. As Reformas do Estado, da Saúde e Recursos Humanos: Limites e Possibilidades. *Ciências e Saúde Coletiva*. Rio de Janeiro, v. 06, n. 02, p. ____-____, 2001.

PIERANTONI. Recursos humanos e gestão do trabalho em saúde: da teoria para a prática. In: BRASIL. Ministério da Saúde. *Observatório de Recursos Humanos em Saúde no Brasil: Estudos e Análise*. Brasília: Ministério da Saúde, v. 2, p. 51- 70, 2004.

_____, C. R. et al. *Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde: recursos humanos em duas décadas do SUS*. *PHYSIS, Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 18, n. 4, p. 685-704, 2008.

_____, C. R. et al. *Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde*. CEPESC: IMS-UERJ: *oberservaRH*, Rio de Janeiro, 2012.

PIRES, R. R. *Gestão Regionalizada de Saúde: estudo de caso sobre o Colegiado de Gestão Regional da Microrregião do Baixo Araguaia - São Félix do Araguaia – MT*. Curso de Pós Graduação *Lato Sensu* em Gestão em Saúde Trabalho de Conclusão de Curso. Ribeirão Cascalheira: UAB-UFMT, 2012.

PUTNAM, D. R. *Comunidade e democracia: a experiência da Itália Moderna*. Rio de Janeiro: FGV, 5 edição, 2006.

RIBEIRO, P.; BARROS, E. *Regionalização e coordenação intergovernamental. gestão do SUS no âmbito estadual: o caso Rio de Janeiro*: Fiocruz, 2011.

SANTANA, J. P. (Org). *Capacitação em Desenvolvimento de Recursos Humanos – CADRHU*. Natal: EdUFRN, 1999.

SANTANA, J. P. Formulação de políticas de RH nos serviços de saúde. *Saúde Debate*, v. 28, p. 66-71, 1990.

SANTOS, M.; SILVEIRA, M. L. *O Brasil: território e sociedade no início do século XXI*. Rio de Janeiro: Record, 2001.

SOLLA, J. J. S. P. Avanços e limites da descentralização no SUS e o “Pacto de Gestão”. *Revista Baiana de Saúde Pública*, Salvador, v. 30, n. 2, p. 332-48, jul-dez 2006.

SOUZA, R. R. A Regionalização no Contexto Atual das Políticas de Saúde. *Ciência e Saúde Coletiva*. Rio de Janeiro, v. 06, n. 02, p. 451-5, 2001.

SOUZA, C. Governos e sociedades locais em contextos de desigualdades e de descentralização. *Ciência e Saúde Coletiva*. Rio de Janeiro, v. 42, n. 02, p. 431-42, 2002.

TEIXEIRA, M. *Desenhos alternativos de incorporação e gestão do trabalho médico na SMS do Rio de Janeiro: as experiências dos Hospitais Lourenço Jorge e Salgado Filho*. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Fiocruz, Rio de Janeiro, 1999.

VASCONCELOS, C. M. *Política e Gestão no SUS: uma interação conflitiva. Política e gestão em saúde reflexões e estudos*. Natal: Editora Observatório RH NESC-UFRN, 2006.

VIANA, A. L. et al. Novas perspectivas para a regionalização da saúde. *São Paulo em Perspectiva*. São Paulo, v. 22, n. 1, p. 92-106, jan./jun. 2008. Disponível em: <<http://www.seade.gov.br>>. Acesso em: 11 mar 2011.

VIANA, A. L.; LIMA, L. D. Descentralização, Regionalização e Instâncias Intergovernamentais no SUS. In: _____. *Regionalização e relações federativas do Brasil*. Rio de Janeiro: Contra Capa, 2011.

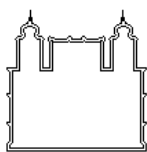
_____. O Processo de Regionalização na Saúde: Contextos, cCondicionantes e Papel das Comissões Intergestores Bipartites. In: _____. *Regionalização e Relações Federativas na Política de Saúde no Brasil*. Rio de Janeiro: Cantra Capa, 2011.

_____. *Regionalização e Relações Federativas na Política de Saúde do Brasil* (Org.) Rio de Janeiro: Contra Capa, 2011.

VIANA, A. L.; LIMA, L. D.; FERREIRA, M. P. Condicionantes estruturais da regionalização na saúde: tipologia dos colegiados de gestão regional. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 15, n. 5, p. 2317-26, 2010.

VIEIRA, M. *A Gestão do Trabalho no Sistema Único de Saúde*. Textos de apoio Políticas de Saúde. Rio de Janeiro: Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio (Série Trabalho e Formação em Saúde), 2010.

ANEXOS



ANEXO A

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

O/a Sr/Sra. está sendo convidado/a para participar da pesquisa **A Política de Gestão do Trabalho no Estado de Mato Grosso: A Regional de São Félix do Araguaia em foco**, desenvolvida no Mestrado Profissional em Gestão do Trabalho e Educação na Saúde pela Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP/FIOCRUZ), pela mestrandia Sílvia Aparecida Tomaz .

Este estudo tem como objetivo geral analisar o processo de implementação da política de gestão do trabalho em saúde na Regional de Saúde em São Félix do Araguaia no Estado de M.T, no período de 2008 a 2010.

Sua participação nesta pesquisa consistirá em autorizar gravação, filmagem e/ou fotos e cópias de documentos da área de Recursos Humanos e responder a uma entrevista com roteiro pré-definido gravado com os sujeitos da pesquisa de uma hora e meia ou no máximo duas horas, o conteúdo deste roteiro busca investigar, principalmente, as dimensões ligadas às diretrizes de gestão do trabalho em saúde, em especial, aquelas relacionadas aos processos da área de Recursos Humanos.

Sua participação não é obrigatória e a qualquer momento o/a Sr/a pode desistir de participar e retirar seu consentimento. Sua recusa não trará nenhum prejuízo em sua relação com o pesquisador ou com a ENSP/FIOCRUZ. Sua participação na pesquisa não lhe trará benefícios diretos, contudo contribuirá para a melhoria das diretrizes da Área de Recursos Humanos nas Secretarias Municipais de Saúde e conseqüentemente na melhoria dos serviços de saúde prestados a população pelo SUS; o conhecimento de como está estruturado as diretrizes da política de gestão do trabalho e educação na saúde em Municípios de menos de 10 mil habitantes; e como o Estado propõe diretrizes na área de Recursos humanos na Regional de São Félix do Araguaia.

As informações obtidas através da pesquisa junto aos atores sociais da pesquisa serão confidenciais e asseguramos o sigilo sobre sua participação. Os dados não serão divulgados de forma a possibilitar sua identificação. No caso da Regional ter cinco municípios, e um número pequeno de secretários municipais de saúde que serão entrevistados e são conhecidos, assim, possivelmente, na divulgação de resultados da pesquisa os entrevistados poderão ser identificados. Deste modo, solicitamos a permissão para divulgação de suas opiniões.

O/a Sr/a receberá uma cópia deste termo onde consta o telefone e o endereço do pesquisador principal, podendo tirar suas dúvidas sobre o projeto e sua participação, agora ou a qualquer momento.

Sílvia Aparecida Tomaz
Pesquisadora

Sílvia Aparecida Tomaz Centro Político administrativo Rua: D, Lote 02, Quadra 12 - Palácio do governo, Cuiabá/MT - CEP 78.050.970 Tels.:(65) 3613-5478 - 9977-9515 Fax: (65) 3613-5396- tomazsilvia@hotmail.com ou silviatomaz@ses.mt.gov.br	Conselho de Ética em Pesquisa Rua Leopoldo Bulhões, 1480 9º Térreo Tel: (21) 2598 -2570 E-mail: cep@ensp.fiocruz.br
--	---

Declaro ter sido informado e concordo com a minha participação, como voluntário, no projeto de pesquisa acima descrito.

Sujeito da pesquisa

Nome: _____ **Cargo:** _____

ANEXO B
FORMULÁRIO PARA OS TECNICOS DE R.H DAS SMS

Bloco I – Perfil do Profissional de Referência

1.0 - Identificação

Nome:		Sexo: ()Feminino () Masculino
1. ()Alto Boa Vista 2.()Luciara 3.()Novo Santo Antônio 4.()São Félix do Araguaia 5.()Serra Nova Dourada		
Data:____-____-2011	Horário do Inicio:	Hora término:
1-Qual seu vinculo na SMS ou na SAD: 1-() CLT 2-()Estatutário 3-()Estatutário - função gratificada 4-() Estatutário - função gratificada 5-()Terceirizado 6-() OSS 7-() outros. Especificar:		
Ano que ingressou na SMS:		Ano que ingressou na SAD:
Tempo como Técnico do R.H:		
Experiências anteriores na área de R.H:		
2.Descreva as atividades desenvolvidas pelo setor de R.H, se possível indicar documento em que conste as informações: 2.1-Qual o nome do setor: a)R.H da SMS () Sim () Não b)R.H da SAD () Sim () Não		
3. Nível de subordinação da área de R.H em relação ao titular da SMS: Nível 1 – integrante do Gabinete do Secretário Nível 2 – subordinação direta ao Gabinete do Secretário Nível 3 – hierarquicamente subordinado a outro órgão do Município – nível intermediário. CITAR órgão.		
4.Participa da CIES: Sim () Não() Se não porque?		
5.Escolaridade(especificar todos os cursos)		
Curso Técnico:	Ano de Conclusão	
Formação/Graduação:	Ano de Conclusão	
Especialização:	Ano de Conclusão	
Mestrado:	Ano de Conclusão	
Doutorado:	Ano de Conclusão	

II. Bloco II - DADOS GERAIS DA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

6.Quantidade de servidores por vínculo:

Nível de escolaridade	Número de servidores na SMS
Superior	
Nível médio	
Nível elementar	
Prestadores de serviços	

Total:		
6.1. Tem organograma () Sim () Não. Se sim solicitar o documento e, onde esta a localizada a área de R.H na SMS. Se não, solicitar onde a SMS esta ligada na estrutura da Prefeitura e descrever:		
6.2. solicitar a relação das profissões de saúde, nível superior, nível médio e elementar por perfil e especialidades:		
Nível superior: 1. Enfermagem N° <input type="checkbox"/> 2. Psicologia N° <input type="checkbox"/> 3 Serviço Social N° <input type="checkbox"/> 4. Odontologia N° <input type="checkbox"/> 5. Medicina N° <input type="checkbox"/> 6. Nutrição N° <input type="checkbox"/> 7. Farmácia N° <input type="checkbox"/> 8. Outras – Qual? _____	Nível médio e elementar: 1. Agente Comunitário de Saúde (ACS) N° <input type="checkbox"/> 2. Técnico de Enfermagem N° <input type="checkbox"/> 3. Auxiliar de Enfermagem N° <input type="checkbox"/> 4. Técnico em Higiene Dental (THD) N° <input type="checkbox"/> 5. Auxiliar de Consultório Dentário (ACD) N° <input type="checkbox"/> 6. Agente de Endemias N° <input type="checkbox"/> 7. Agente Local de Vigilância em Saúde N° <input type="checkbox"/> 8. Técnico de Ortese e Protese N° <input type="checkbox"/> 9. Outros. Especifique:	
6.3. Quantos tipos de vinculo existem na SMS: 1-() CLT 2-() Estatutário 3-() Estatutário - função gratificada 4-() Estatutário - função gratificada 5-() Terceirizado 6-() OSS 7-() outros. Especificar:		
7. Quais e quantos profissionais de saúde são de nível municipal, estadual e federal e alocados nesta secretaria?		
Federal	Estadual	Municipal
Nível Superior N° <input type="checkbox"/>	Nível Superior N° <input type="checkbox"/>	Nível Superior N° <input type="checkbox"/>
Nível médio N° <input type="checkbox"/>	Nível médio N° <input type="checkbox"/>	Nível médio N° <input type="checkbox"/>
Nível elementar N° <input type="checkbox"/>	Nível elementar N° <input type="checkbox"/>	Nível elementar N° <input type="checkbox"/>
Prestadores de Serviços N° <input type="checkbox"/>	Prestadores de Serviços N° <input type="checkbox"/>	Prestadores de] _____
Outros:	Outros:	Outros:

8.0. Você participa da contratação dos médicos com pagamento pelo consorcio ?()Sim ()Não. S
por que?

8.1. Você participa do planejamento para contratação dos Agentes comunitários de Saúde e agentes de
endemias?()Sim ()Não. Se não por que?

III. BLOCO – INFORMAÇÕES GERAIS DAS ATIVIDADES DESENVOLVIDAS PELA A AREA DE R.H. E A COOPERAÇÃO TECNICA COM O NIVEL FEDERAL E ESTADUAL

9. Mantém contato com a Secretária de Gestão do Trabalho e Educação em Saúde?
(Assinale com X quantas respostas forem necessárias)

- 1 – Sim, visitando a SGTES ()
- 2 – Sim, por telefone/fax ()
- 3 – Sim, por e-mail ()
- 4 – Sim, por correspondência ()
- 5 – Não ()

10. A criação da SGTES provocou ou vem provocando mudanças na estrutura do órgão de RH da SMS?

- 1– Sim ()
- 2– Não ()
- 3– Não sabe avaliar()

11. Apontem a(s) principal (is) mudança(s): (Assinale com um X no máximo 3 alternativas)

- 1– O órgão de RH foi criado ()
- 2– Houve a reestruturação do organograma ()
- 3– Houve a reestruturação da área física ()
- 4– Houve a reestruturação da equipe ()
- 5– Houve adesão a projetos de cooperação técnica propostos pela SGTES()
- 6– Outra.() Especifique: _____

12. Por que não provocou mudanças?

- 1– As mudanças já estavam ocorrendo antes da criação da SGTES()
- 2– A estrutura existente do órgão de RH já era adequada()
- 3- As estratégias de mudanças propostas pela SGTES não atendiam às necessidades do órgão de RH()
- 4– Não houve interesse pelos programas/iniciativas da SGTES()
- 5– A administração local não justifica a estrutura específica de RH()
- 6– Outra.() Especifique: _____

13. Tem conhecimento sobre as diretrizes políticas do SUS para a área de R.H Abaixo:

- 1.NOB-RH()
- 2.ProgeSUS()
- 3.Pacto pela Saúde()
- 4.Agenda Positiva para a área de R.H()
- 5.Ouviu falar de alguns dos itens()
- 6.Não tenho conhecimento de nenhum dos itens acima()

Informações sobre o Pacto pela Saúde: Pacto de Gestão item R.H

14. A SMS fez adesão ao Pacto pela Saúde. Você tem conhecimento?

- 1. Sim ()
- 2. Não ()

Se sim, como vem sendo desenvolvida as ações dos seis item para a área de R.H na sua SMS.

14.1. Quais as mudanças que o Pacto pela Saúde traz para a área de RH?

Obs: solicitar o plano de execução das ações do pacto.

15. Tem conhecimento das Diretrizes que a SES elaborou para facilitar a compreensão das diretrizes prevista no pacto para a área de R.H?

<p>1.Sim() 2.Não()</p> <p>15.1. Em seu município, existe uma equipe responsável pelas ações de R.H descrita pelo o Pacto? 1. Sim () 2. Não () 3. E para a operacionalização do pacto. Existe? Se sim, quantas pessoas fazem parte da equipe responsável pela área de R.H?</p>
<p>16.Algumas sugestões para a SES sobre a implementação do Pacto.</p>
<p>Informações sobre o PROGESUS:</p>
<p>14. A SMS fez adesão ao ProgeSUS? 1. Sim() 2.Não() 3.Se sim solicitar o projeto. Você participou da elaboração do projeto para adesão ao ProgeSUS? Se não Porque.</p>
<p>15. Em seu município, existe uma equipe responsável pelas ações de R.H? 1.Sim () 2. Não() Se sim, quantas pessoas fazem parte da equipe?</p>
<p>16. Quais os componentes do ProgeSUS que seu município aderiu? (pode marcar mais de uma alternativa). 1.COMPONENTE I (Estruturação da Gestão do Trabalho e Educação no SUS)() 2.COMPONENTE II (Sistema de Informação Gerencial)() 3.COMPONENTE III (Capacitação da Equipe)() 4.COMPONENTE IV (sistema nacional de informação em gestão de trabalho do SUS)() 5. Nenhum()</p>
<p>17. Quais foram as dificuldades encontradas para execução do ProgeSUS? (pode marcar mais de uma alternativa). 1. Não possui estrutura de Gestão do Trabalho (R.H)() 2. Não tem divulgação das ações para os trabalhadores () 3. Recursos financeiros insuficientes () 4. Não tem uma estrutura de Gestão do Trabalho () 5. Há dificuldade técnica para execução das ações () 6. Não tem apoio do Secretario / Prefeito () 7. Dificuldade de cooperação técnica da SES () 8. Outras: _____</p>
<p>18. Caso aderiu alguns dos COMPONENTES, em que etapa do processo o município se encontra? Descrever</p>
<p>19.Caso tenha recebido algum recurso, como foi utilizado, e em que setor? (pode marcar mais de uma alternativa). 1.()Estrutura física Setor: _____ 2.()Aquisição de equipamentos Setor: _____ 3.()Sistema de Informação Setor: _____ 4.()Qualificação de Pessoal Setor: _____ 5.()Todas acima Setores: _____ 6.()NSA.</p>
<p>20. O MS participa do desenvolvimento e do monitoramento das ações do ProgeSUS no seu município? 1.Sim()</p>

<p>2.Não()</p> <p>3. Fale e descreva o acompanhamento do ProgeSUS.</p> <p>21.Você considera importante a presença da SES neste processo?</p> <p>1.Sim()</p> <p>2.Não()</p> <p>3. Fale e descreva sobre essa questão..</p>
<p>22. Após adesão ao ProgeSUS você considera que o recurso foi suficiente para estruturação do setor de Gestão do Trabalho(R.H)?</p> <p>1.Sim()</p> <p>2.Não()</p> <p>Fale e descreva sobre essa questão.</p>
<p>23. Entre os componentes do ProgeSUS, que avanços ocorreram no setor de gestão do trabalho e educação no município? (pode marcar mais de uma alternativa).</p> <p>1. Agilidade nos processos de trabalho()</p> <p>2. Facilidade de acesso às informações dos sistemas()</p> <p>3. Integração das equipes da SMS()</p> <p>4. Melhoria da organização dos espaços()</p> <p>5. Estrutura de gestão / Organograma da Secretaria()</p> <p>6. Planejamento das ações para a área na SMS ()</p> <p>7. visibilidade da Área ()</p> <p>6. Outros () Expecificar.</p>
<p>24.Fale como foi o desenvolvimento da Capacitação do Sistrabalho SUS por parte do Estado. Como encontra-se na pratica esse componente do ProgeSUS.</p>
<p>IV. BLOCO - Dimensões das Diretrizes da Agenda Positiva da SGTES, realizada pelas SMS</p>
<p>25 –A SMS Possui Plano de Cargos, Carreiras e Salários (PCCS)? Se existir solicitar, tanto o específico quanto o do município.</p> <p>1. Sim, específico da SMS()</p> <p>2.Sim, geral para todos os trabalhadores do município ()</p> <p>3. Não possui PCCS ()</p> <p>4. Não sabe ()</p> <p>26 – O PCCS específico da SMS está:</p> <p>1.Elaborado e não aprovado ()</p> <p>2.Aprovado, mas não implantado ()</p> <p>3.Aprovado e implantado ()</p> <p>4.Em processo de reformulação ()</p> <p>5.Outros()</p> <p>26.1. Existe proposta de criação de PCCS específico em andamento com a SAD? Fale sobre essa questão.</p>
<p>28. As diretrizes nacionais do PCCS instituídas pela SGTES/Ministério da Saúde influenciaram ou estão influenciando a construção do plano?</p> <p>1.Sim ()</p> <p>2.Não ()</p> <p>Se não, Por que razão as diretrizes não influenciaram/estão influenciando a construção do plano?</p> <p>28.1. Tem dificuldade de implantar um PCCS na SMS ou no plano geral do Município, em município menos de 10 mil habitantes?</p>
<p>29. No Município foi instalada uma Mesa de Negociação do Trabalho em Saúde?</p> <p>1. Sim e participa ()</p> <p>2. Não ()</p>

3. Não, mas a gestão esta pensando em implantar ()
 3. Não tem conhecimento sobre essa diretriz ()
 4. Existe alguma instancia de dialogo sobre as questões que envolve R.H? Descreva sobre essa questão.

30. Conhece o Programa de Desprecarização do Trabalho no SUS (DesprecarizaSUS)?
 Obs.: *Por trabalho precário o Ministério da Saúde entende a situação de desobediência às normas vigentes do direito administrativo e do direito trabalho, sendo definido como uma situação de desproteção social, quando exercido com a ausência dos direitos inerentes ao tipo de contrato firmado. (BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. /DGERTS, "Agenda Positiva", 2010.)*

1. Sim e participa ()
 2. Não ()
 3. Não, mas está pensando em implantar
 4. Não tem conhecimento sobre essa diretriz ()

31. Que ações vêm sendo desenvolvidas em seu Município para solucionar o problema dos vínculos precários de trabalho no SUS? (Assinale com X até 3 alternativas)

1. Realização de concursos e processos seletivos públicos ()
 2. Levantamento das formas de precarização do trabalho no SUS ()
 3. Substituição do trabalho precário existente por formas legais de contratação ()
 4. Iniciativa de formulação de PCCS ()
 5. Não mais recrutando trabalhadores através de contratações não convencionais ()
 6. Formulação de um plano de desprecarização do trabalho para o Município ()
 7. Cumprindo as decisões judiciais e os termos de ajuste de condutas com vistas à regularização dos vínculos precários ()
 8. Outras. Especifique: _____

32. Das seguintes ações da gestão do Trabalho (R.H), quais estão sendo realizado pela SMS, além das questões acima: Assinale de acordo os item da tabela.

Ações para R.H	SIM	Não	Está na pauta de discussão da gestão	SAD	SMS	desconhece
Avaliação de desempenho dos servidores						
Ações para saúde do trabalhador da saúde						
Programas capacitação/especialização						
Ações de Valorização aos trabalhadores						
Algum tipo de benefícios para os servidores						
Outras:						

33. As questões de Recursos Humanos no seu município estão sendo discutidas no CGR?

1. Sim e participa ()
 2. Não ()
 3. Não tenho conhecimento das pautas do CGR (). Se sim, quais são as discussões da pauta.

34. Existem diretrizes no Plano Municipal de Saúde para a Área de R.H?

1. Sim e participou ()
 2. Não ()
 3. Não tem conhecimento ()
 Se sim , solicitar o plano.

<p>35. No que se refere a qualificação os servidores da área de R. H, onde são pactuadas as qualificações?</p> <p>1. CIES ()</p> <p>2. Diretamente no Gabinete do Secretario ()</p> <p>3. Não tem planejamento para a qualificação dos servidores da área de R.H ().</p> <p>4. Pelo MS: Componentes de qualificação do ProgeSUS ()</p> <p>5. Outros () Especificar.....</p> <p>35.1. Existem recursos destinados pela SMS para a qualificação da área de R.H?</p> <p>1. Sim ()</p> <p>2. Não ()</p> <p>3. Não tem conhecimento ()</p>
<p>36. Como é a relação entre a gestão da SMS com as representações dos trabalhadores em instancias de controle social?</p>
<p>37. Você identifica alguma relação de cooperação entre os municípios da sua regional para implementação da política de gestão do trabalho em saúde (R.H).</p>
<p>38. Como você avalia as perspectivas para a área de gestão do trabalho em saúde (RH), no que tange o processo da Regionalização, ou seja, você acha importante ter uma gerência de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde no organograma dos Escritórios Regionais de Saúde, como existe a Atenção Básica, Vigilância Sanitária?</p>
<p>39. Que sugestões você daria ao Ministério da Saúde e a SES para o fortalecimento da área de R.H em seu município?</p>
<p>40. Você acha importante ter uma Gerência no ERS para cooperar tecnicamente com as SMS como tem na vigilância e na Atenção Básica?</p> <p>1. Sim ()</p> <p>2. Não ()</p> <p>Se sim, descrever sobre essa nova estrutura no ERS.</p>

ANEXO C
ROTEIRO DE ENTREVISTA COM OS GESTORES DA SES

		Sexo: ()Feminino () Masculino
Data: ___-___-2011	Horário do Início:	Hora término:
Entrevistado-a:		
Tempo como gestor:		
Experiências anteriores como gestor:		
Participa do Conselho Estadual de Saúde: Sim () Não()		

1. Como você avalia a política de Gestão do Trabalho em Saúde (R.H) na SES.
2. Quais são as ações desenvolvidas na área da Gestão do Trabalho em saúde para as SMS(R.H).
3. Quais são os principais problemas-desafios para a implementação da Política de Gestão do Trabalho nas SMS.
4. Como você avalia as perspectivas para a área de gestão do trabalho em saúde (RH), no que se refere ao o processo da Regionalização, ou seja, você acha importante ter uma gerência de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde no organograma dos Escritórios Regionais de Saúde, como existe a Atenção Básica, Vigilância Sanitária?
5. O que o Estado tem feito para estimular a cooperação entre os Municípios na implementação da política de gestão do trabalho em saúde (R.H).
6. Como você identifica a relação de cooperação entre a sua área e os municípios das regionais de saúde na implementação da política de gestão do trabalho em saúde (R.H).

ANEXO D
ROTEIRO DE ENTREVISTA COM OS GESTORES MUNICIPAIS

Município:		Sexo: ()Feminino () Masculino
Data: ___ - ___ -2011	Horário do Início:	Hora término:
Entrevistado-a:		
Tempo como gestor:		
Experiências anteriores como gestor:		

1. Fale de sua trajetória na SMS.
2. Fale sobre a Gestão do Trabalho em Saúde (R.H) no seu município.
3. Na sua opinião, quais são os maiores pontos positivos e as dificuldades para operacionalização das ações da gestão do Trabalho (R.H)? (fatores técnicos, estruturais - física, legal, administrativa, operacional, RH)
4. Vocês assinaram o pacto? Cumprem as metas estabelecidas no Pacto para area de gestão do trabalho em saúde (R.H.) ?
5. O que mudou na gestão da saúde no município para a gestão do trabalho em saúde com implantação do Pacto 2006?
6. Em relação às diretrizes nacionais vocês seguem: Espaço de Negociação (mesa); PCCS; Comitê de desprecarização; Educação permanente-Desenvolvimento; PROGESUS e Humanização dos Serviços de Saúde; Saúde do trabalhador.
7. O que mudou na gestão da saúde no município para a gestão do trabalho com implantação do ProgeSUS 2007?
8. Como seu município tem qualificado os responsáveis pela aérea de R.H? Além do PROGESUS.
9. Como você vê atuação do ERS e do nível central em relação à Gestão do Trabalho em Saúde e sua relação com o município.
10. Como você avalia as perspectivas para a área de gestão do trabalho em saúde (RH), no que tange o processo da Regionalização, ou seja, você acha importante ter uma gerência de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde no organograma dos Escritórios Regionais de Saúde, como existe a Atenção Básica, Vigilância Sanitária?
11. Como é a relação entre a gestão da SMS com as representações dos trabalhadores em instancias de controle social.
12. Você identifica alguma relação de cooperação entre os municípios da sua regional para implementação da política de gestão do trabalho em saúde.

ANEXO E

ROTEIRO DE ENTREVISTA COM OS PREFEITOS NA REUNIÃO DO CGR

Município:		Sexo: ()Feminino () Masculino
Data: ___ - ___ -2011	Horário do Início:	Hora término:
Entrevistado-a:		
Tempo como Prefeito:		
Experiências anteriores como gestor:		

1. Como é a política de Gestão do Trabalho em Saúde (R.H) para a Saúde.
2. Quais são os principais problemas para a implementação da Política de Gestão do Trabalho (R.H).
3. Quais são as ações desenvolvidas na área da Gestão do Trabalho (R.H)
4. Como você avalia as perspectivas para a área de gestão do trabalho (RH), no que se refere ao processo da Regionalização, ou seja, você acha importante ter uma gerência de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde no organograma dos Escritórios Regionais de Saúde, como existe a Atenção Básica, Vigilância Sanitária?
5. Como você identifica alguma relação de cooperação entre os municípios da sua regional para implementação da política de gestão do trabalho em saúde (R.H).

ANEXO F

Profissionais de Saúde da Regional de Saúde de São Félix do Araguaia.

PROFISSIONAIS DE SAÚDE	TOTAL DOS PROFISSIONAIS DO SUS
Agente Comunitário de Saúde	73
Agente de Defesa Ambiental	20
Agente de Saúde Pública	4
Assistente Administrativo	7
Assistente Social	6
Atendente de Enfermagem	1
Atendente de Farmácia Balconista	3
Auxiliar de Enfermagem	4
Auxiliar de Enfermagem da Estratégia de Saúde da Família	6
Auxiliar de Escritório, Em Geral	8
Auxiliar de Laboratório de Análises Clínicas	1
Auxiliar em Saúde Bucal da Estratégia de Saúde da Família	8
Biomédico	1
Cirurgião Dentista clínico Geral	2
Cirurgião Dentista da Estratégia de Saúde da Família	11
Contador	1
Cozinheiro de Hospital	2
Digitador	2
Diretor Administrativo	3
Diretor de Serviços de Saúde	1
Enfermeiro	6
Enfermeiro da Estratégia de Saúde da Família	12
Farmacêutico	4
Farmacêutico Bioquímico	8
Faxineiro	9
Fisioterapeuta Geral	5
Fisioterapeuta Respiratória	1
Instrutor de Aprendizagem E Treinamento Agropecuário	1
Médico Anestesiologista	1
Médico Cirurgião Geral	3
Médico Clínico	10
Médico da Estratégia de Saúde da Família	8
Médico em Radiologia e Diagnóstico Por Imagem	1
Médico Hematologista	1
Motorista de Carro de Passeio	3
Motorista de Furgão ou Veículo Similar	1
Nutricionista	3
Operador de Computador (Inclusive Microcomputador)	3
Psicólogo Clínico	3
Psicólogo Educacional	1

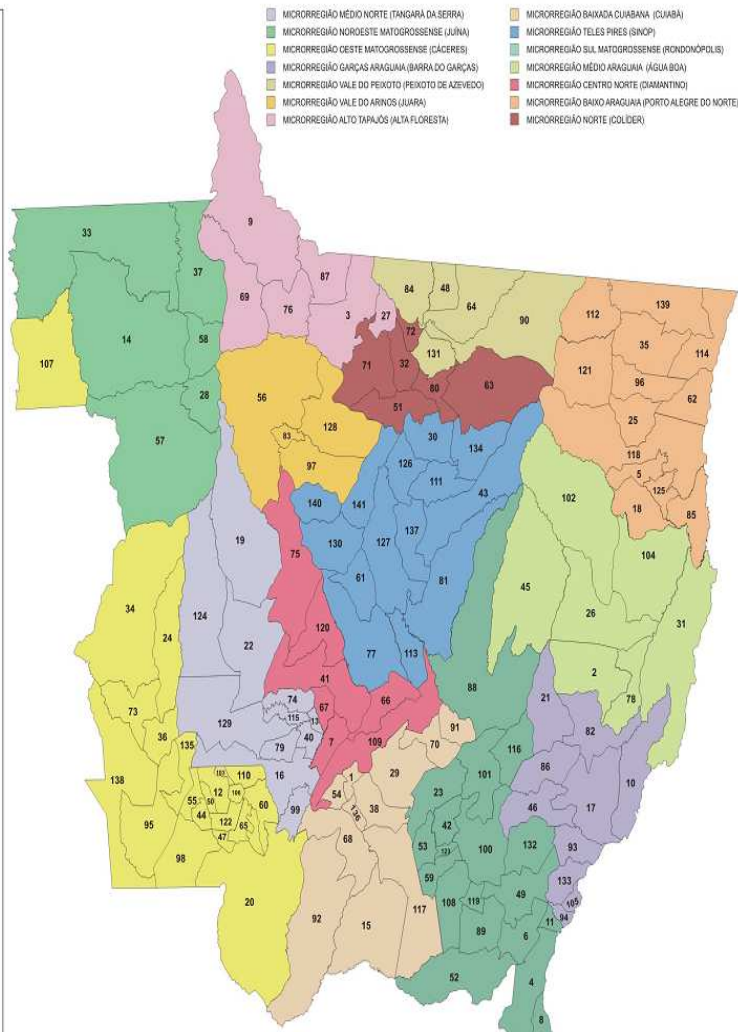
Recepcionista de consultório Medico ou Dentário	1
Recepcionista, em Geral	8
Secretaria (o) Executiva (o)	1
Técnico De Enfermagem	21
Técnico de Enfermagem da Estratégia de Saúde da Família	35
Técnico em Patologia Clínica	1
Técnico em Radiologia e Imagenologia	2
Trabalhador de Serviços de Limpeza e Conservação de Áreas.	1
Vigia	7
Visitador Sanitário	13
Total Geral	342

Fonte: Construção própria a partir de informações da Gerência de Planejamento de Rede de Atenção a Saúde – Coordenadoria de Apoio a Organização de Rede de Serviços – Superintendência de Atenção a Saúde – SES-MT do DW*-Informações in Saúde-SES-MT-Maio-2012, *Data Warehouse.

ANEXO G

MATO GROSSO, SUAS MICRORREGIÕES E SEUS MUNICÍPIOS

1	ACORIZAL	72	NOVA GUARITA
2	ÁGUA BOA	73	NOVA LACERDA
3	ALTA FLORESTA	74	NOVA MARLÂNDIA
4	ALTO ARAGUÁIA	75	NOVA MANGA
5	ALTO BOA VISTA	76	NOVA MONTA VERDE
6	ALTO GARÇAS	77	NOVA MUTUM
7	ALTO PARAGUAI	78	NOVA NAZARÉ
8	ALTO TAQUARI	79	NOVA OLÍMPIA
9	APIACÁS	80	NOVA SANTA HELENA
10	ARAGUAIANA	81	NOVA UBIRATÁ
11	ARAGUAINHÁ	82	NOVA XAVANTINA
12	ARAPUTANGA	83	NOVO HORIZONTE DO NORTE
13	ARENÓPOLIS	84	NOVO MUNDO
14	ARIPUANÁ	85	NOVO SANTO ANTÔNIO
15	BARÃO DE MELGAÇO	86	NOVO SÃO JOAQUIM
16	BARRA DO BUGRES	87	PARAMAITÁ
17	BARRA DO GARÇAS	88	PARAMATINGA
18	BOM JESUS DO ARAGUÁIA	89	PEDRA PRETA
19	BRASNORTE	90	PEIXOTO DE AZEVEDO
20	CACERES	91	PLANALTO DA SERRA
21	CAMPANÓPOLIS	92	POCOANE
22	CAMPO NOVO DO PARECIS	93	PONTAL DO ARAGUÁIA
23	CAMPO VERDE	94	PONTE BRANCA
24	CAMPOS DE JÚLIO	95	PONTES E LACERDA
25	CANABRAVA DO NORTE	96	PORTO ALEGRE DO NORTE
26	CANARANA	97	PORTO DOS GAUÇHOS
27	CARLINDA	98	PORTO ESPERIDIÃO
28	CASTANHEIRA	99	PORTO ESTRELA
29	CHAPADA DOS GUIMARÃES	100	POXOREGO
30	CLAUDIA	101	PRIMAVERA DO LESTE
31	COCALINHO	102	QUERÊNCIA
32	COLDER	103	RESERVA DO CABAÇAL
33	COLNIZA	104	RIBEIRÃO CASCALHEIRA
34	COMODORO	105	RIBEIRÃOZINHO
35	CONFRESA	106	RIO BRANCO
36	CONQUISTA D' OESTE	107	RONDOLÂNDIA
37	COTRIGUAÇU	108	RONDONÓPOLIS
38	CURUBÁ	109	ROSÁRIO OESTE
39	CURVELÂNDIA	110	SALTO DO CEU
40	DENISE	111	SANTA CARMEM
41	DIAMANTINO	112	SANTA CRUZ DO XINGU
42	DOM AQUINO	113	SANTA RITA DO TRIVELATO
43	FELIZ NATAL	114	SANTA TEREZINHA
44	FIGUEIRÓPOLIS D' OESTE	115	SANTO AFONSO
45	GAIÇUA DO NORTE	116	SANTO ANTÔNIO DO LESTE
46	GENERAL CARNEIRO	117	SANTO ANTÔNIO DO LEVERGER
47	GLÓRIA D' OESTE	118	SÃO FELIX DO ARAGUÁIA
48	GUARANTÁ DO NORTE	119	SÃO JOSÉ DO POVO
49	GUARATINGA	120	SÃO JOSÉ DO RIO CLARO
50	INDAIA	121	SÃO JOSÉ DO XINGU
51	ITAUBA	122	SÃO JOSÉ DOS QUATRO MARCOS
52	ITUIQUARA	123	SÃO PEDRO DA CIPA
53	JACIARA	124	SÁPEZAL
54	JANGADA	125	SERRA NOVA DOURADA
55	JAUURU	126	SINOP
56	JUIRA	127	SORRISO
57	JUIUNA	128	TABAPORÁ
58	JURUEIRA	129	TANGARÁ DA SERRA
59	JUSCIMEIRA	130	TAPURAH
60	LAMBARI D' OESTE	131	TERRA NOVA DO NORTE
61	LUCAS DO RIO VERDE	132	TESOURO
62	LUCIARA	133	TORIXOREU
63	MARCELÂNDIA	134	UNIÃO DO SUL
64	MATUPÁ	135	VALE DO SÃO DOMINGOS
65	MIRASSOL D' OESTE	136	VARZEA GRANDE
66	NORBRES	137	VERA
67	NORTEÂNDIA	138	VILA BELA DA SANTÍSSIMA TRINDADE
68	NOSSA SENHORA DO LIVRAMENTO	139	VILA RICA
69	NOVA BANDEIRANTES	140	ITANHANGA
70	NOVA BRASÍLIA	141	IPIRANGA DO NORTE
71	NOVA CANAÃ DO NORTE		

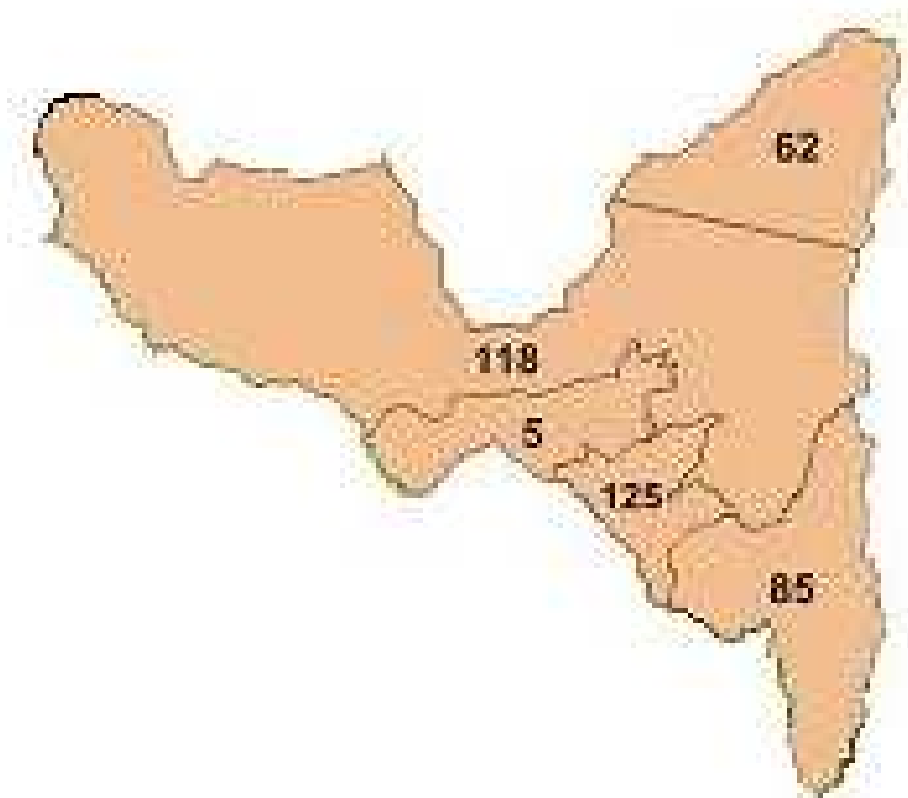


ANEXO H

ESCRITÓRIOS REGIONAIS DE SAÚDE



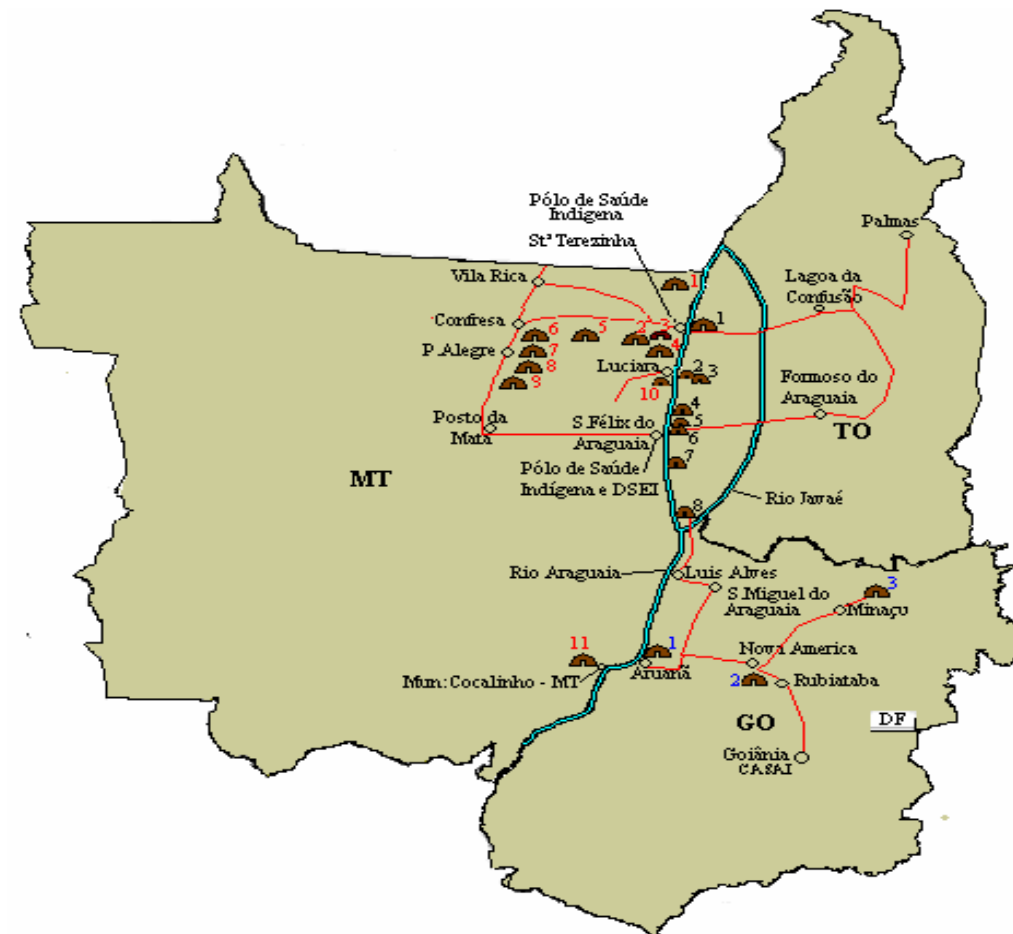
ANEXO I
MAPA DA MICRORREGIÃO DE SÃO FÉLIX DO ARAGUAIA



LEGENDA

- 005 – Alto Boa Vista;
- 062 – Luciara
- 085 – Novo Santo Antônio
- 118 – São Félix do Araguaia
- 125 – Serra Nova Dourada

ANEXO J
MAPA DAS COMUNIDADES INDÍGENAS ATENDIDAS PELO DSEI ARAGUAIA –
SEDE EM SÃO FÉLIX DO ARAGUAIA



Extensão Territorial: 2.100 km; Município sede do DSEI: São Félix do Araguaia; Nº de Municípios com área indígena: 12 (Doze); População Indígena: 3.66 Etnias: Karajá - Tapirapé - Tapuia - Avá Canoeiro Krenak Machacali – Guarani- Canela; Nº de Pólos-base: 04; Nº de Aldeias: 28; Nº de Famílias: 792; Nº de equipes de saúde: 04; Meio(s) de transporte utilizado: Carro / Barco / Avião; Parceiro(s) conveniado(s) /Áreas de atuação; APOIT – Associação dos Povos Indígenas Tapirapé .

ANEXO L**Resolução nº 003/95, de 12 de abril de 1995 (CIB0395.DOC)**

Dispõe sobre o processo de programação regionalizada no Estado de Mato Grosso.

A COMISSÃO INTERGESTORES BIPARTITE, no uso de suas atribuições e considerando a necessidade de definir diretrizes para implementação do processo de descentralização do SUS no Estado de Mato Grosso,

RESOLVE:

Art. 1º - Aprovar o processo de Programação, Controle e Avaliação do SIA/SIH regionalizado no Estado de Mato Grosso.

Art. 2º - Adotar os seguintes encaminhamentos:

§ 1º - O processo será gradual e se iniciará na Regional de Cuiabá, sob a responsabilidade da COMISSÃO INTERGESTORES BIPARTITE, a título de experiência por um prazo de 30 dias;

§ 2º - No transcurso desse processo ficarão mantidos os critérios de distribuição dos Tetos de AIH's e os Ambulatoriais;

§ 3º - Nas regionais de saúde onde forem sendo implantados estes processos, se instalarão automaticamente as Câmaras de Compensação de AIH's;

§ 4º - O processo de regionalização, com a participação da COMISSÃO INTERGESTORES BIPARTITE, deverá ser realizado de forma gradual, num prazo de 90 dias, respeitando-se cronograma definido a partir de disponibilidade dos membros da Comissão.

Art. 3º - Esta **RESOLUÇÃO** entrará em vigor na data de sua publicação.

Maria da Penha Lino
Representante dos Municípios

Júlio Strubing Muller Neto
Secretário de Estado da Saúde

Homologada pelo CES na
Reunião do dia ___/___/___

Secretário do CES Presidente do CES

ANEXO M

**PROJETO: ESTRUTURAÇÃO FÍSICA DO SETOR DE GESTÃO DO TRABALHO NAS
SMS DE SAÚDE DO ESTADO DE MT.**

Objetivos	Criar e estruturar fisicamente os setores de Gestão do Trabalho dentro das Secretarias Municipais de Saúde do Estado de Mato Grosso
Perfil do Público atendido:	Secretarias Municipais de Saúde do Estado de Mato Grosso; Trabalhadores dessas Secretarias.
Ações desenvolvidas:	Articulação junto a CIB, COSEMS e SMS para as decisões em parcerias; Assessoramento junto as SMS para preenchimento do Projeto ProgeSUS; Explanação em reunião da CIB para a escolha e pactuação dos nomes através de resolução ou ad-referendum dos Projetos ProgeSUS das SMS para encaminhamento ao Ministério da Saúde; Entrega pessoalmente dos Projetos junto ao Ministério da Saúde; Acompanhamento do recebimento do recurso e orientação sobre a aquisição do material; Assessoramento e acompanhamento junto as SMS para a criação e instalação física dos setores de GT dentro das suas estruturas físicas; Criação de banco de dados contendo contato dos gestores das SMS e equipe que esteja trabalhando diretamente com as informações da GT; Recebimento e armazenamento dos 25 kits de equipamento a serem entregues as SMS; Articulação e pactuação conjunta com CIB e COSEMS para delineamento dos requisitos de habilitação para as SMS receberem os kits dos equipamentos.
Resultados:	Evidente evolução de 2 SMS habilitadas para 26 SMS habilitadas em 1 ano de trabalhos desenvolvidos pela equipe instalada em 2009; Criação, instalação e estruturação dos setores de GT em 110 SMS; Acompanhamento direto destas estruturas pela equipe da SES; Comprometimento dos gestores quanto a participação elevada dos trabalhadores para as capacitações e das SMS para instalação e registro do sistema SisTrabalhoSUS.
Conclusões:	Inicialmente percebemos que as SMS não tinham como possuir um controle incisivo dos seus trabalhadores. Dependia das Secretarias Municipais de Administração ou da própria Prefeitura. Ao apresentarmos o Projeto ProgeSUS para os gestores e formalizarmos uma equipe apta a assessorar as SMS em todos os trabalhos, houve salto significativo, passando para 110 SMS habilitadas ante as 141 SMS que possuíamos no Estado, enquanto que desde a adesão ao projeto era de 2 SMS desde 2006, quando o Estado aderiu ao Projeto ProgeSUS. Ainda aguardamos até o mês de fevereiro de 2012 para estruturação e adesão das outras 31 SMS, para assim estarmos com 100% estruturados. Na reunião da CIB, que ocorrerá em dezembro deste ano, iremos entregar 24 kits de equipamentos para as SMS de Mato Grosso, referente ao Projeto ProgeSUS, elevando o número de 26 para 50 SMS contempladas com equipamentos do referido projeto. No entanto percebemos que o comprometimento dos gestores aumentou devido ao fato de elaborarmos requisitos para a indicação na participação tanto para o recebimento de recursos, quanto para o recebimento dos kits, sendo eles: instalação da estrutura física do setor de GT dentro da estrutura física das SMS; capacitação dos trabalhadores que desempenharão os seus serviços no setor acima citado; instalação, registro e habilitação do sistema SisTrabalhoSUS nessas SMS; participação na capacitação de avaliação e monitoramento do Projeto ProgeSUS. Sendo que ainda informamos quanto a integração dos sistemas CNES e SisTrabalhoSUS, e que a não participação e adesão poderia acarretar a perda futura de recursos para o Município.

APÉNDICES

APENDICE A

Aspectos Históricos e Geográficos dos Municípios da Regional de São Félix do Araguaia

Município de Novo Santo Antônio

Origem: Wikipédia, a enciclopédia livre.³⁴

Novo Santo Antônio é um **município** brasileiro localizado no estado de **Mato Grosso** foi emancipado de São Félix do Araguaia em 29 de setembro de 1999. Até então, chamava-se Santo Antônio do Rio das Mortes, em referência ao padroeiro e a sua localização geográfica às margens do Rio das Mortes.

Todo dia 13 de junho é comemorado o dia do padroeiro da cidade com as tradicionais rezas, quadrilhas, leilões e não tão tradicionais apresentações de forró de teclado.

Subindo o rio das Mortes, 160 km de sua boca no Araguaia, chega-se a Santo Antônio. Em suas origens um povoado isolado em terra Xavante, montado numa barranca amarela, dominando o rio, com quase mil habitantes que pouco sabiam do mundo, pois ali não havia nenhum serviço regular de transporte. Este patrimônio foi fundado no ano 1959, sendo os fundadores o senhor José Pereira de Souza, senhor Inácio e Eduvuges (Eduvirges), pais de Zeca Pereira, Pedro Cascavel e Corina, vaqueiros de Zeca Pereira e outros. Estes funcionários vieram de Luciara, sendo que o senhor Zeca Pereira saiu de seu lugar por motivo da morte de um filho seu.

Então, por informações de mariscadores, ele procurou este rio, trazendo sua esposa, dona Rosa, e aqueles outros homens que também procuravam lugar, pensando em melhora.

No dia 15 de janeiro estes homens chegaram a este lugar. Eles vieram de barco, encontrando muita dificuldade para sair de um lado para o outro.

Eles encostaram o barco em uma barreira e fizeram um porto; Começaram a formar seu trabalho fazendo limpeza na beira do rio e construindo as primeiras casas.

Durante o inverno eles continuaram trazendo mais gente e mantimentos. E continuaram trabalhando para, devagar, construir mais casas e serviços no lugar. Logo que chegou o verão eles começaram a derrubar a mata para botar a suas roças. Fizeram logo quatro tarefas de roça. As primeiras ramas de mandioca vieram de barco: do velho Lió, de Luís Alves e até de Aruanã e Britânia. Uma mandioca por nome Vassourinha veio de Monte Alegre; e o abacaxi roxo também. Da Luciara também veio rama de mandioca.

Havia índios que atacavam os moradores, que, muitas vezes passavam as noites inteiras sem dormir.

Para os moradores ficarem tranquilos, tinham que dar de tudo para os índios.

O senhor Zeca Pereira, que tinha bastante gado, mandou abrir uma estrada de Luciara a Santo Antônio, para poder transportar seu gado.

Depois o senhor Zeca Pereira, pensando em melhores condições para o lugar, junto com seus companheiros, fez o primeiro campo de avião.

Com a contribuição do trabalho e a chegada de mais gente os índios desapareceram.

Em 1960 apareceram neste lugar uns agrimensores medindo a terra; e deixaram um poste no rio São João, que fica distante uns 60 km. Mesmo assim o povo continuou trabalhando firme.

Em 1961 foi criada uma escola paga pelos pais sendo o primeiro professor um senhor de Atanásio. Trabalhava numa casa construída pelo povo.

Neste mesmo ano, andavam os padres fazendo desobriga. Chegando a este lugar celebravam missa na casinha da escola, que ficava ao lado da casa de Zeca Pereira, na beira do rio.

Em 1962 foi a primeira vez que este povoado participou das eleições, sendo candidato a prefeito o senhor Valdon Varjão. A prefeitura era de Barra do Garças.

Logo depois da eleição, com a colaboração dos senhores Aderson e Guilherme, a escola começou a ser paga pela prefeitura de Barra do Garças. Até essa época, os moradores trabalhavam despreocupados, sem aperreios de donos de terra, pois eles mesmos eram os donos desta terra. O que mais aperreava eram as doenças, porque não tinham condições de tratamento neste lugar. Naquele tempo tudo era difícil, pois nem em São Félix tinha médico.

A doença que mais prejudicava era a febre da maleita. Em 1965 morreu muita gente de febre.

Em 1966 o senhor Zeca Pereira foi embora. O povo já tinha aumentado muito. Tudo muito animado. As crianças estudando.

³⁴ [http://pt.wikipedia.org/wiki/Novo_Santo_Ant%C3%B4nio_\(Mato_Grosso\)](http://pt.wikipedia.org/wiki/Novo_Santo_Ant%C3%B4nio_(Mato_Grosso)).

Mais duas estradas foram abertas; uma rumo dos rios São João, Mureré, Correntinho, numa extensão de 60 km. E outra ligando Santo Antônio com o patrimônio de Serra Nova, 72 km.

Com a saída de Zeca Pereira, o povo continuou lutando pela melhoria deste lugar. Em 1968, foi aprovado um projeto de lei, criando o distrito de Santo Antônio. Embora aprovado pela Assembleia, Legislativa, o projeto não foi assinado pelo governador Pedro Pedrossian por razões políticas, e o distrito foi esquecido. Mesmo esquecido o distrito o povo não desanimou.

Em 1972 começou o conflito de terra neste lugar. Chegaram uns homens dizendo que esta terra eram deles. O povo não se amedrontou com isso. Mas, pela segunda vez vieram, já com advogado, procurando questão, trazendo o mapa, dizendo que esta terra era toda deles. Eles eram onze herdeiros, mas o documento que eles mostravam ao povo foi só este mapa. Eles foram embora e deixaram uma pessoa do lugar fazendo pressão ao povo, dizendo que, a outra vez que eles viessem iam pôr todo mundo para fora daqui. Então este foi o motivo de muita gente vender as posses para eles.

Com a compra dessas posses dos moradores, começou logo a fazenda, colocando gerente para perseguir o povo. Desde esse tempo que a fazenda começou a perseguir o povo: polícia, queima de roça, cerca nas aguadas de o gado beber, intimações para comparecer na polícia de Barra do Garças (800 km de distância), pistoleiros e jagunçada atirando no meio das ruas e nas portas das casas, trincheira no meio da estrada proibindo o povo passar para as suas roças, ameaças de todo tipo, oferta de indenização muito baixa. Em 1975 o velho Décio Felipe, gerente, juntou 6 jagunços e fizeram uma trincheira no meio de uma estrada passageira. Ficaram lá seis dias, esperando que fosse alguém para eles matarem, mas o povo não tinha mesmo este cálculo de briga e ninguém foi lá. Eles ficaram até enjoar.

Muitas viagens perdidas foram feitas, procurando que as autoridades reconhecessem nossos direitos: São Félix, Barra do Garças, Cuiabá, Brasília. Promessas tivemos muitas. Força e apoio só mesmo quem deu foi nosso trabalho e coragem de continuar na terra.

Muitos de nossos companheiros não suportaram isso e acabaram largando tudo e saindo para outros lugares. Muitos deles ainda hoje tombando de um lugar para outro, sem achar um lugar certo para viver e criar seus filhos.

De posse das benfeitorias abandonadas por nossos companheiros, a fazenda quase nada fez de serviço, a não ser algumas cercas e delimitações e algumas derrubadas. Ela veio se servindo sempre de nossos serviços: campo de avião, estradas, casas. A própria casa da sede era uma casa de posseiro. Isso foi de 1973 até 1977.

Em maio de 1977, a fazenda, vendo que uma metade dos posseiros não saía mesmo, inventou uma bondade: doar uma área para o patrimônio cercada de arame. Quinhentos hectares.

Em agosto de 1977 o grupo Abdalla-Zarzur, dono da fazenda, vendo que o povo não saía mesmo por conversa deles, nem da polícia que eles traziam, estudaram outro meio: denunciaram os posseiros do patrimônio e da vizinhança como "invasores de terra" e, dizendo que este povo era um povo sem profissão. Como este povo pode ser chamado de "invasor" e "sem profissão" se quando a fazenda chegou, eles já moravam aqui e todos trabalhavam em suas posses para sustentar seus filhos? Então, quando chegou esta denúncia, os posseiros resolveram apelar para a justiça também, procurando seus direitos. Eles arranjaram uma advogada da Comissão Pastoral da Terra. Com esta advogada, eles foram lutando com fé de ganhar a terra e um pouco de sossego para trabalhar. Parece que o povo se uniu mais e criou mais coragem para enfrentar a luta.

Três anos passaram e o processo correu: muitas viagens a Barra do Garças, muito dinheiro gasto, muito estudo. Para enfrentar a lei, os lavradores se uniam cada vez mais.

Nesse tempo foi fundado o Sindicato de Trabalhadores Rurais de São Félix, com sede em Pontinópolis. Logo foi criada uma delegacia aqui no Santo Antônio, e todos os lavradores se associaram. O SINDICATO deu força para os posseiros.

Daí vieram as sentenças do Juiz: um deles deu sentença contra os posseiros e a favor da fazenda. Outro deu sentença contra a fazenda e a favor dos posseiros.

Até o INCRA já tinha sabido disso e tinha vindo fazer os levantamentos dos posseiros. Quando saíram as sentenças, os companheiros foram para Brasília só para comunicar com o Presidente do INCRA e exigir a REFORMA AGRÁRIA. Isso foi no tempo de botar roça. Estava todo mundo animado, botou roça grande. E o SINDICATO foi agasalhando os companheiros que estavam chegando da Ilha do Bananal, flagelados pela enchente. Isso foi até o final de 1980.

1981 começou com a maior animação: no dia 25 de fevereiro o Presidente da República assinou o decreto da desapropriação da área, reconhecendo que os posseiros estavam com direito.

O velho Décio foi-se embora, e no ano seguinte chegou o INCRA que o Sindicato tinha que vigiar quanto o fazendeiro. Graças ao trabalho incansável de Zé Rodrigues a divisão da terra de uma forma mais ou menos igual aconteceu.

Existe o ditado que "quando a onça morre os cachorros começam a brigar entre si". Tomara que este nobre passado de luta, justiça e terra para todos e para quem trabalha nela sempre exista neste NOVO SANTO ANTONIO.

Santo Antônio do Rio das Mortes era um vilarejo originado dos migrantes vindos para a região do Araguaia em busca de melhores condições de vida, principalmente a partir dos anos 50. Esses migrantes vieram expulsos de suas terras ou marginalizados pela falta de perspectivas. A atividade tradicionalmente realizada era a pequena criação de gado solta nos varjões e pastagens naturais. A atividade realizada em apoio à criação de gado era a roça de toco, com a derrubada e queimada das vegetações nativas para a implantação da roça de subsistência.

Houve nos anos 70, conflitos de terras entre os posseiros e fazendeiro que alegavam ter comprado a terra na qual esses posseiros viviam. Destes conflitos, foram realizados dois projetos de assentamentos (PA) principalmente de regularização fundiária no município de Novo Santo Antônio: PA Santo Antônio da Mata Azul (onde encontra-se a sede do município) e PA Macife (com uma pequena área apenas dentro do município).

O município foi criado através da Lei Estadual nº 7.173, de 29/09/1999, de autoria do deputado Humberto Bosaipo.

A luta pela emancipação de Novo Santo Antônio contou com a participação de toda comunidade, que dispuseram de documentos e articulações que relatam o drama vivido sobre possibilidade de "não emancipação" lugar.

A consulta plebiscitária realizada em 26/08/1999, resultou em uníssono "sim" dado pela comunidade e homologado pelo Tribunal Regional Eleitoral de MT, através do Presidente da instituição Desembargador Orlando de Almeida Perri, via ofício nº 242/99.

Pouco antes da criação do município, a comunidade se uniu e enviou à Assembleia Legislativa de Mato Grosso um documento de repúdio, uma contestação ante a possibilidade do então distrito de Santo Antônio do Rio das Mortes não ser emancipado, e tornar-se distrito município de Serra Nova Dourada (recém-emancipado).

Em dado momento a correspondência tinha o ácido teor: "...pode levar à presença do nosso deputado Humberto Bosaipo este abaixo assinado, pois ele como nosso representante por esta região, não pode aceitar tal desrespeito". O documento estava assinado por Valdivino Ribeiro da Silva, Getúlio Pereira da Silva, Osvaldo Borges Rodrigues, Isaías Nogueira Amorim, Agenor R. de Araújo e outros.

O primeiro prefeito eleito do município foi o sr. João de Souza Luz, no pleito de 3 de outubro de 2000.

Em novembro de 2009, a cidade foi a última cidade do Brasil a receber uma agência do [Bradesco](#). Um comercial foi feito e exibido em rede nacional, mostrando imagens de Novo Santo Antônio

Unidades de Conservação

Segundo dados do IBGE, o bioma predominante no município é o cerrado. Porém, o município localiza-se na transição do cerrado e floresta amazônica, apresentando um mosaico de vegetações nativas como os varjões (planícies alagáveis), os campos de murundus (morrotes elevados em planícies alagáveis), formações de cerrado (desde cerradões a campos limpos) e floresta de transição para a amazônica. Esta rica diversidade de formações vegetais levou à criação em 2000 do Parque Estadual do Araguaia na confluência do Rio das Mortes e do Rio Araguaia. O parque ocupa uma área de 230 mil hectares do município. O parque é administrado pela Fundação Estadual do Meio Ambiente do Mato Grosso (FEMA), mas ainda não possui a estrutura ideal de funcionamento e fiscalização, principalmente para evitar as recorrentes queimadas entre julho e setembro. O município de Novo Santo Antônio também abrange parte do Refúgio da Vida Silvestre Corixão da Mata Azul, no sul do município, mas com grande parte da UC em Cocalinho. Estas duas Unidades de Conservação invertem ao município uma grande quantidade de divisas vindas pelo ICMS ecológico, porém, que a prefeitura não precisa reverter para fins específicos de meio ambiente ou serviços sociais.

Referências

1. ↑ ^a ^b [Divisão Territorial do Brasil](#). *Divisão Territorial do Brasil e Limites Territoriais*. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) (01/07/2008). Página visitada em 11/10/2008.
2. ↑ IBGE (10 out. 2002). [Área territorial oficial](#). Resolução da Presidência do IBGE de nº 5 (R.PR-5/02). Página visitada em 05/12/2010.
3. ↑ [Censo Populacional 2010](#). *Censo Populacional 2010*. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) (29 de novembro de 2010). Página visitada em 11/12/2010.
4. ↑ ^a ^b [Produto Interno Bruto dos Municípios 2004-2008](#). Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Página visitada em 11/12/2010

MUNICÍPIO DE ALTO BOA VISTA

Origem: Wikipédia, a enciclopédia livre.³⁵

Alto Boa Vista é um município brasileiro do estado de Mato Grosso. Criado em 19 de Dezembro de 1991, pela Lei Estadual 5.894, o município de Alto Boa Vista foi desmembrado dos municípios de São Félix do Araguaia e Ribeirão Cascalheira. Seu nome foi batizado por Ailon Vieira Diniz, proprietário da Imobiliária Boa Vista, que tencionou montar uma cidade planejada, **formada por posseiros e retirantes** de fazendas vizinhas: Agropasa, Bandeirantes, Gameleira, Azulona, Bordon e Suiá-Miçú. O impulso inicial foi um conjunto de fatores: a construção de grandes graneleiros da Casemat que tornou o local um polo inicial de habitação; a distribuição de lotes baratos ou gratuitos; a extinção de grandes fazendas como a Agropasa e a Suiá. O primeiro Prefeito foi Aldecides Milhomem de Sirqueira, que procedente asfaltamento urbano acentuou a vinda de novos habitantes e investidores urbanos.

Dista da capital Cuiabá 1.063 km. Parte do município, próximo ao Posto da Mata vem sendo disputado por índios Xavantes, que tem trazido intranquilidade política ao Município. Integra a Comarca de São Félix do Araguaia. Habitantes: altoboavistenses. Economia: agricultura, pecuária de corte, comércio.

Localiza-se a uma latitude 11°40'28" sul e a uma longitude 51°23'16" oeste, estando a uma altitude de 0 metros. Sua população, segundo o censo do IBGE de 2007, é de 4.645 habitantes. Possui uma área territorial de 2.242 km².

Referências

- ↑ Histórico de Alto Boa Vista no site do IBGE
- ↑ ^a ^b *Divisão Territorial do Brasil. Divisão Territorial do Brasil e Limites Territoriais*. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) (01/07/2008). Página visitada em 11/10/2008.
- ↑ IBGE (10/10/2002). *Área territorial oficial*. Resolução da Presidência do IBGE de n°5 (R.PR-5/ 02). Página visitada em 5 dez. 2010.
- ↑ *Censo Populacional 2010. Censo Populacional 2010*. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) (29/11/2010). Página visitada em 11/10/2010.
- ↑ *Ranking decrescente do IDH-M dos municípios do Brasil. Atlas do Desenvolvimento Humano*. Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD) (2000). Página visitada em 11/10/2008.
- ↑ ^a ^b *Produto Interno Bruto dos Municípios 2004-2008*. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Página visitada em 11/12/2010

³⁵ Fonte: http://pt.wikipedia.org/wiki/Alto_Boa_Vista.

MUNICÍPIO DE SERRA NOVA DOURADA

Origem: Wikipédia, a enciclopédia livre.³⁶

Serra Nova Dourada é um município brasileiro do estado de Mato Grosso. O município de Serra Nova Dourada foi criado através da Lei Estadual nº. 7.172, de 30 de setembro de 1999, de autoria dos deputados Jorge Abreu e Humberto Bosaipo, com território desmembrado dos municípios de Alto Boa Vista e São Félix do Araguaia. Em 22 de junho de 1995, a Comissão Pró-Emancipação do então distrito de Serra Nova, pertencente ao município de Alto Boa Vista, enviou correspondência à Assembleia Legislativa de Mato Grosso. O documento era assinado pelo presidente da Comissão, Sr. Manoel de Jesus Jorge da Silva e por mais de uma centena de eleitores da localidade, que queriam ver o distrito emancipado "...vêm requerer a abertura de processo de criação do município, ouvida a Comissão de Revisão Territorial dessa Casa de Leis". Dentre a inúmeras assinaturas, as dez primeiras eram as de Helena Roberto da Fonsêca, José Martins da Fonseca, Antônio Luiz Campos Macedo, Domingos da Silva Santos, Aldenor Pereira Guimarães, Amarílio Ribeiro do Nascimento, Antônio dos Santos Costa, Antônio Barros Milhomem, Raimundo Pinheiro Barros, Protácio da Silva Ribeiro. À denominação de Serra Nova foi acrescentado o termo "Dourada", por sugestão da própria comunidade ficando Nova Serra Dourada, para evitar duplicidade de nomes, o que é proibido por lei. Nas eleições municipais de 3 de outubro de 2000, o primeiro prefeito eleito do lugar foi o Sr. Marcos Roberto Reinart.

Geografia

O município localiza-se na região Nordeste do estado. Serra Nova Dourada possui uma área territorial de 1.479,89 km². Possui 1,3 mil habitantes e está a uma altitude de 290 metros acima do nível do mar. O município dista 2.297 km do Porto de Paranaguá e 1.952 km do Porto de Santos. A média das temperaturas é de 24 graus centígrados. Sua população estimada em 2001 era de 1.244 habitantes.

Referências

- ↑ ^a ^b *Divisão Territorial do Brasil. Divisão Territorial do Brasil e Limites Territoriais*. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) (01/07/2008). Página visitada em 11/10/2008.
- ↑ IBGE (10/10/2002). *Área territorial oficial*. Resolução da Presidência do IBGE de nº5 (R.PR-5/02). Página visitada em 05/12/2010.
- ↑ *Censo Populacional 2010. Censo Populacional 2010*. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) (29/11/2010). Página visitada em 11/12/2010.
- ↑ ^a ^b *Produto Interno Bruto dos Municípios 2004-2008*. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Página visitada em 11/12/2010.

³⁶ http://pt.wikipedia.org/wiki/Serra_Nova_Dourada.

MUNICÍPIO DE SÃO FÉLIX DO ARAGUAIA

Origem: Wikipédia, a enciclopédia livre.³⁷

São Félix do Araguaia é um município brasileiro do estado de Mato Grosso. Localiza-se a uma latitude 11°37'02" sul e a uma longitude 50°40'10" oeste, estando a uma altitude de 195 metros. Sua população estimada em 2007 pelo IBGE era de 10.713 habitantes. Possui uma área de 19.009,7 km².

Em 23 de maio de 1941 desembarcava no rio Araguaia, em território mato-grossense, a família de Severiano Neves, acompanhada de outras famílias provenientes do estado do Pará, em busca de um futuro melhor. Iniciando-se assim um novo povoado, próximo a Santa Izabel do Morro, antiga morada dos índios carajás, habitantes milenares do rio Araguaia e da Ilha do Bananal.

A denominação de São Félix foi dada pelo bispo D. Sebastião Thomaz Câmara, no dia 20 de novembro de 1942. A invocação a São Félix provinha do sofrimento do povo na conquista de uma terra povoada por nações indígenas, região de tensão social. Tomaram São Félix por padroeiro, acreditando que os protegia contra os índios xavantes, que habitavam a região e faziam incursões sobre o nascente povoado, pois não admitiam a ocupação de seu território.

Na margem direita do rio Araguaia vivia o pacífico povo indígena carajás. Com a descida dos índios xavantes para o sul, a partir de 1945, registrou-se maior tranquilidade entre os colonos.

São Félix, por ser uma região lindamente abençoada pela natureza, já foi parada de muitos notáveis brasileiros, que aqui aportaram com suas caravanas, para descansar das longas viagens pelo rio Araguaia, como Getúlio Vargas, Juscelino Kubitschek, Couto Magalhães e Carmo Bernardes, entre outros.

Juscelino Kubitschek foi um dos amantes do Araguaia e de São Félix. Getúlio Vargas, em 1942, construiu uma base militar da FAB na ilha. Mais tarde, Juscelino fez um belíssimo hotel para acomodar ilustres visitantes, o hotel JK, hoje destruído, mas ainda espelhando um tempo alegre e esperançoso.

A lei nº 163, de 25 de outubro de 1948, criou o distrito de São Félix com território vinculado ao município de Barra do Garças. Em 1963, uma lei propôs a criação do município, tendo sido vetada pelo executivo estadual. Em 13 de maio de 1976, através da lei estadual nº 3689, foi criado o município de São Félix do Araguaia.

Foi seu primeiro prefeito o senhor Severiano Neves, seguindo-se Aldenor Milhomem, José Pontim, José Antônio de Almeida (Bau), Miguel Milhomem, Uslei Gomes, João Abreu Luz e, atualmente, Filemon Limoeiro.

Referências

- ↑ ^a ^b *Divisão Territorial do Brasil. Divisão Territorial do Brasil e Limites Territoriais*. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) (01/07/2008). Página visitada em 11/10/2008.
- ↑ IBGE (10 out. 2002). *Área territorial oficial*. Resolução da Presidência do IBGE de nº 5 (R.PR-5/02). Página visitada em 5 dez. 2010.
- ↑ *Censo Populacional 2010. Censo Populacional 2010*. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) (29 de novembro de 2010). Página visitada em 11/12/2010.
- ↑ *Ranking decrescente do IDH-M dos municípios do Brasil. Atlas do Desenvolvimento Humano*. Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD) (2000). Página visitada em 11/10/2008.
- ↑ ^a ^b *Produto Interno Bruto dos Municípios 2004-2008*. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Página visitada em 11/12/2010

³⁷ Fonte: http://pt.wikipedia.org/wiki/S%C3%A3o_F%C3%A9lix_do_Araguaia.

MUNICÍPIO DE LUCIARA

Origem: Wikipédia, a enciclopédia livre.³⁸

Luciara é um [município brasileiro](#) do [estado](#) de [Mato Grosso](#). Localiza-se à [latitude](#) 11°13'20" sul e à [longitude](#) 50°40'09" oeste, estando a 197 metros de altitude. Sua população estimada em 2009 era de 2 467 habitantes, distribuídos em 4662,87 km² de área.

Por João Carlos Vicente Ferreira³⁹

História de Luciara

Saiba mais sobre o surgimento da cidade de Luciara

A partir do final da década de cinquenta, iniciou-se a movimentação regional em consequência de projetos colonizadores, que foram incrementados com investimentos e recursos do governo federal.

Neste período Lúcio Pereira da Luz, goiano, liderando alguns companheiros dispostos e com bom espírito de aventura, lançaram-se num batelão através do Rio Araguaia. Procuravam um ponto ideal para formação de um núcleo de povoamento.

Durante o período em que transcorreu a viagem passaram relativa abundância, devido à caça e pesca.

Também ocupavam-se da cata de ovos de tartaruga, uma iguaria regional do Araguaia.

Por fim, após muita andança, arrancharam-se num lugar a que denominaram Mato Verde, que foi o primeiro nome da futura cidade de Luciara.

Neste ponto os colonizadores foram criando estrutura para estabelecimento de um povoado. Fizeram certo alarde do que o lugar oferecia. Muitas famílias ouviram, e estabeleceram-se em Mato Verde.

Com o passar dos tempos o núcleo firmou-se como povoação e Lúcio Pereira da Luz tornou-se o principal líder do lugar.

As ações desenvolvidas pelos pioneiros foram tão importantes para Mato Verde que o povoado mudou de nome, passando a denominar-se Luciara, em homenagem ao goiano.

Em 12 de julho de 1961, foi criado o Distrito de Paz. A Lei Estadual nº 1.940, de 11 de novembro de 1961, criou o município de Luciara.

³⁸<http://pt.wikipedia.org/wiki/Luciara>.

³⁹<http://www.mteseusmunicipios.com.br/NG/conteudo.php?sid=169&cid=485>.

APÊNCE B: HISTORIA DA FAZENDA SUIÁ MISSU

A expulsão dos Xavante⁴⁰

A fazenda Suiá-Missu, na região leste do Mato Grosso, foi criada com a ajuda dos índios Xavante que abriram picadas e pistas de pouso. Terminados os trabalhos, em 1966, a população indígena foi retirada da área à força com o apoio do Sistema de Proteção ao Índio (SPI) - órgão que precedeu a Funai - e levada em aviões da Força Aérea Brasileira para a Missão Salesiana de São Marcos, 400 km ao sul, de onde se dispersaria nos anos seguintes.

Em 1990, representantes do governo italiano (Campagna Nord/Sud) passaram a manter contatos diretos com o grupo Agip Petrolí/Ente Nazionale Idrocarburi (ENI), controlador da Liquigás, subsidiária que se tornou proprietária da Suiá-Missu em 1976. Eles queriam que as terras fossem restituídas a seus donos originais. Nessa época, a fazenda possuía cerca de 500 mil hectares. No começo de 1992, a área indígena, denominada Marãiwatsede, começou a ser oficialmente identificada e, durante a Eco-92, a ENI comprometeu-se publicamente a restituí-la aos índios. Tão logo isso aconteceu, políticos locais contrários à volta dos Xavante à área, organizaram uma invasão ao trecho identificado pela Funai.

Passados 37 anos da expulsão e mais de 10 desde a ocupação, a situação da Terra Indígena Marãiwatsede não mudou muito: embora tenha sido homologada em 1998, vários Grupos de Trabalho criados pela Funai a partir de 1999 não conseguiram promover a volta dos Xavante nem retirar os posseiros.

O estudo *Custo do Desmatamento na Amazônia* do Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (Ipea) mostra que a pecuária na floresta tropical úmida só é rentável se estiver associada a incentivos fiscais e à especulação fundiária. Na prática, só nos anos 1990, a evidência da inviabilidade da agropecuária na Floresta Amazônica fez com que os bancos privados deixassem de financiar esse tipo de empreendimento. A pressão dos latifúndios nas décadas de 1970 e 1980 foi em grande parte impulsionada pelo mercado de especulação de terras, já que muitas fazendas eram improdutivas e acabavam sendo vendidas a preços elevados nos grandes centros do país, como Rio de Janeiro e São Paulo. Nesses períodos, foi comum uma terra ser vendida várias vezes a pessoas diferentes.

Durante todo o período de ação da Sudam nessa região (1966-1985), os dados de concentração fundiária atingiram índices inéditos, gerando uma imensidão de trabalhadores sem terra. Para os agricultores pobres e sem terra ficava a opção de ocupar as áreas improdutivas na categoria de posseiro, conforme aponta o geógrafo Ariovaldo Umbelino, professor do departamento de Geografia da Universidade de São Paulo, à reportagem do ISA.

⁴⁰ <http://www.socioambiental.org/esp/soja/7bx1.shtm>.

