UNIVERSIDADE ESTADUAL DE LONDRINA

STELA MARIS LOPES SANTINI

A GESTÃO DO TRABALHO NO SUS EM MUNICÍPIOS DE PEQUENO PORTE

Londrina
2018

STELA MARIS LOPES SANTINI

A GESTÃO DO TRABALHO NO SUS EM MUNICÍPIOS DE PEQUENO PORTE

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação Stricto Sensu em Saúde Coletiva da Universidade Estadual de Londrina para obtenção do título de Doutora em Saúde Coletiva

Orientadora: Profª. Drª
Elisabete de Fátima Polo de Almeida Nunes

Londrina
2018

STELA MARIS LOPES SANTINI

A GESTÃO DO TRABALHO NO SUS EM MUNICÍPIOS DE PEQUENO PORTE

Tese para obtenção do título de Doutora em Saúde Coletiva.

BANCA EXAMINADORA

_____

Orientadora: Profª. Drª
Elisabete de Fátima Polo de Almeida Nunes.
Universidade Estadual de Londrina - UEL

_____

Profª. Drª. Brígida Gimenez Carvalho
Universidade Estadual de Londrina - UEL

_____

Profª. Drª. Regina Célia Rodrigues Gil
Universidade Estadual de Londrina - UEL

_____

Prof. Dr. Mario Dal Poz
Universidade do Estado do Rio de Janeiro - UERJ

_____

Prof. Dr. Christian Mendez Alcântara
Universidade Federal do Paraná - UFPR

Londrina, 14 de setembro de 2018.

Dedico esta tese aos meus familiares. Meu pai, Antonio Lopes Pineda, passou pela transição antes de eu ter concluído o mestrado. Um pai que deixou o exemplo do gosto pela leitura e que acreditava sempre em um mundo melhor. Minha querida mãe que, aos 91 anos, continua zelando pelos filhos e netos e que mantém unida a família com sua força física e mental. O desejo de que sempre tenham orgulho de mim continua a me inspirar.

GRATIDÃO

Ao Deus do meu coração pelas graças concedidas.

Aos colegas da Secretaria Estadual de Saúde e, em especial da 16ª Regional de Saúde de Apucarana, grandes incentivadores e colaboradores.

Aos amigos por acreditarem neste sonho e vibrarem a cada etapa concluída.

Às equipes gestoras das Secretarias Municipais de Saúde da Macrorregião Norte do Estado do Paraná pela acolhida e disposição em colaborar com nossas pesquisas. Espero que eu tenha sido feliz em traduzir suas experiências e desafios, e que esta pesquisa possa lhes trazer mais esperança nesse caminhar.

A toda equipe Departamento de Saúde Coletiva e da Seção de Pós-Graduação do Centro de Ciências da Saúde (CCS) da Universidade Estadual de Londrina (UEL), da qual tenho muito orgulho de fazer parte enquanto discente e membro de grupo de pesquisas.

Às queridas colegas do grupo de pesquisa que se tornaram amigas, Carolina Milena Domingos, Elisangêla Pinafo, Camila Ribeiro, Sonia Cristina Stefano Nicoletto e Maria Carolina Bot Bonfim. Percorremos um longo e prazeroso trecho juntas, o que consolidou nossa amizade

À minha orientadora-amiga, Profª. Elisabete de Fátima Polo de Almeida Nunes. Sem palavras para agradecer toda confiança, paciência e dedicação para comigo.

À Professora e coordenadora do nosso Projeto de Pesquisa, Brigida Gimenez Carvalho, grande referência em competência, determinação e generosidade.

Ao Professor Luiz Cordoni Junior “in memorian”, nosso grande incentivador no grupo de pesquisas. Exemplo de sabedoria e de humildade, característica dos grandes homens.

Aos membros da banca examinadora, pelos diferentes olhares e perfeitas contribuições.

A toda minha família, especialmente minhas amadas filhas, Isis e Isabele e meu amado esposo, Antonio, por tudo que representam em minha vida e por estarem sempre ao meu lado.

Pela oportunidade de estudar. Espero que todos trabalhadores a tenham, possam desfrutar e retribuir em melhorias para nossa população.

Onde a mente é livre de medo e a cabeça se mantém erguida
Onde o conhecimento é livre
Onde o mundo não foi retalhado em fragmentos
por estreitas paredes domésticas
Onde as palavras emergem das profundezas da verdade
Onde o esforço incansável estende os braços em direção à perfeição
Onde o claro rio da razão não perdeu o rumo
nas tristes areias desertas dos hábitos estagnados;
Onde a mente é impelida por ti
rumo ao pensamento e à ação cada vez mais amplos
Nesse paraíso de liberdade. Pai, permita que meu país desperte.

Rabindranath Tagore

SANTINI, Stela Maris Lopes. **A Gestão do Trabalho no SUS em Municípios de Pequeno Porte**. 2018. 203 p. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – Universidade Estadual de Londrina, Londrina, 2018.

RESUMO

Este estudo teve o objetivo de compreender a gestão do trabalho no SUS em Municípios de Pequeno Porte (MPP) por meio da análise da organização da gestão do trabalho, dos instrumentos utilizados para provimento e fixação dos trabalhadores e sua interface com os modelos de administração/gestão pública. Faz parte da pesquisa denominada "A gestão do trabalho no SUS em MPP do Paraná a partir do olhar da Equipe Gestora", Chamada Pública de Projetos 04/2012-Programa de Pesquisa para o Sistema Único de Saúde (PPSUS): Gestão Compartilhada em Saúde, Edição 2011. O estudo foi desenvolvido nos MPP da macrorregião norte do Estado do Paraná, utilizando abordagem quantitativa e qualitativa. A coleta de dados ocorreu em três movimentos, sendo o primeiro o levantamento da composição das Equipes Gestoras (EG) da saúde; o segundo foi realizado por meio de entrevista estruturada para caracterização do perfil dos Responsáveis pela Área de RH/GT, no período de novembro/2013 a outubro/2014; e o terceiro abordou aspectos sobre a gestão do trabalho e dos instrumentos de gestão utilizados. Os dados foram obtidos por meio de encontros com representantes das equipes gestoras (REG), durante o curso "A gestão da força de trabalho no SUS em MPP", realizado no período de março a junho de 2015. Foi possível entrevistar 73 responsáveis pela área de RH/GT durante o segundo movimento. Destes, 50 (68,5%) encontravam-se atuando nas prefeituras e 23 (31,5%) nas secretarias municipais de saúde. Mesmo que os responsáveis pela área de RH/GT estivessem centralizados nas prefeituras, as EG da saúde também executavam ações nessa área. Dentre as potencialidades da gestão do trabalho em MPP, foram destacadas a pouca distância física entre as secretarias municipais e a autonomia para adesão a programas. As fragilidades foram relacionadas à falta de autonomia para: provimento das equipes, deliberação para pagamento de direitos trabalhistas e definição para alocação de servidores. Os Planos de Carreira, Cargos e Salários (PCCS) não eram específicos para a área da saúde e geralmente não vinculavam todos os seus servidores. Os MPP possuíam oferta de profissionais de saúde em seus próprios territórios. No entanto, determinados programas corriam o risco de ter seus incentivos financeiros suspensos por dificuldades de provimento de determinadas categorias profissionais. Algumas legislações foram destacadas como limitadoras para o provimento de pessoal, sendo elas a Lei de Responsabilidade Fiscal (LRF) e a Emenda Constitucional (EC) n. 41/2003. As formas de seleção frequentemente aplicadas nos MPP foram os concursos públicos e os testes seletivos; as admissões por estatuto, emprego público, contratos, credenciamentos e cargos comissionados. A categoria médica foi considerada como a de maior dificuldade para provimento. Com a adesão ao Programa Mais Médicos (PMM) foi atendida a expectativa de provimento dessa categoria. A rotatividade dava-se mais frequentemente em situações de: vínculos não estáveis, não inserção a PCCS, exigência de cumprimento de carga horária contratual e baixos vencimentos. Desenvolviam-se ações que contribuíam para a fixação dos profissionais, dentre elas, a preferência por contratação de profissionais já residentes nos municípios e concessão de plantões ou de vínculos adicionais. Concluiu-se que a gestão do trabalho dos MPP ainda apresenta resquícios da Administração Pública Patrimonial (APP); as características da Administração

Pública Burocrática (APB) mostraram-se evidentes nos controles e nas formalidades dos processos de trabalho, e as influências da Administração Pública Gerencial (APG) estão sendo vivenciadas nos múltiplos vínculos, em outras formas de flexibização e na legislação.

Palavras-chave: Gestão do Trabalho; Recursos Humanos em Saúde; Administração Pública; Sistema Único de Saúde; Modelos Gerenciais.

SANTINI, Stela Maris Lopes. **The Management of Work in Unified Health System in Smal Municipalities.** 2018. 203 f. Thesis (Doctorate in Plubic Health – State University of Londrina - Londrina, 2018.

ABSTRACT

The objective of this study was to understand the management of work in the Unified Health System work in Small Municipalities through the analysis of the organization of work management, the instruments used to provision and fixing the workers, and their interface with the management models in public administration. It is part of the research called "Management of work in the Unified Health System in Small Municipalities of Paraná from the look of the Management Team", Public Call for Projects 04/2012-Research Program for the Unified Health System: Shared Health Management, Edition 2011.The study was developed in Small Municipalities of the northern macro-region of the State of Paraná, using quantitative and qualitative approach. The data collection took place in three movements, the first one being the survey of the composition of the Health Management Teams; the second was carried out by means of a structured interview to characterize the profile of the Responsible for the Human Resources area, from Nov/2013 to Oct/2014; and the third one addressed aspects of work management, whose data were obtained through the course "Management of the workforce in Unified Health System in Small Municipalities" with the Representatives of the Management Teams, from March to June 2015. It was possible to interview 72 Responsible public servers for the area of Human Resources. Of these, 49 (68.1%) were working in prefectures and 23 (31.9%) were in the municipal health secretariats. Even though those responsible for the Human Resources sector were centralized in the prefectures, health Management Team also performed actions in this area. Among the potentialities of the work management in the Unified Health System in Small Municipalities, the physical distance between the municipal secretariats and autonomy for adherence to programs was highlighted. The weaknesses were related to the lack of autonomy for: provision of the teams; deliberation for payment of labor rights and definition for server allocation. Career Plans, Charges and Wages were not specific to the health area and generally did not bind all of their servers. Small Municipalities were offered health professionals in their own territories however certain programs took the risk of having their financial incentives suspended due to difficulties in providing, especially in the medical category. Some legislation has been highlighted as limiting the provision of personnel, being the Fiscal Responsibility Law and Constitutional Amendment n. 41/2003. The forms of selection frequently applied in Small Municipalities were public tenders and selective tests; and admissions by statute; public employment, contracts, accreditation and commissioned positions. The medical category was considered the most difficult to fulfill. With the adhesion to the Program More Physicians, the expectation of this category in the Small Municipalities studied was met. The rotation was more frequent in situations of unstable links, without Career Plans, Charges and Wages, requirement of compliance with contractual workload and low salaries. Actions were developed that contributed to the fixation of the professionals, among them the preference for hiring professionals already residents in the municipalities and the granting of shifts or additional ties. It was concluded that the work management of the Small Municipalities still presents remnants of the Patrimonial Public Administration; the characteristics of the Bureaucratic Public Administration were more evident in the controls and formalities

of the work processes, and the influences of the Public Managerial Administration were being experienced in multiple links and other forms of rule relaxation and in the legislation.

Key-words: Labor Management; Human Resources in the Health Sector; Public Administration; Management Models.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - As características da Burocracia segundo Weber.....36
Figura 2 - Mapa do Estado do Paraná e o contorno das Regionais de Saúde.....77
Figura 3 - Fluxograma da obtenção de dados, 2014-2015.....84
Figura 4 - Síntese das Atividades de Gestão do Trabalho desenvolvidas pelas equipes dos Municípios de Pequeno Porte da Macrorregião Norte do Estado do Paraná, 2016.....99

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Distribuição dos municípios da Macrorregião Norte do Estado do Paraná, SESA, conforme porte populacional, 2010 78

Tabela 2 - Distribuição dos MPP e dos responsáveis pela área de RH/GT segundo Regionais de Saúde da Macrorregião Norte do Estado do Paraná, 2014 81

Tabela 3 - Perfil dos responsáveis pela área de RH/GT nos Municípios de Pequeno Porte da Macrorregião Norte do Estado do Paraná, quanto a sexo, faixa etária e escolaridade, conforme local de atuação, 2014 87

Tabela 4 - Distribuição dos cursos de graduação dos responsáveis pela área **..**de RH/GT nos Municípios de Pequeno Porte da Macrorregião Norte do Estado do Paraná, 2014.....88

Tabela 5 - Distribuição dos cursos de especialização dos responsáveis pela área de RH/GT nos Municípios de Pequeno Porte da Macrorregião Norte do Estado do Paraná, 2014.....89

Tabela 6 - Distribuição dos responsáveis pela área de RH/GT nos Municípios **.**de Pequeno Porte da Macrorregião Norte do Estado do Paraná, segundo tempo de atuação na função de gestão, 2014 90

Tabela 7 - Distribuição dos responsáveis pela área de RH/GT, segundo percepção de preparo para atuação na função de gestão nos Municípios de Pequeno Porte da Macrorregião Norte do Estado do Paraná, 2014 91

Tabela 8 - Distribuição dos responsáveis pela área de RH/GT, segundo faixa salarial, nos Municípios de Pequeno Porte da Macrorregião Norte do Estado do Paraná, 2014.....92

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Comparativo entre as Reformas Administrativas tradicionais e as recentes 48

Quadro 2 – Capacidade instalada na área da saúde Macrorregião Norte do Estado do Paraná, por Regional de Saúde – SESA 79

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABS	**Atenção Básica à Saúde**
ACE	**Agente de Controle de Endemias**
ACS	**Agente Comunitário de Saúde**
ADIN	**Ação Direta de Inconstitucionalidade**
APB	**Administração Pública Burocrática**
APG	**Administração Pública Gerencial**
APP	**Administração Pública Patrimonialista**
APSUS	**Programa de Qualificação da Atenção Primária à Saúde**
CAPS	**Centro de Atenção Psicossocial**
CF	**Constituição Federal**
CLT	**Consolidação das Leis Trabalhistas**
CNES	**Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde**
CNS	**Conselho Nacional de Saúde**
EC	**Emenda Constitucional**
EG	**Equipe Gestora**
EPS	**Educação Permanente em Saúde**
ESF	**Estratégia Saúde da Família**
FG	**Função Gratificada**
FTS	**Força de Trabalho em Saúde**
GT	**Gestão do Trabalho**
LC	**Lei Complementar**
LRF	**Lei de Responsabilidade Fiscal**
MARE	**Ministério da Administração e Reforma do Estado**
MP	**Ministério Público**
MPP	**Municípios de Pequeno Porte**
MS	**Ministério da Saúde**
NASF	**Núcleo de Apoio à Saúde da Família**
NGP	**Nova Gestão Pública**
OS	**Organização Social**
OSCIP	**Organização da Sociedade Civil de Interesse Público**
PAS	**Programação Anual de Saúde**
PCCS	**Plano de Carreiras, Cargos e Salários**

PDRAE	**Plano Diretor da Reforma do Aparelho do Estado**
PF	**Pessoa Física**
PJ	**Pessoa Jurídica**
PMAQ	**Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica**
PMM	**Programa Mais Médicos**
PMS	**Plano Municipal de Saúde**
PROGESUS	**Programa de Qualificação e Estruturação da Gestão do Trabalho e da Educação no SUS**
PROVAB	**Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica**
PSF	**Programa Saúde da Família**
REG	**Representantes das Equipes Gestoras**
RAG	**Relatório Anual de Gestão**
RH	**Recursos Humanos**
RJU	**Regime Jurídico Único**
RS	**Regional de Saúde**
SAMU	**Serviço de Atendimento Móvel de Urgência**
SESA-PR	**Secretaria de Estado da Saúde**
SUS	**Sistema Único de Saúde**
TCE	**Tribunal de Contas do Estado**
TCU	**Tribunal de Contas da União**
VIGIASUS	**Programa Estadual de Qualificação da Vigilância em Saúde do Estado do Paraná**

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO 17
Como nossos caminhos se cruzaram: uma breve apresentação 17
1 INTRODUÇÃO 20
2 OBJETIVOS 25
2.1 Geral 25
2.2 Específicos 25
3 REFERENCIAL TEÓRICO 26
3.1 Administração Pública 26
3.2 Modelos de Administração/Gestão Pública 28
3.2.1 Administração Pública Patrimonialista (APP) 29
3.2.2 Administração Pública Burocrática (APB) 32
3.2.3 Administração Pública Gerencial (APG) 40
3.3 Reformas Administrativas 45
3.3.1 As Reformas Administrativas no Brasil 48
3.4 Gestão do SUS 58
3.4.1 Gestão do trabalho em saúde 63
3.4.1.1 Provimento dos cargos públicos 68
3.4.1.2 Regime jurídico de pessoal 70
3.4.1.3 Remuneração do servidor público 71
3.4.1.4 Efetividade e estabilidade do servidor público 72
3.4.1.5 Plano de Carreira, Cargos e Salários (PCCS) 73
3.4.1.6 Vínculo de trabalho precário 75
4 METODOLOGIA 77
4.1 Local de Estudo 77
4.2 População de Estudo 80
4.3 Obtenção e Análise dos Dados 80
4.3.1 Movimento 1: desvendando a equipe gestora 80
4.3.2 Movimento 2: ouvindo as equipes gestoras 81
4.3.3 Movimento 3: analisando a gestão do trabalho em municípios de pequeno porte 82
4.4 Aspectos Éticos e de Biossegurança 84
5 RESULTADOS E DISCUSSÃO 86
5.1 Responsáveis pela área de Recursos Humanos/Gestão do Trabalho

(RH/GT) nos Municípios de Pequeno Porte (MPP) da Macrorregião Norte do Paraná 86
5.2 Organização da Gestão do Trabalho nos Municípios de Pequeno Porte (MPP) 95
5.2.1 Características da gestão do trabalho nos Municípios de Pequeno Porte (MPP) 96
5.2.2 Potencialidades e fragilidades da gestão do trabalho em MPP 100
5.3 Provimento e Fixação de Trabalhadores nos Municípios de Pequeno Porte (MPP) 107
5.3.1 O provimento da força de trabalho nos MPP 108
5.3.1.1 Legislações limitadoras para o provimento 110
5.3.1.2 Modalidades de seleção 112
5.3.1.3 Formas de admissão 115
5.3.2 Rotatividade da força de trabalho nos MPP 119
5.3.3 Estratégias de fixação desenvolvidas pelos MPP 122
5.3.4 Plano de Carreiras, Cargos e Salários (PCCS) como instrumento de fixação 124
5.3.5 A categoria médica 127
5.3.5.1 Programa Mais Médicos (PMM) 132
5.4 Expectativas dos Representantes das Equipes Gestoras dos Municípios de Pequeno Porte (MPP) na Área de Gestão do Trabalho 135
5.5 Revisitando os Resultados à Luz de Diferentes Olhares 139
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS 169
REFERÊNCIAS 175
APÊNDICES 193
APÊNDICE A - TERMO DE AUTORIZAÇÃO INSTITUCIONAL 194
APÊNDICE B - Identificação da Equipe Gestora pelo(a) Secretário(a) Municipal de Saúde 195
APÊNDICE C - INSTRUMENTO PARA CARACTERIZAÇÃO DA EQUIPE GESTORA 196
APÊNDICE D - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO 200
ANEXO 201
ANEXO A - PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA ENVOLVENDO SERES HUMANOS Nº 146/2012 202

APRESENTAÇÃO

Como nossos caminhos se cruzaram: uma breve apresentação

Sou servidora da Secretaria Estadual de Saúde do Paraná – SESA, lotada na equipe regional da 16ª Regional de Saúde (RS). Ingressei no serviço público no final da década de 1980, mais precisamente em 1989, para atuar como administradora do hemonúcleo desta Regional, quando da expansão desses serviços no Estado do Paraná. Permaneci nesta unidade até o final do ano de 1993, quando passei a trabalhar na equipe regional, onde me encontro até a presente data.

Iniciei a trajetória na equipe regional na antiga seção de administração de recursos humanos, hoje denominada de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde (1994-2010), depois, na divisão administrativa (2011-2017). Concomitantemente, me envolvi em outras atividades, como Conselheira de Saúde (2002-2013) e Presidente do Conselho Municipal de Saúde de Apucarana por dois mandatos; Coordenadora do Polo Regional de Educação Permanente em Saúde (2004-2010); Tutora do Curso de Especialização em Saúde do Trabalhador e Ecologia Humana -Turma Paraná (2016-2017) pela Escola Nacional de Saúde Pública/FIOCRUZ, dentre outras funções. Minha ligação com a área de gestão do trabalho vem, portanto, desde o início da carreira no serviço público.

. Na equipe regional acompanhei os impactos advindos da implantação das equipes do Programa Saúde da Família (PSF), que propunha uma nova maneira de se trabalhar a atenção básica nos municípios com vistas à transformação das práticas de saúde e do modelo assistencial. Como era uma novidade, os gestores municipais sentiam dificuldades para organizar a seleção, admissão e capacitação dessas equipes para o trabalho. Pairava também a preocupação com as restrições para o aumento das despesas com pessoal, e a insegurança quanto à legalidade dos vínculos de trabalho e o prosseguimento do financiamento federal para esse programa. Por vezes, a equipe regional era acionada para orientar nesse processo, mas nem sempre dispunha de respostas para essas questões.

Assim, ao ser admitida no Mestrado Profissional em Gestão e Sistemas de Saúde em 2008, o meu objeto de estudo foi entender como se dava a gestão do trabalho na Estratégia Saúde da Família nos Municípios de Pequeno Porte (MPP) da

16ª Regional de Saúde de Apucarana, que correspondiam a mais de 80,0% dos municípios da área, e apresentavam uma riqueza de experiências em gestão do SUS. A escolha do estudo nessas localidades ocorreu durante uma das atividades do curso quando uma das professoras sinalizou a importância de se realizar estudos com municípios pequenos, pois representavam uma grande parcela dos municípios do nosso país e com poucas pesquisas disponíveis sobre suas especificidades. E assim foi.

Durante a pesquisa, ao percorrer os municípios e ouvir os profissionais das equipes da Estratégia Saúde da Família (ESF) para identificar e analisar as modalidades de seleção, admissão e outras questões que afetavam a gestão do trabalho, percebi a disposição daqueles trabalhadores em relatar suas carências e condições de trabalho e também um interesse em melhor entender tais questões. Com satisfação, concluí que a maior parte daquelas equipes havia sido admitida diretamente pelos municípios e que a precarização dos vínculos era menor do que eu esperava.

O estudo em pequenos municípios despertou a atenção de professores do Departamento de Saúde Coletiva da Universidade Estadual de Londrina (UEL) e fui convidada para compor um grupo de pesquisa liderado pelos professores Elisabete de Fátima Polo de Almeida Nunes, Brígida Gimenez Carvalho e Luiz Cordoni Junior para ampliar o estudo sobre essas localidades. Em 2009, o grupo submeteu um projeto ao edital de Financiamento da Fundação Araucária: Programa Pesquisa para o SUS: gestão compartilhada em saúde – PPSUS, sobre a “Gestão do Processo de Trabalho na Rede de Atenção Básica de Saúde em Municípios de Pequeno Porte (MPP) da Região Norte do Paraná”. O projeto foi aprovado e, desde então, os municípios de até 20 mil habitantes têm sido estudados por diferentes alunos do programa de pós-graduação em saúde coletiva, bem como os de graduação e iniciação científica do Curso de Enfermagem e Medicina da UEL.

Em 2012, foi apresentado e aprovado outro projeto de pesquisa denominado “A Gestão do Trabalho no SUS em Municípios de Pequeno Porte do Paraná a partir do Olhar da Equipe Gestora”. Ao ingressar no doutorado, em 2014, e por estar participando do grupo de pesquisa, as perguntas e inquietações que me mobilizavam ainda eram sobre a gestão do trabalho no SUS, dessa vez para entender como se desenvolvia na macrorregião norte do Estado do Paraná na perspectiva das equipes gestoras e da Administração Pública e seus modelos de

gestão.

Optei por essa delimitação, uma vez que é compatível com minha área de formação e por sentir que ainda existiam muitas lacunas a serem estudadas e melhor compreendidas, como: quais os reflexos das reformas administrativas nesses municípios, quais estratégias eram desenvolvidas na gestão do trabalho e como eram assimiladas no interior das equipes.

Dessa forma, esta tese foi organizada inicialmente destacando a importância do SUS, da Gestão do Trabalho, dos modelos de gestão pública e da interdependência desses temas (capítulo 1, Introdução). No capítulo 2 encontram-se o Objetivo Geral e os Específicos. O Referencial Teórico, no capítulo 3, foi construído mediante os conceitos de administração/gestão pública e seus modelos gerenciais, Administração Pública Patrimonial (APP), Administração Pública Burocrática (APB) e Administração Pública Gerencial (APG); como se deram as reformas administrativas no Brasil e em outros países; e os conceitos de gestão da saúde, trabalho na saúde e gestão do trabalho, incluindo legislações comentadas sobre provimento, Plano de Carreiras e outros correlatos. Na sequência, na metodologia (Capítulo 4), estão os caminhos percorridos para o desenvolvimento do estudo, a forma de obtenção dos dados, a população e os locais de estudo.

No Capítulo 5 estão os Resultados e a Discussão, a partir das características dos Responsáveis pela área de RH/GT, suas condições na área de Gestão do Trabalho e a relação desses profissionais quanto aos principais programas, redes de atenção e instrumentos de gestão do SUS, dados extraídos mediante a pesquisa quantitativa. Ainda nesse capítulo, para entender como se dava a gestão do trabalho nesses municípios a partir do olhar das equipes gestoras, constam: como a área de Gestão do Trabalho estava estruturada nos municípios, suas características, potencialidades e fragilidades; como se dava o provimento e a fixação dos trabalhadores da saúde; quais as expectativas dos Representantes das Equipes Gestoras (REG) com relação ao tema e, para concluir esse capítulo, redigi a rediscussão dos resultados mais relevantes. Finalmente, no Capítulo 6, encontram-se as Considerações Finais sobre o estudo e seu contexto.

A expectativa deste estudo é que possa colaborar para um maior entendimento sobre a Gestão do Trabalho no SUS nos MPP e, consequentemente, na qualificação de sua gestão, isto é, na forma de gerir e gerar o Sistema Único de Saúde (SUS), objeto principal de nossa atuação.

1 INTRODUÇÃO

O Sistema Único de Saúde (SUS) é um dos maiores sistemas públicos de saúde do mundo e o único a garantir assistência integral e completamente gratuita para a totalidade da população brasileira, abrangendo os 5.570 municípios brasileiros, distribuídos pelos 27 estados. Sua constituição representou uma nova forma de pensar, estruturar e produzir serviços e assistência em saúde, tendo em vista os princípios da universalidade de acesso, da integralidade da atenção, da equidade, da participação popular e da descentralização que se tornaram paradigmas do SUS. O grande desafio tem sido transformar esses princípios em prática diária nos serviços de saúde, o que deveria ser considerado prioritário para os governos, em todos os níveis de gestão, através da criação de mecanismos e de estratégias que superem os nós críticos da organização e gestão da atenção à saúde (MACHADO; OLIVEIRA; MOYSES, 2011; RIZOTTO, *et al*., 2014).

Muito se tem falado das características próprias do setor saúde e da sua expressiva expansão pós anos 1990, tanto em número de postos de trabalho como de categorias profissionais envolvidas pelas novas modalidades de estratégias, programas e tipos de equipes, e cujo incremento deu-se basicamente no âmbito municipal. Outra particularidade é o uso intenso e diversificado de mão de obra, o que faz o setor absorver com muita rapidez as transformações do mercado de trabalho em geral, e reforça a importância do trabalho e do trabalhador em saúde (MACHADO; OLIVEIRA; MOYSES, 2011; NUNES *et al.,* 2015).

As instituições públicas enfrentam situações complexas para gestão do trabalho. Isto exige, cada vez mais, a adoção de estratégias voltadas para a melhoria das condições e relações de trabalho, pois é uma área permeada por conflitos que interferem na qualidade da prestação dos serviços de saúde. No Brasil, as instituições de saúde passam por intensas dificuldades e os problemas relativos à gestão e formação de recursos humanos tornam-se um dos principais fatores que levam à desqualificação dos serviços. Por isso, essas instituições têm evidenciado que a gestão do trabalho é um tema que necessita de maior dedicação, despertando para a adoção de estratégias que possam ajudar a melhor solucionar possíveis distorções existentes no gerenciamento da força de trabalho (BRASIL, 2009a).

Ainda assim, constata-se que há uma multiplicidade de políticas e de modos para a gestão de pessoal no SUS. A União, Estados e Municípios têm se utilizado de

regras próprias e diferentes mecanismos de contratação. Tendo em vista restrições orçamentárias, dificuldades jurídicas e gerenciais para a gestão do trabalho no Brasil, reproduziu-se, na administração pública sanitária, a cultura de improvisação e de precarização das relações de trabalho (WAGNER, 2018).

Para a consolidação do SUS devem ser empreendidos avanços na área de gestão do trabalho, o que exige desprendimento e disposição de gestores, trabalhadores e usuários. É necessário reconsiderar a forma de tratamento que se vem dispensando à força de trabalho em saúde, repensar o processo de trabalho e democratizar suas relações, rever as modalidades de admissão/contratação no SUS, e, também, instituir metas de boas práticas, além de reestruturar a gestão do trabalho em saúde (ASSUNÇÃO, 2012).

Como estratégia para superar a fragmentação da atenção e da gestão nas Regiões de Saúde e aperfeiçoar o funcionamento político-institucional, foram estabelecidas diretrizes para a organização das Redes de Atenção à Saúde (RAS) no SUS. Para esse contexto foram apontados vários obstáculos na área de gestão do trabalho para o sucesso de tal intento, entre eles o grave problema de precarização do trabalho em saúde, a carência em número de profissionais alinhados com as políticas públicas e a propagação dos serviços nos municípios (BRASIL, 2010a).

Mais recentemente, a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), lançada no ano de 2017, detalhou responsabilidades comuns a todas as esferas de governo na área da gestão do trabalho, como: desenvolvimento de mecanismos de qualificação da força de trabalho para gestão e para a atenção à saúde; criação de estímulos e viabilização da formação; implementação da Educação Permanente em Saúde (EPS) e da educação continuada de profissionais e estudantes; garantia de direitos trabalhistas e previdenciários, com qualificação dos vínculos de trabalho; e implantação de carreiras que associem desenvolvimento do trabalhador com qualificação dos serviços ofertados às pessoas; garantia do provimento e estratégias de fixação de profissionais de saúde; promoção de intercâmbio de experiências entre gestores e entre trabalhadores; e garantia de espaços físicos e ambientes adequados (BRASIL, 2017).

Em nível local, a promulgação da Constituição Federal de 1988 (CF), além da criação do SUS, implicou em outras importantes mudanças na gestão pública municipal, pois os municípios tornaram-se autônomos e foram transformados de

simples “administradores locais” para “governos locais”. Essa desconcentração intensificou-se sob a forma de descentralização (REZENDE E PEREIRA, 2013), processo este que ficou conhecido como municipalização.

Os Municípios de Pequeno Porte (MPP) geralmente necessitam de políticas específicas adequadas ao seu porte, devido à carência de estrutura para o planejamento e à baixa capacidade de gestão urbana para exercer a competência municipal constitucional (BRASIL, sd). Também podem apresentar necessidades e carências para a implementação de ações de saúde tais como otimização da estrutura física, falta de recursos materiais, apoio diagnóstico deficiente, acesso a novas tecnologias médicas e escassez de profissionais especializados, principalmente pela baixa remuneração e outras deficiências peculiares do interior do país (LIMA, 2000). Os MPP representam 69,0% dos municípios brasileiros e 76,7% dos municípios do Estado do Paraná (IBGE, 2014).

Os MPP, ao estruturarem a Atenção Básica à Saúde (ABS), inseriram em seus quadros variadas categorias profissionais, antes só encontradas em outros níveis de atenção ou em municípios de maior porte, como fisioterapeutas, educadores físicos, nutricionistas, farmacêuticos e outros. Este avanço pode ter repercutido positivamente na qualidade da assistência, mas, provavelmente, repercutiu também na necessidade de formulação de políticas de gestão do trabalho que atendessem às características e necessidades daqueles municípios e de seus profissionais (NUNES *et al.*, 2015).

No Brasil, a responsabilidade pela gestão da ABS foi delegada aos municípios, que, em geral, não contam com recursos financeiros e de gestão para dar conta de tal responsabilidade, principalmente no que se refere à formação, recrutamento e remuneração de trabalhadores para a atenção primária (WAGNER, 2018).

Na pesquisa “CONASS/RH nas Secretarias Estaduais de Saúde (SES)”, os gestores estaduais sugeriram que estas instâncias deveriam apoiar os municípios para o enfrentamento de problemas relacionados a precariedade de vínculos, na elaboração de leis para a contratação de pessoal mediante concurso público e na elaboração de Planos de Carreira, Cargos e Salários (PCCS). Tais gestores indicaram como principais problemas para a gestão do trabalho a dificuldade de provimento das equipes e a existência de diversas formas de contratação, o que diminui a governabilidade do setor e propicia conflitos no interior das equipes.

Algumas causas identificadas desses problemas foram a Lei de Responsabilidade Fiscal (LRF) e seus limites para despesas com pessoal; dificuldades para realização de concursos públicos cujos processos são morosos frente às necessidades de expansão dos serviços de saúde e à inexistência de PCCS (CONASS, 2004).

Os desafios para a área de Gestão do Trabalho são muitos e precisam ser enfrentados e, para elucidar essa demanda por capacidade de gestão, é necessário estudar os paradigmas administrativos em uso nas organizações, os processos de trabalho e o perfil das equipes envolvidas nessa área (BRASIL, 2006c).

Para entender a gestão do trabalho no SUS nos MPP sob a perspectiva das equipes gestoras, partiu-se das seguintes indagações: quais estratégias eram desenvolvidas para operacionalizar a gestão do trabalho no SUS; como se dava o provimento dos profissionais das equipes de saúde; quais atividades de gestão do trabalho eram realizadas nas secretarias municipais de saúde; como havia ocorrido a expansão dos empregos nos municípios; se era identificada a rotatividade dos profissionais das equipes e, em caso positivo, se havia medidas para reversão desse quadro, assim como se havia o desenvolvimento de estratégias de fixação dos profissionais.

Procurou-se entender, também, como a Administração Pública e seus modelos de gestão influenciavam a organização dessa área, uma vez que as secretarias municipais, como parte da administração direta, são regidas pelos princípios da Administração Pública e que os modelos de gestão são o conjunto de normas e princípios que orientam os gestores na escolha das melhores alternativas para levá-los a cumprir sua missão com melhores resultados (JORGE, *et al.*, 2015).

Por isso, a opção do delineamento deste estudo deu-se pela identificação e análise das características dos modelos de gestão pública/administração pública presentes na gestão do trabalho dos MPP, mais especificamente, os modelos patrimonial, burocrático e gerencial. O alcance desses objetivos está relacionado com a importância teórica e política do estudo da administração pública nos MPP para a identificação dos desdobramentos ou consequências dos modelos de gestão como também em relação à gestão do trabalho (REZENDE; PEREIRA, 2013).

Considera-se que os modelos de administração possuem grande amplitude e importância tendo em vista sua implicação com outros campos de conhecimento, além dos próprios princípios gerais da Administração, a saber: a Ciência Política, a Economia, a Contabilidade, o Direito, a História, a Sociologia, a Antropologia, dentre

outros. É inegável sua influência na organização dos processos de trabalho das equipes de saúde, pois os municípios são as células básicas da Administração Pública e reproduzem, em maior ou menor intensidade, os modelos de gestão pública.

Estudar a gestão do trabalho em MPP e quais os modelos de Administração Pública estão presentes no processo organização possibilitará compreender suas fortalezas e fragilidades, bem como as possibilidades de seu enfrentamento, o que poderá contribuir para o desenvolvimento de tecnologias de gestão em saúde para esse campo.

2 OBJETIVOS

2.1 Geral

Analisar a gestão do trabalho no SUS nos Municípios de Pequeno Porte (MPP) sob a perspectiva da Administração Pública.

2.2 Específicos

- Identificar os modelos de Administração Pública presentes na gestão do trabalho no SUS;
- Analisar a organização da gestão do trabalho no SUS;
- Identificar os instrumentos utilizados na gestão do trabalho no SUS;
- Verificar as formas de provimento adotadas;
- Descrever as estratégias/instrumentos para fixação dos trabalhadores de saúde utilizados nos MPP.

3 REFERENCIAL TEÓRICO

3.1 Administração Pública

O termo “Administração” é utilizado desde a época da Roma antiga (509 a.C. - 27 a. C) e era aplicado somente à “administração pública”, uma vez que o início da história da administração deu-se concomitantemente com a própria a história de cidades, de países, governantes, exércitos e da Igreja. O vocábulo “administração” somente começou a ser aplicado à administração de empresas privadas no século XX, no contexto do capitalismo ocidental, período em que se desenvolveu rapidamente, pois o regime de produção industrial substituiu o artesanal e a Administração consolidou-se como área de conhecimento. Com esse impulso, surgiu dentro da disciplina da administração o que hoje é denominado de “Teoria Geral da Administração” (TGA) que, ao longo do restante do século XX, dedicou-se a estudar quase que exclusivamente o setor privado, relegando o estudo da administração do setor público a um segundo plano. Daí se tem uma das explicações para a ausência de uma “Teoria Geral da Administração Pública” autônoma (CHIAVENATO, 2003; DASSO JUNIOR, 2006).

Administração Pública pode ser entendida como a estrutura do poder executivo que se incumbe de coordenar e implementar as políticas públicas por meio de atividades diretamente ligadas à execução concreta das tarefas consideradas de “interesse público” ou comuns em uma coletividade ou numa organização estatal. Inicia-se com a interpretação das necessidades, planejamento e organização, e prossegue, posteriormente, com a direção e o controle das ações. Em seu bojo estão compreendidos o sistema de governo, o conjunto de ideias, atitudes, normas, processos, instituições e outras formas de conduta humana que configuram as maneiras pelas quais os interesses da população serão atendidos pelas autoridades políticas**;** e em seu interior, vários campos de conhecimento estão implicados, como a Ciência Política, Administração, Economia, Contabilidade, Direito, História, Sociologia, Antropologia, entre outras (MATIAS-PEREIRA, 2016).

A Administração Pública é definida como o conjunto de atividades envolvidas no estabelecimento e na implementação de políticas públicas e que asseguram a sua operacionalização (DASSO JUNIOR, 2006). Salm e Menegasso (2009, p. 103)

incluem a dimensão humana e a participação do cidadão na sociedade em seu conceito:

> [...] a administração pública é um conjunto de conhecimentos e de estratégias em ação para prover os serviços públicos – bem comum – para o ser humano, considerado em suas múltiplas dimensões e como cidadão partícipe de uma sociedade multicêntrica articulada politicamente[...]

Todos os órgãos dos Poderes Executivo, Legislativo e Judiciário exercem funções administrativas, motivo pelo qual se considera que a Administração Pública refere-se a todos os Poderes. No ordenamento jurídico brasileiro, a Administração Pública é integrada pelos órgãos da Administração Direta e pelas entidades da Administração Indireta. No âmbito dos municípios, os órgãos da Administração Direta correspondem às secretarias municipais e na Administração Indireta, às autarquias, fundações públicas, empresas públicas, associações públicas ou sociedades de economia mista (SALGADO, 2012).

O termo administração pública tem sido substituído, por alguns autores, pelo termo Gestão Pública, principalmente nas últimas três décadas. Uns o utilizam como sinônimo, outros, como um marcador para distinguir a Administração Pública tradicional de outras formas de gestão, especialmente as que se referem a ferramentas de gestão do mundo dos negócios, outros a utilizam por entender uma amplitude maior em seu sentido. Ainda existem os que consideram o termo Gestão Pública como uma combinação das orientações normativas e princípios da Administração Pública tradicional com as orientações instrumentais da gestão em um sentido genérico que compartilha, com o setor privado, a necessidade de alcançar seus objetivos com eficiência e eficácia (CARNEIRO; MENICUCCI, 2013).

Bresser Pereira é um autor que também utiliza o termo “Gestão Pública” em vez de “Administração Pública”, por considerá-lo mais relacionado com a efetividade do poder do Estado e com a busca da eficiência (BRESSER-PEREIRA, 2009).

Para Pereira e Rezende (2013) a Gestão Pública está relacionada com o conjunto de recursos e instrumentos da administração aplicada na administração local, por meio de seus servidores. Nesse sentido, as práticas de gestão nos serviços públicos não podem ser desvinculadas da conjuntura global da Administração Pública (ZORRINHO, 2001).

Desta forma, os termos Administração Pública e Gestão Pública estão imbricados como um conjunto de atividades envolvidas no estabelecimento e na operacionalização das políticas públicas (DASSO JUNIOR, 2006).

3.2 Modelos de Administração/Gestão Pública

Matias-Pereira (2016, p. 42) entende por modelo de Administração/Gestão Pública:

> [...] o elenco de propósitos, premissas, orientações e normas legais que impõe o desdobramento em processos específicos, em estruturas de gestão pública e de gerência de recursos humanos, nas recomendações para o comportamento gerencial, da lógica da dinâmica de processo estratégico que se pretende alcançar[...]

Para a execução das decisões nos diferentes modelos de Administração/Gestão Pública, a sociedade depende do controle hierárquico que poderá ser gerencial (racional), vinculado à Administração Pública Gerencial (APG); burocrático (racional-legal), relacionado à Administração Pública Burocrática (APB); ou tradicional, que corresponde ao Patrimonialismo na administração do Estado (BRESSER-PEREIRA, 1997).

Alguns autores, como Salm e Menegasso (2009), consideraram como primeiro modelo aquele que chamaram de administração pública convencional ou velha administração pública, adotada no Brasil por D. João VI, no início do Século XIX, quando instalou seu Governo, sob a perspectiva da burocracia patrimonial e tendo a burocracia como principal aparato. O segundo modelo, denominado de Nova Gestão Pública (NGP), tem características práticas identificadas com a gestão privada de negócios, e surgiu em atendimento às deficiências do modelo convencional, como a baixa qualificação, para dar resposta ao aumento de custos e ao grau de complexidade das demandas dos serviços públicos. Segundo tais autores, esses modelos pertencem ao espaço da economia ou do mercado, em que o primeiro utiliza a burocracia pública para a produção de serviços públicos e o segundo utiliza a burocracia pública e a privada para a produção de serviços públicos. E, por fim, o terceiro modelo, o Novo Serviço Público (NSP), cujo foco central é servir ao interesse público no espaço democrático da sociedade.

Outros estudos também identificaram três modelos teóricos ou modelos de Administração Pública que orientam a Gestão Pública brasileira e os denominaram

como sendo o patrimonial, o burocrático e o gerencial. O patrimonial é distinguido pelo poder pessoal e arbitrário do soberano e de seus representantes, hegemônico no Brasil até a Revolução de 1930; o burocrático, baseado em regras objetivas e em delimitação de autonomia, tendo predominado até o advento da Reforma Gerencial do Estado; e o gerencial, guiado por resultados e que aproxima a administração pública da gestão empresarial empreendedora, e que introduziu o paradigma gerencialista no Brasil (REZENDE, 2011; CARNUT; NARVAI, 2016).

Campelo (2010) também sinalizou a existência de, pelo menos, três modelos de Administração/Gestão Pública e os adjetivou da seguinte forma: a patrimonial, como clientelista; a burocrática, como procedimental formal; e a gerencial, voltada para os resultados e para a satisfação do cidadão.

A análise inicial dos dois primeiros modelos teóricos ou modelos de Administração/Gestão Pública, isto é, a Administração Pública Patrimonialista (APP) e a Administração Pública Burocrática (APB) permite acompanhar a evolução de suas principais características, assim como a transição para o modelo gerencial e suas repercussões na gestão. Sobre esta questão observa Guerreiro Ramos (2008, p. 90) que, *na realidade o que existem atualmente são formas híbridas de administração pública*.

3.2.1 Administração Pública Patrimonialista (APP)

O Patrimonialismo é uma herança da época feudal, vigente nas sociedades pré-democráticas. Nesse modelo a Administração Pública tinha como interesse atender o governante que fazia uso do poder que emanava do povo a seu favor, pois o aparelho do Estado era uma espécie de extensão de suas propriedades, não havendo distinção entre a coisa pública e a coisa do governante. Assim, deixava de atender à função de defesa da coisa pública e dos interesses da sociedade, dando mais atenção aos assuntos que privilegiavam a vontade de uma minoria (OLIVEIRA, SD).

No Brasil**,** a APP adveio do Estado colonial em que o aparelho do Estado funcionava como uma extensão do poder da autoridade, os cargos eram distribuídos e considerados como prebendas ou dádivas, o que favorecia o nepotismo e a

corrupção; a administração era tratada como um assunto pessoal (QUEIROZ, 2009; IPEA, 2010).

A APP não é orientada para o interesse público, mas para o interesse de suas elites, confundindo-se o patrimônio privado com o público. Caracteriza-se por um conjunto de fatores que lhe conferem um modo essencialmente personalista de poder pela ausência de uma esfera pública contraposta à privada; pela lógica subjetiva e casuística do sistema jurídico; pela irracionalidade fiscal, e ainda, pela tendência à corrupção do quadro administrativo (CAMPANTE, 2003). Esse conjunto de fatores impossibilita alcançar a previsibilidade e a eficiência dos serviços oferecidos pelo Estado (REZENDE, 2011).

Esse modelo gerencial não tem como preocupação ou premissa a eficiência das funções públicas e não está orientada para o interesse público, confundindo o patrimônio público com o privado; sobrevive em sociedades que ainda não desenvolveram uma consciência política capaz de diferenciar a propriedade e o interesse público das esferas privadas e em sistemas democráticos imperfeitos, sob a forma de clientelismo ou fisiologismo (GUERREIRO RAMOS, 2008; BRESSER PEREIRA, 2009).

A APP é baseada nas ideias do clientelismo, no intercâmbio de favores, no prevalecimento de interesses privados em detrimento do interesse público, podendo ser de duas espécies: um patrimonialismo em que os servidores e agentes públicos conduzem a coisa pública como privada; e, em segunda ordem, talvez até pior, um patrimonialismo institucionalizado que contamina as próprias instituições e, por vezes, dá existência a normas jurídicas com finalidades tendenciosas (CAMPELO, 2010).

No estado patrimonial o funcionário público era visto como um servidor pessoal do governante, que agia sob suas ordens e somente a ele devia subordinação; sua admissão para o cargo, bem como a permanência nele, dependia da aceitação do governante (WEBER, sd). Nessa forma de administração os cargos podiam ser de dois tipos: prebendas administrativas, cuja lógica era da divisão de funções motivada pelo poder e não pela busca de maior especialização administrativa; ou postos criados pelo livre arbítrio do senhor, sendo de fácil substituição ou extinção (IPEA, 2010).

Na forma de prebenda, o cargo assumia o *status* de direito a ser gozado e não tinha como objetivo a racionalização dos serviços, e sim, distribuição de

parcelas de poder. Os cargos eram criados pelo livre arbítrio do senhor. Por isso, seria fácil extingui-los ou substituir seus eventuais ocupantes, ou seja, os funcionários eram admissíveis e demissíveis *ad nutum* e o funcionário se mantinha no cargo mais pelo vínculo de lealdade ao senhor do que pelo critério de competência no exercício do cargo. Essa instabilidade funcional resultava em descontinuidades que comprometiam a eficiência e a eficácia da máquina administrativa e a administração era tratada como assunto pessoal (IPEA, 2010).

A forma como o funcionário desempenhava as funções próprias do cargo, respeitada a tradição, inscrevia-se no âmbito da relação de dominação frente ao senhor, sem regras claras, objetivas e previamente definidas para o seu exercício. Daí porque a crítica endereçada ao funcionamento da máquina pública, sob o patrimonialismo, recaia especialmente sobre sua ineficiência e ineficácia (IPEA, 2010).

Para Paludo (2016) como os cargos na APP eram de livre nomeação do soberano, este normalmente direcionava parentes ou amigos da família, tendo como motivação os interesses políticos ou econômicos.

A atuação dos servidores fazia-se fundamentalmente pelo livre arbítrio, pois não havia distinção entre os domínios pessoal e público, além dos privilégios estamentais em função dos grupos sociais aos quais pertenciam, configurando características personalistas de poder. Esse conjunto de fatores impossibilitava alcançar a previsibilidade e a eficiência dos serviços oferecidos pelo Estado. Assim, com o tempo, foi-se dando espaço à instituição de regras impessoais e universais, com a finalidade de oferecer condições mais propícias ao capitalismo, que estava em ascensão, e necessitava de um ambiente institucional seguro, objetivo e com poder de regular as relações sociais (REZENDE, 2011).

A modernização do Estado caminhou em direção à racionalização burocrática, a qual se deu mediante a administração com base no direito estabelecido e em normas gerais objetivas e fixas; com a eliminação dos cargos e funções de natureza honorífica ou hereditária e das relações patrimonialistas; e da separação entre o funcionário e os meios materiais da administração, isto é, a distinção entre os meios pessoais e os públicos (IPEA, 2010).

Além disso, o Estado patrimonialista foi considerado incapaz de assumir novas funções, especialmente as que resultavam de questões sociais das sociedades modernas (IPEA, 2010). Por isso, a forma patrimonial de governar

passou a ser contestada e a se tornar insustentável com o advento do capitalismo e da democracia (OLIVEIRA, sd).

Segundo Guerreiro Ramos (2008), a estrutura política e social do Brasil não apresentava condições que permitissem um sistema racionalizado pleno e efetivo na Administração Pública, principalmente devido à sua formação histórica, pois uma tradição patrimonialista ainda permeava o Estado brasileiro na década de 1950. Desse modo, a racionalização, sob a forma da burocracia, foi mais uma fase da evolução do Estado do que uma tecnologia, e surgiu sob a influência do constitucionalismo e da afirmação do predomínio da função pública sobre os interesses particulares (GUERREIRO RAMOS, 2008).

3.2.2 Administração Pública Burocrática (APB)

A transição da APP para a Administração Pública Burocrática (APB) foi a primeira reforma histórica da organização do Estado, a qual Max Weber descreveu como um serviço público profissional com procedimentos universais e legitimidade jurídica. Essa reforma ocorreu na Europa, no século XIX, nos EUA no início do século XX e no Brasil, nos anos 1930 (BRESSER-PEREIRA, 2009).

A transição entre um modelo e outro ocorreu mais ou menos lentamente, conforme a composição social de cada país e, em alguns, nem sequer aconteceu. Pode-se dizer que a administração racional não surgiu de forma repentina na civilização ocidental e em nenhuma sociedade contemporânea verificou-se em toda sua pureza, pois existiam e existem formas híbridas de Administração Pública, em umas com mais predominância de um modelo do que em outras. É o que explica a coexistência de elementos burocráticos com elementos patrimoniais (GUERREIRO RAMOS, 2008), ou até mesmo, outros modelos de administração dentro de uma mesma sociedade. Prates (2007, p. 124) reforça essa ideia de hibridez:

> [...]em alguma medida o clientelismo e o particularismo estão sempre presentes no sistema administrativo, mesmo naquele mais racional burocrático, o que importa é a crença predominante que legitima o sistema. No caso do Estado de Direito, são os valores da igualdade perante a lei e a competência técnica, vista como critério de qualificação para o serviço público, que legitimam o sistema[...]

O caráter formalista do Direito Romano, que é a base do direito nacional do Estado ocidental moderno, e sobre o qual se assentou a formação técnica dos funcionários públicos, bem como as políticas mercantilistas e o Puritanismo

protestante, que vieram constituir o sustentáculo ético do capitalismo moderno baseado na disciplina e no cálculo racional, favoreceram a origem histórica e a consolidação do modelo de administração racional burocrático (PRATES, 2007).

Coelho (2009) também atribuiu ao desenvolvimento do capitalismo, à formação do Estado moderno e à democratização dos Estados liberais, o avanço e estabelecimento da APB. Para tal autor, a APB é configurada por um conjunto de procedimentos administrativos baseados na legalidade dos atos, na impessoalidade das decisões, no profissionalismo dos agentes públicos e na previsibilidade da ação estatal.

O sociólogo Max Weber é considerado pioneiro no campo de estudos sobre a teoria da burocracia. Configurou-a como um sistema de gestão que se vale de uma racionalidade instrumental para exercer controle sobre os indivíduos e sobre as atividades de produção e, assim, suprimir características voluntárias e inerentes à natureza humana (SCHULTZ, 2016). A administração burocrática exerce a dominação baseada no saber, pois consiste de um conhecimento técnico que, por si só, garante uma posição de poder. Os detentores desse poder tendem a tornar-se ainda mais poderosos pelo conhecimento que adquirem mediante a prática diária e pelos registros e documentos de que dispõem (WEBER, 1978).

O modelo burocrático é baseado em regulamentos administrativos ou leis que determinam as competências oficiais e a distribuição de atividades e poderes; em uma hierarquia de cargos que orienta um sistema de mando e subordinação; em registros sob a forma de documentos realizados por profissionais que integram escritórios e em corpos funcionais voltados para a atividade-fim da organização institucional. Inicialmente o cargo é profissão, mas depois resulta em assumir um dever de fidelidade objetivo e impessoal com as imposições inerentes ao mesmo. Por isso, a estabilidade ou até vitaliciedade dos cargos nas burocracias públicas busca justamente proteger os indivíduos de atos arbitrários e contribuir para o exercício impessoal de suas atividades. O mérito deve ser o critério básico de ascensão profissional (REZENDE, 2011).

Para a burocracia, são critérios para o trato das questões do funcionalismo: contrato, salário, pensão/aposentadoria, carreira, treinamento especializado e divisão de trabalho, competências fixas e objetivas, documentação detalhada e ordem hierárquica. Assim, a APB substituiu os notáveis feudais, patrimoniais,

patrícios ou outros por funcionários contratados, separando o trabalhador dos meios materiais do empreendimento (WEBER, 1999).

De acordo com Weber (1999; 1978) as principais características da Administração Burocrática racional-legal, seja de natureza pública ou privada, são:

a) **Hierarquização de cargos**: um sistema que fixa e regulamenta o poder de mando e de fiscalização dos superiores, bem como possibilita aos formalmente subordinados a possibilidade de apelarem de uma autoridade inferior à instância superior. Todos os cargos estão dispostos em uma estrutura hierárquica que organiza os direitos e deveres, mediante regras específicas; cada cargo inferior está sob o controle e a supervisão de um superior; a autoridade é inerente ao cargo e não ao indivíduo que desempenha o papel oficial. Dessa forma, o subordinado está protegido de possíveis ações arbitrárias do seu superior, pois as ações de ambos estão contidas em um sistema de regras estabelecido e mutuamente reconhecido;
b) **Divisão do trabalho**: a especialização que define o sistema de divisão do trabalho constitui um sistema estável, baseado na especificação clara e explícita de esferas de competência. Essa característica enfatiza o elemento racional da divisão do trabalho baseada no saber técnico. O sistema de autoridade tende a ser hierárquico e baseado no conhecimento técnico do nível superior. Essa característica enfatiza, também, a natureza técnico-científica da legitimidade da autoridade na burocracia racional;
c) **Rotinas e procedimentos**: a administração é baseada em documentos, arquivos e escritórios. Os atos administrativos são formulados e registrados sob a forma de documentos; e os funcionários realizam essas atividades formais.
d) **Especialização/profissionalização dos participantes**: a atividade oficial pressupõe, em regra, uma intensa instrução na matéria, ou uma especialização dos participantes, apoiada por conhecimento técnico. Requer o emprego da plena força de trabalho do funcionário, uma vez que o cargo é profissão, e que, para tanto, exige prévia seleção e formação para sua nomeação; proporciona vitaliciedade/estabilidade ou garantias contra arbitrariedades, remuneração em forma de salário e a

carreira dentro da instituição. Ao tratar a burocracia como forma de dominação, sustenta que a mesma se apoia sobre o conhecimento técnico, que, além de lhe conferir caráter racional, transforma-a em um instrumento capaz de assegurar alta eficiência administrativa. Só está apto para ser membro do quadro administrativo e com condições de ser nomeado quem demonstre o preparo técnico adequado. O papel e a importância da qualificação técnica é constantemente enfatizado;

e) **Impessoalidade**: a administração dos funcionários realiza-se de acordo com regras gerais, mais ou menos fixas e abrangentes. O conhecimento dessas regras constitui, por isso, uma arte especial (conhecimentos jurídicos, administrativos, contábeis) que é de posse dos funcionários. O recrutamento e a ascensão de funcionários tendem a basear-se em critérios universalistas de competência técnica e a escolha das pessoas é baseada no mérito e não em preferências pessoais; os procedimentos são orientados pelas normas e os direitos que os cargos proporcionam servem para garantir o caráter puramente objetivo e a conduta independente;

f) **Separação entre funcionários da burocracia e a propriedade dos meios de administração**: o funcionário costuma receber um salário (em espécie), quase sempre fixo, e uma assistência para a velhice como pensão ou aposentadoria. Existe, em princípio, absoluta dissociação entre a propriedade da administração e a propriedade do ‘funcionário e este não se apropria do cargo;

g) **Caráter legal das normas, rotinas e procedimentos:** este é o princípio das competências oficiais e fixas, pela existência de regras, leis ou regulamentos administrativos que distribuem as atividades, os poderes e as providências necessárias para o cumprimento dos deveres oficiais**.** As normas ou regras técnicas que regulam o relacionamento entre os funcionários e lhes definem as atividades tendem a ser totalmente impessoais e formalmente explícitas. A distribuição das atividades é feita impessoalmente, levando em consideração os cargos e funções e não as pessoas envolvidas. O poder deriva do cargo e a obediência prestada ao superior também é relativa ao cargo que este ocupa. Essa característica da burocracia racional-legal constitui uma condição da

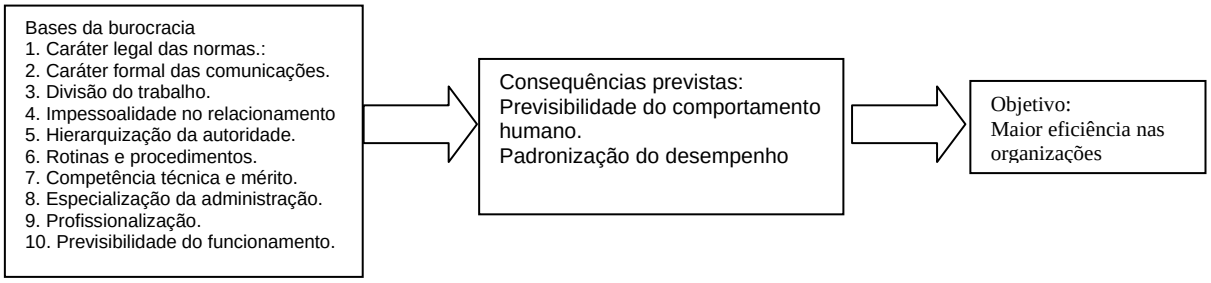
objetividade do sistema de controle racional das atividades da organização;

h) **Quadro administrativo:** formado de funcionários que atuam livres e sujeitos a autoridade somente no que diz respeito às suas obrigações oficiais; os cargos são providos mediante relação contratual e passam por seleção baseada em qualificação técnica (exames e comprovação de instrução técnica por diplomas); as escalas salariais são ordenadas conforme o nível hierárquico; o cargo é considerado principal ou única ocupação do funcionário; as promoções nas carreiras podem se dar por antiguidade ou merecimento; o funcionário é submetido a controles e deve atuar com disciplina.

Weber (sd) considerava a administração burocrática tecnicamente superior a outras formas de administração devido às suas qualidades, como precisão, velocidade, certeza, conhecimento dos arquivos, continuidade, direção, subordinação estrita, redução de desacordos e de custos materiais e pessoais. Assim como contava com determinações formais que uniformizavam e conferiam igualdade no tratamento dos casos, estabelecendo com clareza as relações de mando e subordinação, mediante a distribuição das atividades a serem executadas (MATIAS-PEREIRA, 2016).

A figura 1 apresenta uma síntese das características da burocracia segundo Weber, cujas bases conduzem à estabilidade e previsibilidade, e que objetivam maior eficiência nas organizações:

Figura 1 - As características da Burocracia segundo Weber.



Fonte: Chiavenato, 2003, p. 266

Rezende (2011) destacou algumas vantagens da burocracia, considerando-a como uma forma de administração que apresentava certos benefícios os quais foram importantes para seu avanço, como: precisão, agilidade, continuidade, uniformidade, otimização de recursos e previsibilidade. Essas vantagens lhe concediam certa superioridade se comparadas a outras formas de administração anteriormente praticadas, justamente devido às suas características de controle, hierarquia, normas e regulamentos.

Na Administração Pública a burocracia também foi adotada e como forma de combater a corrupção e o nepotismo patrimonialista pelo controle administrativo dos processos, e é atribuído ao funcionário o exercício desse controle como uma de suas principais tarefas, pressupondo uma desconfiança nos administradores públicos e nos próprios cidadãos (MATIAS-PEREIRA, 2016).

Admite-se que o Estado, organizado e pautado na impessoalidade, na neutralidade e no cumprimento dos deveres de acordo com procedimentos descritos pela legalidade e no caráter racional das organizações, pode exercer controle sobre as ações dos agentes públicos. Estes, por sua vez, exercem a dominação legítima, mediante os princípios da hierarquia, da legalidade, da impessoalidade, do mérito e da neutralidade moral, tendo em vista a ética da responsabilidade, preocupada com os fins da ação. Sob esse ponto de vista, o direito, especialmente o administrativo, é o fundamento da ação legítima do corpo burocrático. No caso de envolvimento em atos de corrupção por parte dos agentes públicos, entende-se que é uma ação ilegítima porque iria contra os preceitos normativos da burocracia, presentes no conjunto de normas do direito administrativo (IPEA, 2010).

Werner (1978) considerava que a administração burocrática era capaz de atingir o mais alto grau de eficiência, que se dava pelo conhecimento técnico (formação profissional), pela disciplina, confiança, precisão e estabilidade, tornando-se indispensáveis para o desenvolvimento tecnológico e das metodologias de produção.

Para Merton (1978), uma estrutura social racionalmente organizada é composta por uma série de cargos, cujas obrigações e direitos são estabelecidos por regras ou normas; a autoridade é inerente ao cargo e não à pessoa que o desempenha e a conduta administrativa realiza-se nos limites de normas preestabelecidas pela organização. Essa formalidade, por meio de controles e sanções, destina-se a diminuir divergências, favorecer a objetividade nas condutas e

facilitar o contato entre os funcionários e, dessa forma, protegê-los de possíveis arbitrariedades de seus chefes, uma vez que ambos conhecem previamente tais normas e são limitados por elas.

Segundo o mesmo autor, a grande maioria dos cargos nas administrações burocráticas eram estáveis, alguns vitalícios, e essa característica, assim como os salários, as pensões, as possibilidades de promoção na carreira tinham como função assegurar o desempenho, a lealdade e a segurança contra interferências estranhas. Ele ressalta que cada vez mais as pessoas se davam conta de que, para se inserir no mundo do trabalho deviam estar vinculadas a um emprego, pois os meios de produção estão disponíveis nas empresas públicas ou privadas e há separação entre os indivíduos e os meios de produção.

Consequências imprevistas da ação humana produziam, muitas vezes, sérias disfuncionalidades no modelo burocrático. Assim, verificou-se, a partir da década de 1940, a implantação de reformas tendo como finalidade resolver ou diminuir as limitações do modelo burocrático com vistas à modernização administrativa, em um ambiente determinado pela forte expansão da ação do Estado (MATIAS-PEREIRA, 2016).

Merton (1978), com base nos estudos de Weber, apontou o que chamou de disfuncionalidades da burocracia, ou seja, aspectos negativos ou imperfeições, como: dificuldades dos membros da estrutura burocrática em desenvolver as atividades quando em situações ou condições diferentes para as quais foram treinados (falta de flexibilidade), pois a preparação não levava em consideração as incertezas e os imprevistos; a submissão inquestionável à norma fazia com que os meios passassem a ser mais importantes que os fins (deslocamento dos objetivos), o que produzia rigidez e incapacidade de reajustamento imediato, resultando em formalismo exagerado.

Esse formalismo exagerado poderia interferir na realização dos fins a que se propunha a organização. Assim, ao se exigir do burocrata a confiança no desempenho e estrita observância das normas, estas tendem a ser consideradas absolutas, interferindo para a rápida resposta a transformações ou adaptações por vezes necessárias. Portanto, os atributos que podem ser considerados virtudes tendem a ser causas de ineficiências em casos particulares (MERTON,1978).

Ainda segundo Merton (1978), em algumas organizações as normas burocráticas instauradas, mesmo que por motivos técnicos, têm uma tendência a se

tornarem rígidas e invioláveis, pois os funcionários desenvolvem apego e dependência afetiva ao cargo, à autoridade e ao ‘status’ que toda estrutura lhes confere. Com vistas ao acatamento das normas e ao trabalho disciplinado, a burocracia utiliza-se da estruturação de carreiras, pensões/aposentadorias, promoções por antiguidade e garantia de reajustes salariais. Esses elementos podem levar ao conformismo, acomodação e tecnicismo.

Outra característica apontada por esse autor seria a formação de associações de caráter informal entre os funcionários (espírito de grupo), que tanto podem se unir para se defender quando sua integridade é ameaçada, como fazer oposição a mudanças na rotina, principalmente se propostas por pessoas alheias ao seu ambiente. Essa defesa pode levá-los a se concentrarem mais em si mesmos e nas formalidades do que no atendimento às necessidades do público (MERTON, 1978).

Finalmente, e não menos importante, seria a ênfase na impessoalidade nas relações a tendência de categorização, pois as normas são gerais e abstratas, o que pode implicar na desconsideração de casos individuais e causar conflitos entre o público e os burocratas (MERTON, 1978). Weber (1978) também apontou para a tendência à predominância do que chamou de ‘espírito de impessoalidade formalista’ quando as normas dominantes representam uma obrigação válida acima de quaisquer considerações pessoais, e todos são sujeitos ao mesmo tratamento e enquadrados na mesma situação (categorização).

Mesmo que essas críticas sejam endereçadas a burocracia de uma forma geral, é nos serviços públicos que esses problemas tendem a ser mais evidentes, principalmente na percepção dos usuários dos serviços, que não possuem diversas opções de escolha. Desta forma, a especialização e a divisão do trabalho, podem dar margem à ineficiência; a impessoalidade e integridade podem dar forma à impessoalidade formalista, sem empatia com o público externo. E finalmente as normas e regulamentos, tendem a ‘endurecer’ a instituição, e serem interpretados como uma resistência a inovações e que provoca lentidão na tomada de decisões (CARNEIRO; MENECUCCI, 2013).

Quando a APB substituiu a APP, no século dezenove, isto representou um grande avanço para o controle e diminuição das práticas de corrupção e do nepotismo. Mas, com as transformações ocorridas a partir do século XX, quando o Estado cresceu e assumiu novos papéis, ficou evidente a dificuldade desse tipo de

administração dar conta, com eficiência, dessas novas necessidades e obrigações. Em um mundo em plena e diversificadas transformações, é impossível para o administrador seguir cegamente os procedimentos previstos em lei, sem poder tomar decisões ou usar de sua liberdade no julgamento, mesmo que dentro dos limites legais. Com o aumento da posição estratégica da burocracia estatal, evidenciou-se a necessidade de novas formas de Gestão Pública, mais ágeis, descentralizadas, compatíveis com os avanços tecnológicos e mais voltadas para o controle de resultados e menos para o controle de procedimentos e com participação mais ativa da sociedade (MATIAS-PEREIRA, 2007).

A crise que se abateu sobre o Estado brasileiro na década de 1970 propiciou o surgimento de outras ideias sobre a forma de gerenciamento governamental. Mas, foi no início da década de 1980 que o modelo burocrático weberiano de Administração Pública denotou estar se exaurindo como instrumento eficiente para atender às necessidades tanto dos administradores públicos e, principalmente, dos cidadãos; além de não ser compatível com a nova conjuntura econômica e política que objetivava limitações nos gastos públicos (MATIAS-PEREIRA, 2016).

3.2.3 Administração Pública Gerencial (APG)

A Administração Pública Gerencial (APG), ou Nova Gestão Pública (NGP), corresponde à versão em inglês do *New Public Management (NPM)* ou à versão em espanhol *Nueva Gestión Pública* ou *Nueva Gerencia Pública* ou *Nuevo Manejo Público* (DASSO JUNIOR, 2014). Foi considerada como um novo modelo de gestão, voltado para uma visão empreendedora na Administração Pública para fazer frente a crise fiscal; às críticas e insatisfações com o modelo de gestão burocrático; à proteção do patrimônio público; à expansão das funções econômicas e sociais do Estado; ao desenvolvimento tecnológico e à globalização da economia mundial. No entanto, isso não significa que todos os preceitos da administração burocrática foram abandonados, pois ainda são úteis para o desempenho de várias funções do Estado (MATIAS-PEREIRA, 2016; QUEIROZ, 2009).

Vale destacar que não existe uma uniformidade sobre a denominação desse modelo de gestão, seja porque se encontra em construção ou porque ainda não

ficaram totalmente claras suas delimitações como nova proposta para a administração pública (ALCÂNTARA, 2017).

Também foi elencada como justificativa para a adoção desse modelo de gestão a necessidade de reduzir custos e aumentar a qualidade dos serviços de responsabilidade do Estado, com vistas à eficiência na administração pública (QUEIROZ, 2009; MATIAS-PEREIRA, 2016). O modelo gerencial de gestão procurava superar o excesso de apego ao ritualismo, o foco nos meios e não nos fins, a ineficiência e o corporativismo muitas vezes presentes no modelo burocrático de gestão (ALCÂNTARA, 2017).

Essa nova proposta ou modelo de gestão surgiu na segunda metade do século XX e foi adotado no final da década de 1970 no Reino Unido, no governo de Margaret Thatcher e no início da década de 1980, nos Estados Unidos, no governo Ronald Reagan. A partir de então, expandiu-se para os países anglo-saxônicos, como Austrália e Nova Zelândia, mas só começou a ser implantado na América Latina, na década de 1990 (MATIAS-PEREIRA, 2016).

O modelo adotado na Inglaterra foi a principal referência concreta da NGP para os demais países, pois foi o primeiro a tecer medidas propositivas com relação à crise da gestão pública burocrática, com mudanças na dinâmica intraorganizacional que visavam proporcionar maior flexibilidade à gestão. Este modelo disseminou o conceito de *managerialism*, ou seja, a utilização de práticas gerenciais privadas no setor público, com descentralização, busca da qualidade e avaliação dos serviços (MATIAS-PEREIRA, 2016). Seu objetivo era a produtividade por meio da redução de custos e aumento da eficiência da gestão pública; assim, o papel da população era secundário no processo de gestão, isto é, na condição de mero contribuinte (DASSO JUNIOR, 2014).

A principal mudança do modelo burocrático para o gerencial foi a transição da lógica do planejamento para a lógica estratégica. Na primeira prevalecia o conceito de plano, na medida em que adotava os meios mais eficientes para atingir os fins visados (racionalidade instrumental) e definia os objetivos e os meios para atingi-los na forma da lei. A lógica estratégica no gerencialismo parte do princípio da descentralização e delegação de autoridade, definição dos setores de atuação e as competências do Estado, além das modalidades de administração que melhor se compatibilizem com cada setor, almejando a flexibilização da administração (MATIAS-PEREIRA, 2016).

O gerencialismo ou *managerialism*, à luz da abordagem inglesa, apresenta três visões diferentes dos modelos gerencialistas: o Modelo gerencial puro, com ênfase no binômio economia/eficiência e o cidadão como contribuinte; o *Consumeirism*, com ênfase no binômio efetividade/qualidade e o cidadão como cliente/consumidor; e o *Public Service Orientation*, com ênfase na *accountability*/equidade e, nesse caso, o cidadão não é mais visto somente como um contribuinte ou cliente, mas como cidadão de fato (ABRUCIO, 1997). Existem diferenças sutis entre essas três visões, mas todas partem do princípio da adoção de técnicas gerenciais das empresas privadas nos serviços públicos, com o pressuposto de que sempre que houver a necessidade de melhorar o desempenho de seus serviços, a Administração Pública deverá recorrer às técnicas e aos processos organizacionais utilizados pelas empresas privadas (OLIVEIRA; SILVA; BRUNI, 2012).

No modelo gerencial puro havia a crescente preocupação dos governos com a questão financeira no custeio das políticas públicas, por isso, a ênfase na efetividade/qualidade e no cidadão como contribuinte. Deveria ser implantado sem considerar os acontecimentos políticos, evidenciando a separação entre a política e a administração. Esse modelo, a partir da metade da década de 1980, sofreu sistemáticas críticas em função de sua ineficiência e fragilidades. Foi então reformulado em algumas questões, passando a priorizar os conceitos de flexibilidade, planejamento estratégico e a qualidade dos serviços. Em seguida, deu-se primazia à adoção de serviços públicos voltados para as necessidades dos clientes/consumidores. Essas mudanças deram origem ao *cosumerism,* ou consumismo, modelo que buscava a efetividade e a qualidade dos serviços públicos e que tratava os usuários como clientes/consumidores (MATIAS-PEREIRA, 2016).

Existem duas tendências teóricas fundamentais em evidência na APG/NGP e que norteiam sua capacidade de exercer o poder na administração dos recursos sociais e econômicos: a teoria da agência e a teoria da escolha pública. A teoria da agência refere-se ao relacionamento contratual entre o principal e o agente, em que o primeiro serve o segundo, conforme as cláusulas estabelecidas nos contratos. Quando aplicado ao poder executivo, isso significa um claro relacionamento entre ministros ou secretários (os principais) e funcionários (os agentes) (MATIAS-PEREIRA, 2016). A teoria da escolha pública utiliza os princípios econômicos para explicar temas políticos como a teoria do Estado, as regras eleitorais, o

comportamento dos eleitores, os partidos políticos e a burocracia (ARAUJO; PEREIRA, 2012).

As práticas de NGP são muito distintas, dependendo de cada país e de seu contexto histórico-cultural, por isso é demasiado simplista definir a NGP como um modelo único de “Teoria da Administração Pública”. Entretanto, alguns preceitos teóricos estão presentes em qualquer reforma que busque aplicar a NGP como modelo, como a aplicação de métodos gerenciais do setor privado na gestão pública (DASSO JUNIOR, 2014).

Pode-se resumir que a preocupação central da NGP é a flexibilização da gestão e o aumento da responsabilização da administração pública. Sua implementação depende das peculiaridades de cada país, principalmente no que se refere ao legado estatal e à dinâmica política (SANO E ABRUCIO, 2008). O modelo de NGP pretende a flexibilização administrativa e o controle social; tem foco em resultados e é voltado para atender as necessidades do cidadão-usuário, isto é, orientado ao cliente–cidadão. Sua implementação se dá pela utilização de métodos de gestão do setor privado, tendo como pressupostos a descentralização das decisões e funções do Estado, autonomia na gestão de recursos humanos, materiais e financeiros e ênfase na qualidade e na produtividade no serviço público (MATIAS-PEREIRA, 2016).

A APG/NGP apoia-se, fundamentalmente, nos pressupostos básicos da burocracia, mas difere na forma de realizar e acompanhar, ou seja, na orientação por resultados. Dessa forma, seu o principal diferencial é o foco, pois enquanto a APB privilegia os meios e refere-se ao cumprimento estrito da norma, a APG ou NGP tem ênfase na adaptação das recomendações de gestão do setor privado para o público e enfatiza a busca de resultados (REZENDE; PEREIRA, 2013). Termos como normas, procedimentos e leis são utilizados tanto pela APB como pela APG/NGP, mas a APG o faz de forma flexível, visando maior agilidade aos processos (ARAUJO; PEREIRA, 2012).

Dasso Junior (2014) apresenta uma análise crítica sobre a NGP, caracterizando-a como um grupo de símbolos e regras operacionais prescritivas que têm como objetivo adequar a Administração Pública ao Estado ultraliberal e que se fundamenta nos seguintes conceitos:

a) A “lógica do privado” deve ser a referência a ser seguida: consiste de um erro conceitual grave, porque a Gestão Pública é, pelos fins e meios,

absolutamente diferente da gestão privada. A Gestão Pública é caracterizada por atributos estatais; busca atender interesses gerais e não pode escolher seus âmbitos de atuação; possui alguns privilégios e possibilidades coercitivas; suas ações devem se pautar pela visibilidade e transparência; tem de respeitar os princípios constitucionais, o que a torna menos flexível. A gestão privada deseja satisfazer os interesses particulares e o lucro é o objetivo a ser buscado incessantemente; e tem possibilidades para escolher seus âmbitos de atuação e de clientela;

b) O mercado é quem deve formular políticas públicas: os princípios do mercado não são adequados para serem aplicados aos serviços públicos, pois o objetivo do lucro e a possibilidade de discriminação de clientes são características que demonstram de maneira clara a diferença entre o sentido de uma atividade privada e da pública. Também é possível identificar como os interesses de classes se convertem em políticas públicas quando é o mercado que as formula, porque o espaço legítimo de disputa desaparece, prevalecendo exclusivamente o poder econômico;
c) Os serviços públicos devem abandonar as fórmulas burocráticas para assumir a modalidade da concorrência empresarial: a Administração Pública deve ser reestruturada conforme o modelo das empresas privadas, com estratégias de redução de custos e o aumento das tarifas públicas, visando sempre aumentar seus lucros, mesmo desconsiderando o interesse público;
d) O cidadão deve converter-se em cliente: a denominação “cliente” atribui à prestação do serviço público um caráter comercial, igualando-o a uma atividade econômica própria da iniciativa privada. Denominar um cidadão de “cliente” é o mesmo que tornar a prestação do serviço público uma relação privada entre o prestador e o receptor, sem contemplar o interesse público. A expressão ‘cidadão’ é a que melhor se enquadra, pois exprime quem é o destinatário dos serviços públicos e dá conta de suas especificidades;
e) A gestão deve ser apartada da política: o campo da Administração Pública é um campo de poder, que se concretiza pela ação estatal, o que torna impossível entendê-la separadamente das funções administrativas, cabíveis aos funcionários e políticas, aos políticos e aos gestores.

A crítica que se faz ao modelo da NGP está associada à filosofia de mercado que a sustenta; aos resultados que produziu frente as suas promessas; à frustração causada por não ter aperfeiçoado as funções essenciais do Estado, nem suas práticas e nem a Teoria de Administração Pública. Tanto a APG/NGP como o modelo convencional (APB) têm a mesma base paradigmática e utilizam a burocracia como estratégia para produzir o bem público. A diferença é que o modelo da APG/NGP utiliza as organizações privadas e públicas para produzir o bem público, enquanto a administração pública convencional utiliza a organização pública. Isto é, o que muda é a estratégia que busca a eficiência do Estado junto ao mercado. E para alcançar essa intenção, a instância pública fica à mercê da instância privada e o cidadão é transformado em consumidor ou cliente (SALM; MENEGASSO, 2009).

A Administração Pública em uma sociedade multicêntrica necessita de variados modelos e práticas, cada qual apropriado ao seu espaço e função, pois o ser humano e a sociedade não podem ser entendidos de maneira fragmentada ou uniforme. A prática da Administração Pública não pode ocorrer a partir de um modelo que privilegie apenas a burocracia ou apenas o mercado, como provedores e alocadores dos serviços públicos. Também não pode privilegiar uma proposta cujo embasamento seja a democracia, mas que não seja suficiente para produzir bens e serviços públicos que atendam as necessidades dos seus cidadãos (SALM; MENEGASSO, 2009).

Para tanto, se faz necessário rever os modelos organizacionais existentes, o comportamento cultural das organizações públicas e a forma de prestação dos serviços públicos, para que o foco seja o atendimento das necessidades dos cidadãos, buscando sempre maior eficiência, eficácia e efetividade (MATIAS-PEREIRA, 2016).

3.3 Reformas Administrativas

As mudanças no papel do Estado, a partir do processo de globalização e dos avanços tecnológicos, causaram forte impacto na Administração Pública. Para tanto, o Estado procurou tornar a Administração Pública mais flexível, a fim de melhor responder às demandas internas e externas. Também passou a preocupar-

se com os custos da máquina pública, por meio da busca da eficiência operacional e da avaliação da efetividade dos serviços públicos, isto é, se atingiu o resultado esperado em termos qualitativos (MATIAS-PEREIRA, 2016).

A reforma administrativa é sempre um problema recorrente, pois quase todos os governos, em todos os tempos, falam sobre a necessidade de tornar a Administração Pública mais moderna e eficiente. Entretanto, só houve duas reformas administrativas estruturais no capitalismo, sendo a primeira quando da implantação da APB, em substituição à APP que ocorreu no século passado nos países europeus, na primeira década deste século nos Estados Unidos e nos anos 30 no Brasil, com o Governo Vargas (BRESSER-PEREIRA, 1997; BRESSER-PEREIRA, 2009).

A segunda está sendo a da implantação da APG/NGP, que tem seus precedentes anos 1960, mas que, de fato, só começou a ser implantada nos anos 80 no Reino Unido, Nova Zelândia e Austrália; e nos anos 1990, nos Estados Unidos, e no Brasil, a partir do governo Fernando Henrique Cardoso, com a aprovação do Plano Diretor da Reforma Administrativa do Estado (PDRAE), em 1995 (BRESSER-PEREIRA, 1997; BRESSER-PEREIRA, 2009).

A reforma e a modernização do Estado tiveram sua origem quando o modelo de Estado, estruturado pelos países desenvolvidos no pós-guerra que, até então, se distinguia por estar presente em todas as faces da vida social, entrou em crise no final de década de 1970. A resposta para esse problema, em princípio, foi a adoção de um modelo neoliberal conservador, cujas políticas propostas na década de 1980 foram direcionadas para reduzir o tamanho do Estado e tornar viável o predomínio do mercado. Essas medidas foram justificadas para restabelecer o equilíbrio fiscal e o balanço de pagamentos dos países em crise (MATIAS-PEREIRA, 2016).

Os modelos gerenciais na Administração Pública foram considerados consequência da crise econômica mundial da década de 1970, que levou o capitalismo a uma profunda recessão e a um questionamento a respeito das funções do Estado como garantidor da prosperidade econômica e do bem-estar social. Essa crise colocou à prova as três dimensões do Estado: econômica, social e administrativa e como saída foram introduzidos, em larga escala, padrões do gerencialismo (OLIVEIRA; SILVA; BRUNI, 2012). A reforma do Estado preconizou a transferência para o setor privado das atividades que podiam ser controladas pelo mercado, e o Estado deixou de ser o responsável direto pelo desenvolvimento

econômico e social e pela produção de bens e serviços, para se adequar a função de um “Estado gerencial” (MATIAS-PEREIRA, 2016).

Para Dasso Junior (2014), a Reforma da NGP pode ser dividida em duas “ondas” distintas, sendo a primeira nos anos 1980, com ênfase no ajuste estrutural das economias em crise, por meio de ajuste fiscal, privatização e liberalização do comércio; e a segunda, a partir dos anos 1990, com ênfase nas transformações de caráter institucional.

As reformas administrativas chegaram à maioria dos países latino-americanos impulsionadas pelo Consenso de Washington, que consistiu de uma conferência promovida pelo *Institute for International Economics*, no ano de 1989, para tratar da crise econômica nos países latino-americanos e para a qual foram convidados economistas de oito países dessa região, dentre eles do Brasil. Nessa ocasião, o economista norte-americano John Williamson apresentou dez propostas de reforma econômica, sobre as quais havia amplo consenso em Washington, aí incluídos o Congresso e governo norte-americano, bem como suas agências econômicas, as instituições financeiras internacionais, o *Federal Reserve Board* e estudiosos do tema. Essas propostas visavam a estabilização monetária e o pleno restabelecimento das leis de mercado (BANDEIRA, 2002; MATIAS-PEREIRA, 2016).

Essas propostas preconizavam abertura comercial, superávit fiscal, privatização de empresas estatais, enxugamento das estruturas de governo e desregulamentação dos mercados, liberalização comercial e financeira, promoção das exportações e reformas tributárias (TORRES, 2004; REZENDE, 2011). A implantação dessas reformas realizou-se por etapas e de diferentes formas (MATIAS-PEREIRA, 2016).

Matias-Pereira (2016) comparou as reformas administrativas do passado e do presente e observou que, mesmo levando em consideração as diferenças entre os países, os modos de agir e visualizar os problemas partiam dos mesmos princípios (Quadro 1).

Quadro 1 – Comparativo entre as Reformas Administrativas tradicionais e as recentes.

Fundamentos	Reformas Administrativas tradicionais	Reformas Administrativas Recentes
Ênfase	Concentravam-se na reestruturação organizacional	Buscam modificar procedimentos.
Responsabilização	Baseavam-se em um sistema autoritário, hierarquizado e rígido	Adotam mecanismos baseados no mercado.
Resultado final	Tendiam a julgar os administradores com base no processo, pelo império da lei e das normas, uma vez que o que estava prescrito deveria ser cumprido, independentemente dos resultados, pois o simples cumprimento seria sinal do dever cumprido	Dão maior atenção à eficiência, isto é, aos resultados.
O papel dos funcionários públicos	Recorriam a funcionários públicos para executar tarefas do Estado	Partem de uma nova delimitação do que deve ser executado pelo Estado e o que pode ser publicizado ou terceirizado.
O papel dos cidadãos	Tendiam a considerar os cidadãos como clientes e beneficiários passivos dos serviços públicos	Consideram os cidadãos como consumidores.
O núcleo do Estado	Tendiam a definir “serviços públicos” como algo que só o Estado podia ou devia fazer	Não impõem esses limites conceituais, embora ainda haja algumas atribuições que são exclusivas do Estado

Fonte: Adaptado de MATIAS-PEREIRA, 2016.

3.3.1 As Reformas Administrativas no Brasil

Desde o período colonial até o século XX, a Administração Pública no Brasil foi marcada pelas características patrimonialistas. Com a intenção de transpor essa forma de governar, Getúlio Vargas promoveu a primeira reforma administrativa no Brasil, conhecida como Reforma Burocrática, ao introduzir a burocracia no serviço público na década de 1930. A partir de então houve uma sequência de reformas

administrativas do Estado que não concluíram seus intentos (ARAUJO; PEREIRA, 2012).

Antes da década de 1930 a Administração Pública brasileira era delineada pelo estilo patrimonial, sem qualquer separação de natureza formal ou substantiva entre o público e o privado, comum naquele modelo de administração. Foi somente a partir da Revolução de 1930 que o Estado brasileiro começou a se fazer presente e visível na estrutura política do país e emergiu a iniciativa da burocracia racional-legal, com a tentativa de implantação de uma Administração Pública de molde *weberiano*. Estava surgindo, então, o Estado moderno, intervencionista e social no Brasil, regido pelas normas da burocracia racional-legal, embora no dia a dia esse sistema sempre tenha convivido com práticas clientelistas do modelo patrimonial (PRATES, 2007).

Na década de 1930, o Brasil acompanhou as principais nações desenvolvidas e iniciou a implantação da administração burocrática, com a organização do Departamento da Administração do Serviço Público Civil (DASP), em 1938 (Decreto-Lei 57/38). Esse órgão tinha por objetivo aprofundar a reforma administrativa, organizar e racionalizar o serviço público no país e estabelecer uma maior integração entre os diversos setores que compunham a administração pública e, ainda, diminuir as interferências privadas e político partidárias na ocupação dos cargos públicos. Por meio desse departamento foram definidas normativas para seleção e admissão de pessoal para o serviço público baseado no sistema de mérito e na realização de concursos públicos, o que foi mantido e reforçado nas décadas subsequentes (CARNEIRO e MENICUCCI, 2013; FGV, 2017). Em seguida, em 1939 foi constituído um estatuto para os funcionários públicos federais (PAIVA, 2009).

O DASP foi extinto em 1986, no Governo Sarney, sendo substituído no mesmo ano pela Secretaria de Administração Pública da Presidência da República (ROSENBERG; OHAYON, 2006).

Alguns autores consideram que no período do Regime Militar houve outra reforma administrativa (Decreto Lei nº 200/1967) (BRASIL, 1967), que consolidou a administração indireta e atribuiu às estatais relativa autonomia e permitiu atuação similar às praticadas pelas pessoas jurídicas de direito privado na gestão de recursos humanos e de materiais (IPEA, 2010).

Para Rosenberg e Ohayon (2006) a administração pública brasileira superou o patrimonialismo, atravessou a fase burocrática e ingressou na administração gerencial após a Reforma Administrativa do Aparelho do Estado, em 1995.

Estimuladas pelo movimento internacional de Reforma do Estado, proliferaram no país experiências na área de Administração Pública, cujas características básicas visavam conferir maior flexibilidade gerencial com relação à compra de insumos e materiais, à contratação e dispensa de recursos humanos, à gestão financeira dos recursos, além de estimular a implantação de uma gestão que priorizasse resultados, satisfação dos usuários e qualidade dos serviços prestados (IBANEZ *et al*., 2001). A Reforma do Estado é comumente vista como um processo de diminuição do tamanho do Estado, pela delimitação de sua abrangência institucional e pela redefinição de seu papel (BRESSER-PEREIRA, 1997).

O Estado brasileiro, diante das mudanças no cenário interno e externo, promoveu reformas institucionais que permitiram facilitar a mudança do modelo de APB para uma APG. Para Matias-Pereira (2016), a reforma gerencial no Brasil foi inspirada no gerencialismo britânico, mas também recebeu influência dos princípios da *New Public Management* (NPM), e sua implantação introduziu um novo padrão de gestão pública, também denominada de “Administração Gerencial”. Esta tem como referência o modelo de administração utilizado no setor privado, é apoiada nos princípios da flexibilidade, ênfase em resultados, minimização de custos, redução dos controles das atividades-meios, foco no cliente e controle social (MATIAS-PEREIRA, 2016).

No primeiro governo Fernando Henrique Cardoso foi criado o Ministério da Administração e Reforma do Estado (MARE), sob o comando do então ministro Bresser-Pereira, quando foi proposto o PDRAE. Este plano apresentou um diagnóstico da administração pública federal baseada nos conceitos e conjunto de ideias da NGP (ABRUCIO, 2007; SANO; ABRUCIO, 2008). Preconizou a adoção dos princípios da gestão privada nas instituições públicas, com ênfase em resultados, contratualizações, autonomia gerencial, conversão das entidades e órgãos públicos em agências que se relacionariam com a administração central por meio de contratos, e terceirização de atividades como forma de estimular a competição e reduzir custos (IPEA, 2010).

No âmbito do PDRAE, foi proposto um pacote de medidas: *i*) para o núcleo estratégico do Estado, criação de carreiras típicas de Estado, com continuidade das

características básicas da APB; *ii*) transformação de autarquias e fundações em agências executivas e reguladoras, com modelo gerencial (autonomia institucional, contratos de gestão, avaliação de desempenho, foco em resultados e satisfação do usuário); *iii*) criação de Organizações Sociais (OS) na prestação de serviços sociais e científicos como ensino, pesquisa científica, desenvolvimento tecnológico, preservação e proteção do meio ambiente, saúde e cultura (Lei no 9.637/1998); e *iv*) privatização de bens e serviços destinados ao mercado (IPEA, 2010). As OS são pessoas jurídicas de direito privado sem fins lucrativos, qualificadas como tal, com a finalidade de celebrar contratos de gestão que tenham por objeto a execução de serviços públicos, seja em equipamentos próprios, seja em equipamentos estatais (SODRÉ *et al.,* 2013).

Para Bresser-Pereira (1997) houve dois componentes ou processos básicos da Reforma do Estado dos anos 1990. O primeiro foi a delimitação das funções do Estado para diminuir seu tamanho, em termos de pessoal, por meio de programas de privatização, terceirização e publicização (transferência para o setor público não estatal dos serviços sociais e científicos). O segundo foi o aumento da governança do Estado por meio do ajuste fiscal, da reforma administrativa rumo a uma APG e, ainda, a separação entre a formulação de políticas públicas e a sua execução, no nível das atividades exclusivas de Estado.

Para Prates (2007) essa delimitação ocorreu com distinção dos setores estatais de acordo com suas funções, sendo: o do “núcleo estratégico”, composto pelo Legislativo, Judiciário, Presidência e cúpula dos ministérios; o das “atividades exclusivas”, tais como polícia, regulamentação, fiscalização, fomento e seguridade social básica; o dos serviços “não exclusivos” como universidades, hospitais, centros de pesquisa e museus e, finalmente, o da “produção para o mercado”, as empresas estatais. Nessa “definição” do papel do Estado, os serviços de saúde deveriam ser predominantemente financiados, mas não executados pelo Estado, o que caberia às organizações públicas não estatais, como as OS (BRESSER-PEREIRA, 2009).

Para Bresser-Pereira (2009), as organizações estatais e as organizações públicas não estatais são, em princípio, públicas, pois a sua orientação é para o interesse público, embora, legalmente, sejam privadas; dentre elas, as organizações públicas não estatais de ‘serviço’, como as OS e as de ‘controle social’ que também formam o terceiro setor. O instrumento básico que garantiria a administração gerencial diferenciada seria o contrato de gestão entre o poder público e a OS,

prevendo avaliação de resultados, multas, prestação de contas, processos de fiscalização e outros itens. Em contrapartida, a administração central concederia à administração local maior autonomia gerencial, liberando-a do controle dos meios, sendo que esse controle passaria a ser realizado sobre os resultados alcançados (IBANEZ, *et al*., 2001).

Contratos de gestão são documentos pelos quais a organização se relaciona com o órgão contratante mediante um conjunto de indicadores de desempenho e um plano estratégico. Um contrato de gestão inclui: missão, objetivos estratégicos e as metas da organização; indicadores de desempenho; meios e condições necessárias para a execução de compromissos formais, sobretudo alocações orçamentárias e de pessoal; processos de avaliação; instrumentos de transparência e de controle social (BRESSER-PEREIRA, 2009).

As primeiras OS foram criadas pelo Governo Federal em 1997, mas foi no Estado de São Paulo que essa forma de gestão mais se proliferou, pois em pouco tempo foram qualificadas nove na área da saúde, responsáveis pelo gerenciamento de 16 hospitais, e nove na área da cultura (SANO; ABRUCIO, 2008).

No total de OS no Brasil, no ano de 2016 que era de 820.186, 86,0% representavam associações privadas, 12,0% organizações religiosas e 2,0% fundações privadas. Desse total, 6841 (0,83%) eram na área da saúde, assim distribuídas conforme a região do país: 318 - Norte, 1189 - Nordeste, 3.424 - Sudeste, 1.412 - Sul e 498 - centro-oeste (IPEA, 2018).

Para o então ministro Bresser-Pereira, a CF de 1988 havia reforçado os piores elementos do modelo burocrático no sistema administrativo brasileiro, como a lógica dos procedimentos, a padronização e o “engessamento” da estrutura dos órgãos públicos e da política de recursos humanos. Para transformar essa situação, segundo o mesmo, seria necessário tornar a Gestão Pública mais flexível e o corpo burocrático mais responsável em relação aos cidadãos. O PDRAE foi o instrumento viabilizador dessa proposta. Ao contrário do que foi propalado na ocasião, continuaram prevalecendo a estrutura profissional e meritocrática para o funcionalismo; e sua concepção não defendia o Estado mínimo e nem tão pouco a destruição da “burocracia weberiana” (SANO; ABRUCIO, 2008).

A Reforma da Gestão Pública foi lançada no Brasil em 1995, com o PDRAE e com a Emenda Constitucional (EC) 19/98 de 04 de junho de 1998, que tinha por objetivo criar as condições jurídicas, estabelecer princípios básicos e compatibilizar

a CF/1988 naquele contexto. O PDRAE foi o ponto de partida para transformar a APB, misturada a práticas patrimonialistas, em uma APG, fundamentada nos princípios da NGP, o que levou Bresser-Pereira a denominar a “Reforma Gerencial de 1995” de “Reforma da Nova Gestão Pública” (DASSO JUNIOR, 2014).

A EC 19/98, baseada no espírito gerencial, desencadeou várias alterações na CF/1988, com a intenção de retirar “privilégios” dos servidores públicos: a estabilidade ficou submetida a certas condições, a demissão por insuficiência de desempenho passou a ser possível, e o período de estágio probatório foi ampliado de dois para três anos; eliminou-se também a possibilidade de isonomia de vencimentos entre os servidores dos três poderes e assegurou-se a revisão anual de salários, cabendo a cada poder definir o índice a ser aplicado (IPEA, 2010). Após 34 meses de debates e negociações, o Congresso Nacional aprovou essa EC conservando a maior parte de suas propostas originais, que era tornar mais flexível o sistema de estabilidade para os servidores públicos, eliminar o Regime Jurídico Único (RJU) para a contratação de pessoal do Estado e tornar a Gestão Pública mais eficiente e mais responsável, definindo instituições que motivassem os profissionais competentes e prevendo a responsabilização daqueles que supostamente não estivessem dispostos a trabalhar como deveriam (BRESSER-PEREIRA, 2009).

Associada a essas medidas, foi promulgada a Lei Complementar (LC) nº 101, de 04 de maio de 2000, conhecida como a Lei de Responsabilidade Fiscal (BRASIL, 2000), que condicionou os gastos com salários e pensões ao desempenho fiscal nos três poderes de todos os níveis de poder. Para a esfera federal, o máximo de 50% da receita líquida; nas esferas estadual e municipal, 60%. E ainda, as demissões poderiam ser autorizadas se estes tetos fossem ultrapassados, iniciando primeiramente pelos servidores não estáveis (IPEA, 2010).

Para alcançar os objetivos do PDRAE, o aparelho estatal deveria fortalecer o corpo burocrático, ao mesmo tempo em que se criaria um modelo de gestão orientado por resultados e baseado na contratualização e, assim, o Estado poderia atuar mais como regulador e promotor dos serviços públicos e menos como executor. A implementação do PDRAE foi marcada por uma série de dificuldades. Primeiramente, por uma forte reação congressual e do funcionalismo, além de não ter tido apoio social suficiente (SANO; ABRUCIO, 2008).

A passagem da gestão dos serviços públicos para empresas privadas por meio de privatizações, concessões, terceirizações, ou outros meios, também transfere para o mercado o poder sobre a agenda pública, o que pode dar origem a uma grave distorção: o ente regulador de um determinado serviço público capturado pelo ente regulado, ou seja, tensionado pelos interesses da empresa privada responsável pela execução de um determinado serviço público, passa a misturar os interesses públicos com os dos entes privados (DASSO JUNIOR, 2014).

Para atender o pressuposto da orientação por resultados e consequente avaliações de desempenho, comuns nas organizações privadas, foram necessárias várias alterações nos procedimentos operacionais. Dentre elas, o desenvolvimento e/ou adaptação de métodos de monitoramento e avaliação e a definição de metas para as agências e órgãos governamentais, com estabelecimento de objetivos para gestores de programas e/ou projetos e verificações entre o esperado e o executado. Isso exigiu uma delimitação precisa das áreas de atuação do Estado. Esse acompanhamento e mensuração de resultados foram considerados positivos para a resolução dos problemas detectados nos serviços de modo que os provedores de serviços públicos pudessem direcionar sua atenção às necessidades dos cidadãos ao invés das demandas dos processos burocráticos (REZENDE, 2011).

A aprovação da reforma foi concomitante com o processo de privatização em diversos setores da economia (telecomunicações, energia, extração de minérios) e de desregulamentação comercial da área de serviços no Brasil. Esse processo foi associado ao crescimento de conglomerados privados de saúde no Brasil e com a instituição da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), em 2000 (SOUZA, 2015). Sodré *et al*. (2013) enfatiza que nesse modelo de gestão o Estado assume o papel de “estado empresa”, aplicando uma visão de gestão mercadológica inclusive para com as políticas sociais.

Como a Reforma Administrativa no setor público no âmbito da NGP teve como premissa o foco em resultados, a orientação para o cidadão e a capacitação/qualificação de recursos humanos, outras intervenções também tiveram que ser implantadas ou implementadas como a revisão de rotinas administrativas, o desenvolvimento de instrumentos de gestão, inovações culturais (orientação para resultados e para o cidadão consumidor), incentivos relacionados ao desempenho e motivacionais que exigiram movimentação dos gestores públicos no sentido de um maior senso de interesse público às suas ações (REZENDE, 2011).

Quando terminou o primeiro mandato do então Presidente Fernando Henrique Cardoso, as instituições básicas da Reforma, sua lógica gerencial e sua preocupação central com a reconstrução do Estado foram consideradas concluídas e seu processo de implementação estava começando, na visão de Bresser-Pereira, (2009).

Após pouco mais de duas décadas, alguns dos princípios da NGP puderam ser observados em diferentes contextos nacionais, sendo eles: a separação entre as funções de execução das de controle; a abertura das burocracias para as demandas e exigências dos usuários; a concorrência de atores públicos com o setor privado e a terceirização dos serviços; o reforço das responsabilidades e da autonomia dos níveis de execução da ação pública; a gestão por resultados e a contratação pelos chamados contratos de gestão orientados para o cumprimento dos objetivos e para a avaliação de desempenho; a normalização das práticas profissionais baseadas em evidências e em experiências bem-sucedidas; a incorporação de modelos empresariais pela Administração Pública, traduzindo-se em racionalização da gestão e em severas críticas à burocracia estatal e seu corpo funcional (OLIVEIRA, 2015).

Observou-se que a Reforma Administrativa, a partir do PDRAE, ainda se encontra em fase de adaptação e implementação, seja pela elaboração de novas formas de controle, de novos instrumentos de gestão ou de novas organizações institucionais. Suas propostas estão direcionadas para elevar a eficiência e a responsabilidade das instituições (*accountability*) e alcançar níveis mais elevados de transparência na administração pública (MATIAS-PEREIRA, 2016).

O PDRAE não conseguiu viabilizar-se totalmente, nem sequer no segundo mandato do presidente Fernando Henrique Cardoso, pois os focos de resistência foram muitos, com destaque para as corporações sindicais dos funcionários públicos e os setores da elite burocrática que chefiavam as instituições públicas (PRATES, 2007).

O tema da “Reforma da Administração Pública” no Brasil esteve mais presente nos debates e na agenda política do País especialmente no período de 1995 a 1998. Além da ausência de vontade política dos governantes, as reformas se apresentaram desconexas e deslocadas, mesmo tendo sido inseridas algumas técnicas de gestão do setor privado para o setor público. Também se mostraram bastante restritas e inconclusas, pois a lógica do processo decisório, aí se entendendo a formulação e implementação de políticas públicas, não passou por

reflexão política. Os custos dessas distorções ainda repercutem na motivação dos servidores públicos, na vida dos cidadãos e na capacidade de competitividade do país. Portanto, o modelo de reforma do Estado brasileiro, baseado no paradigma neoliberal e tendo como referência a preocupação com o ajuste fiscal, não foi capaz de resolver adequadamente os problemas socioeconômicos do país, e tem-se um complicador: não se trata de reformar uma estrutura pronta, mas uma estrutura inacabada e cheia de lacunas a serem resolvidas (MATIAS-PEREIRA, 2016).

Observa-se que o modelo gerencial vem passando por distintas mudanças para ocupar o espaço do antigo modelo burocrático weberiano (MATIAS-PEREIRA, 2016) e algumas das propostas da NGP não foram bem recebidas em função de alguns diagnósticos presentes na administração pública brasileira, como: burocratização e hierarquização excessivas, na forma de um emaranhado de normas e regras, muitas vezes discordantes entre si; estruturas enrijecidas, causando custos mais elevados; controle maior dos meios que dos fins, sem preocupação com os resultados, além de que, ao mesmo tempo em que há uma tendência comportamental de cumprir a lei em sua forma, há uma propensão de burlar o seu espírito (IPEA, 2010).

Um exemplo do modelo gerencial nos serviços públicos de saúde foi a instituição da Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH) (Lei Federal nº 12.550 de 15 de dezembro de 2011) pelo governo federal, sob o pretexto da ineficiência da gestão pública e do alto custo dos hospitais federais. Essa empresa pública de direito privado, vinculada ao Ministério da Educação, foi justificada como “única” solução para os hospitais vinculados às universidades federais para a prestação de serviços de assistência médico-hospitalar, ambulatorial e de apoio diagnóstico e terapêutico, no âmbito do SUS (SODRÉ, *et al*., 2013).

Segundo análise de Santos (2009), a reforma do aparelho do Estado de 1995 foi fundamentada nas ideias do Estado mínimo e disseminou os valores do consumismo e da competitividade corporativista e individuais. Esses valores passaram a ter uma aceitação generalizada, conjugados com uma apatia com relação à consciência dos direitos sociais e das políticas públicas de proteção social, da cidadania e da própria redemocratização do Estado, que ainda eram incipientes. Este fato culminou com as responsabilidades públicas sendo abdicadas e delegadas em favorecimento do mercado terceirizado por meio de entes privados, como

fundações de apoio, Organizações Sociais (OS), Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público (OSCIP) e outras.

Na área da saúde, essa reforma também obteve continuidade com as Leis nº 9656/98 que dispõe sobre o mercado na saúde, posteriormente alterada pela medida provisória nº 2.177 de 24 de agosto de 2000 e pela criação da Agência Nacional de Saúde Suplementar autônoma em relação ao SUS, conforme Lei nº 9.961, de 28 de janeiro de 2000. Para esse autor, a verdadeira reforma do Estado deveria ter em vista a autonomia gerencial de prestadores públicos (SANTOS, 2009).

O modelo gerencial aparenta entrar em crise, pois não tem conseguido muitas vezes superar em efetividade os modelos tradicionais de Gestão Pública, pois padece pela sua excessiva ênfase racionalista e economicista, desconsiderando outros fatores importantes relativos ao Estado e sua administração. Atualmente até Bresser Pereira, principal teórico desse modelo no Brasil, através de suas manifestações na imprensa, reviu alguns dos seus conceitos da época em que capitaneou a Reforma do Estado no Brasil, durante o primeiro mandato do Presidente Fernando Henrique Cardoso (ALCÂNTARA, 2017).

A atenção que se dá à questão dos servidores públicos, em especial para a sua qualificação e formação continuada, remuneração e carreira, é crucial para se edificar um paradigma de Gestão Pública inovador e empreendedor, orientado para resultados efetivos no atendimento às demandas da população. Nesse sentido, os governantes devem demonstrar, além de vontade política de valorizar e priorizar a Administração Pública, ações práticas no sentido de aplicar todo tipo de recursos em pesquisas, em inovação no serviço público e em processos de provimento e motivação, para atuação em direção a objetivos comuns. Esses processos devem ter como referência maior o desejo de servir o público, uma vez que, o progresso tecnológico, o maior acesso a informações e as melhorias no nível sociocultural da população contribuem para aumentar também a cobrança por uma Gestão Pública moderna e eficiente (MATIAS-PEREIRA, 2016).

Neste sentido, a Reforma da Gestão Pública no Brasil introduziu legislações, conceitos, estratégias e procedimentos que, mesmo não tendo sido implementados integralmente e linearmente em todos os níveis e áreas de governo, influenciam a Gestão do SUS como contratos de gestão, contratualizações, avaliações de

desempenho, terceirizações, nova delimitação das funções do Estado, medidas de cunho fiscal e legislativas com relação aos servidores públicos.

3.4 Gestão do SUS

A Gestão Pública é muito mais ampla e complexa do que a administração de empresas e a gestão de negócios privada, que são focadas nos clientes e na competição de mercado (MATIAS-PEREIRA, 2009). Na área da saúde, o gestor do SUS é a “autoridade sanitária” em cada esfera de governo, e sua atuação deve ser pautada pelas bases e valores da Reforma Sanitária Brasileira (RSB) e pelos princípios da Administração pública, ou seja, legalidade, impessoalidade, moralidade, publicidade e eficiência (MACHADO; LIMA; BAPTISTA, 2011; BRASIL, 1988).

Para o desempenho de suas funções e atribuições de gestão, são necessários um conjunto de saberes, conhecimentos e habilidades, tanto no campo da Gestão Pública como no campo da Gestão da Saúde, uma vez que a mesma é permeada por duas dimensões, a política e a técnica. A política, por fazer parte de um determinado projeto de governo e que deve dar respostas ao seu chefe de governo, além de se relacionar com outras instâncias e outros órgãos de governo. A técnica, por ser o gestor uma autoridade sanitária responsável por comandar políticas de saúde conforme princípios e diretrizes do SUS (MACHADO; LIMA; BAPTISTA, 2011).

Podem-se identificar quatro grandes grupos de funções gestoras na saúde: formulação de políticas/planejamento; financiamento; regulação, coordenação, controle e avaliação; e prestação direta de serviços de saúde**.** Cada uma dessas macrofunções compreende, por sua vez, uma série de subfunções e de atribuições dos gestores, nas quais se encontra a gestão do trabalho (MACHADO; LIMA; BAPTISTA, 2011).

Em outras palavras, a gestão da saúde envolve uma expressiva gama de funções, como a formulação, implementação e avaliação de políticas e de planos de ação; planejamento; regulação; gestão de recursos financeiros; acompanhamento e controle de ações de saúde e de contratos estabelecidos; garantias do funcionamento efetivo das instâncias de participação social; e responsabilidade pelo sistema de saúde local e seus resultados (KUSCHNIR, *et al*., 2010). A gestão local

tem no conceito de território uma de suas principais questões e ponto de partida para as intervenções, sendo este um espaço social de construção de identidades e de políticas públicas. Sua construção decorre do processo histórico resultante da ação das pessoas em permanente transformação. (JORGE *et al.,* 2015).

Com a Constituição Federal e o princípio da descentralização, os municípios foram reconhecidos como entes federativos autônomos, sendo equiparados à União e aos estados (art. 18). A partir da década de 1990, com o processo de municipalização, os governos locais tornaram-se os principais responsáveis pelos serviços de saúde e educação fundamental. A descentralização também permitiu que os municípios passassem a contar com recursos financeiros provenientes de transferências constitucionais, como o Fundo de Participação dos Municípios (FPM), recursos específicos para o desenvolvimento de políticas públicas sociais universais, além de recursos próprios (impostos sobre serviços e sobre a propriedade territorial urbana). Mas as transferências federais são a principal fonte de receita dos municípios pequenos e médios (SALLES, 2013).

A municipalização das ações e serviços durante a década de 90 foi organizada por meio das Normas Operacionais Básicas (NOB), instrumentos que regulamentaram a descentralização das ações e serviços; a organização da gestão descentralizada do SUS, a reorganização do modelo de atenção à saúde no país, e por fim, a orientação do processo de regionalização da assistência à saúde. No período 1991/2002, foram publicadas quatro normas operacionais: a NOB-SUS 01/91, (revisada e reeditada em 92); a NOB-SUS 01/93; a NOB-SUS 01/96; e, a Norma Operacional da Assistência à Saúde (NOAS-SUS) 01/2001 (revisada e reeditada em 2002) (WARGAS, 2004; PINTO E TEIXEIRA, 2011).

A partir de 2006, o desenvolvimento do SUS passou a se fundamentar nos Pactos pela Saúde, sendo o Pacto pela Vida, Pacto em Defesa do SUS e Pacto de Gestão, como um conjunto de reformas pactuadas/acordadas entre as três esferas de gestão. Os Pactos pela Saúde continham orientação de condução político gerencial que reforçava a regionalização dos serviços e abrangia a proposta de constituição de redes integradas que articulassem os diferentes níveis de atenção, além de modificar a forma de transferência de recursos federais para os demais entes federados. A transferência de recursos passou a compreender cinco grandes blocos de financiamento, a saber: Atenção Básica, Média e Alta Complexidade da

Assistência, Vigilância em Saúde, Assistência Farmacêutica e Gestão do SUS (CNS, 2006; PINTO E TEIXEIRA, 2011).

Dentro do Pacto de Gestão, a regionalização foi reforçada como uma estratégia para o fortalecimento da articulação entre os gestores no âmbito do processo de pactuação interfederativa. Entretanto, como existe uma relação de interdependência entre os entes federados, evidencia-se a necessidade de se instituírem mecanismos que englobem a coordenação e cooperação entre estes (JORGE et al., 2015).

Considerando que a regionalização é uma diretriz do SUS e um eixo estruturante do Pacto de Gestão, devendo orientar a descentralização das ações, os serviços de saúde e a organização da RAS, o MS publicou a Portaria MS/GM nº 4272/2010. Essa portaria estabeleceu diretrizes para a organização das RAS como arranjos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas, integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, com o objetivo de garantir a integralidade do cuidado (BRASIL, 2010a).

Em 2011, o Decreto Federal nº 7508 de 28/06/2011 regulamentou a Lei Orgânica da Saúde (Lei 8080/1990), que dispôs sobre a organização do SUS, o planejamento e a assistência à saúde, a articulação interfederativa, e estabeleceu o conceito de Região de Saúde, como um:

> Espaço geográfico contínuo constituído por agrupamentos de Municípios limítrofes, delimitado a partir de identidades culturais, econômicas e sociais e de redes de comunicação e infraestrutura de transportes compartilhados, com a finalidade de integrar a organização, o planejamento e a execução de ações e serviços de saúde.

Para que se caracterize uma região de saúde, esta deve conter no mínimo: ações e serviços de vigilância em saúde, atenção primária à saúde, urgência e emergência, atenção psicossocial e atenção ambulatorial especializada e hospitalar. O acesso ao sistema deve se iniciar pelas portas de entrada do sistema (serviços de atenção primária, de urgência e emergência, psicossocial e especial de acesso aberto) e completar-se na rede regionalizada e hierarquizada, de acordo coma complexidade do serviço (BRASIL, 2011).

Para Santos (2009), a Constituição Federal de 1988 na área que diz respeito à saúde, ao mesmo tempo em que concedeu autonomia aos estados e municípios tornando-os entes federados, os obrigou a negociarem e pactuarem suas próprias autonomias, como por exemplo, na implementação da diretriz da Hierarquização e

Regionalização dos serviços de saúde, o que só pode ser executado em contextos regionais.

Paim e Teixeira (2007) apontam fragilidades que interferem no exercício das diversas e complexas tarefas relacionadas com a gestão do SUS como: falta de gestão profissionalizada; fragilidade institucional e ineficiência da gestão de sistemas; “engessamento” do processo de gestão de serviços e recursos estratégicos, aí incluída a gestão da força de trabalho; inadequadas opções para vencer essas fragilidades; e dificuldade de articulação intersetorial com as demais instituições gestoras de políticas e programas na área econômica e social.

Ainda é recorrente a concepção de que prevalecem as estratégias e metodologias tradicionais na gestão das organizações de saúde, públicas ou privadas, baseadas na teoria clássica da administração (LORENZETTI *et al*., 2014), iniciada por Henri Fayol na primeira metade do século XX e caracterizada pela ênfase na estrutura organizacional (CHIAVENATO, 2003), no planejamento, na organização, na direção e no controle como base para o processo de administração (MARTINS; DAL POZ, 1998).

Decorridas quase três décadas do início do processo de descentralização dos serviços de saúde no País, que se iniciou nos anos 1990, nem todos os municípios possuem capacidade técnico gerencial e estrutura para responder adequadamente às exigências requeridas por uma gestão tão complexa como é a da saúde, especialmente os MPP, isto é, aqueles que possuem população até 20.000 habitantes (NUNES *et al*., 2015).

O Ministério das Cidades estabeleceu como municípios de pequeno porte aqueles que possuem população até 20.000 habitantes (BRASIL, sd), assim como a Política Nacional de Assistência Social (PNAS) (BRASIL, 2005a). O Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) também classifica como pequenos os municípios com até 20.000 habitantes (IBGE, 2011). Estes municípios apresentam maior probabilidade de sofrerem dificuldades em relação à capacidade de gestão ou fragilidades para alocar recursos materiais e humanos. Por isso necessitam de maior apoio no processo de planejamento e tomada de decisões, para que possam identificar suas demandas e as informações relevantes (VIDOR; FISHER; BORDIN, 2011).

A gestão em saúde também é mais fragilizada nos municípios com economia predominantemente rural ou com baixa densidade demográfica, devido a

condições de acesso geográfico aos serviços, precariedade das condições de vida, ausência de participação popular e dificuldade de provimento de recursos humanos (CALVO *et al,* 2016).

Há grandes diferenças entre os municípios brasileiros, entre as regiões, entre os Estados e também dentro de cada região de cada estado. Existem muitas disparidades de recursos (materiais e humanos) entre os municípios, o que acaba por aumentar as distâncias entre os mesmos (SALLES, 2013).

Mesmo havendo diferenças entre os Estados, regiões e municípios, vários outros desafios se apresentam para a gestão municipal da saúde na busca de garantia da atenção universal, equitativa e integral: problemas de financiamento, ausência ou insuficiência de redes integradas de serviços, problemas na pactuação dos serviços contratados e conveniados, baixa sustentabilidade política e institucional, dificuldades e morosidades burocráticas, falta de prioridades, interferência política e rotatividade de pessoal (SILVA *et al*., 2014).

Sendo assim, os gestores da saúde têm, cada vez mais, sentido a necessidade de organizar/reorganizar suas rotinas e os processos de trabalho e de contar com equipes qualificadas para conduzir as políticas de saúde segundo as determinações constitucionais e legais da Administração Pública e do SUS (MACHADO; LIMA; BAPTISTA, 2011; CONASS, 2015).

Dentro da gestão do SUS, são reconhecidos os desafios gerenciais especificamente na gestão do trabalho face às exigências requeridas por uma área tão complexa como é a do trabalho em saúde.

As funções de gestão do trabalho e educação na saúde, além de contarem com o aspecto político, que envolve tanto as decisões estratégicas quanto a formulação de grandes diretrizes, têm também uma importante dimensão técnica e operacional requerendo a existência de uma estrutura organizacional especializada para cumprir sua real missão institucional. As funções dessas estruturas consistem em realizar: a) o levantamento e adequado manejo das informações; b) o planejamento das ações de gestão do trabalho e de educação na instituição; e c) a interlocução permanente com todos os setores da instituição em que se insere e com seus trabalhadores (BRASIL, 2006c).

3.4.1 Gestão do trabalho em saúde

O trabalho em saúde é o conjunto de atividades exercidas por trabalhadores nos serviços de saúde, públicos e privados, contratados ou conveniados, de caráter permanente ou temporário, desde que exercidas no interior do SUS.

O trabalhador em saúde é o indivíduo que atua direta ou indiretamente na prestação de serviços de saúde, com formação específica para o desempenho ou não de funções, mas é condição que tenha ligação com a atividade. Já o profissional de saúde é o indivíduo que detém formação profissional específica, qualificação prática ou acadêmica para o desempenho de atividades ligadas diretamente ao cuidado ou às ações de saúde, atuando como empregado ou não (BRASIL, 2009b).

A composição multiprofissional em saúde varia de acordo com o perfil de cada instituição e com o grau de complexidade de seus setores, mas de forma ampla é composto por médicos, categorias da enfermagem, fisioterapeutas, nutricionistas, terapeutas ocupacionais, fonoaudiólogos, psicólogos e outros; e nas funções de apoio estão os setores/áreas de administração, manutenção, recepção, assistência social, cozinha, limpeza, etc. (SOUZA, 2015).

Conforme a Resolução nº 287 de 08/10/98 do Conselho Nacional de Saúde (CNS), são 14 as categorias profissionais de saúde de nível superior: assistente social, biólogo, biomédico, profissional de educação física, enfermeiro, farmacêutico, fisioterapeuta, fonoaudiólogo, médico, médico veterinário, nutricionista, odontólogo, psicólogo e terapeuta ocupacional (CNS, 1998).

Nas sociedades modernas, a gestão do trabalho ocupa posição fundamental nos serviços públicos que enfrentam situações complexas, as quais exigem recursos voltados para o aperfeiçoamento desse setor. Essa área, por vezes tão marcada por conflitos que interferem de forma decisiva na qualidade dos serviços oferecidos, em especial nas organizações de saúde (BRASIL, 2009a). Segundo Nunes *et al*., (2015, p. 188): “*nenhum sistema de saúde pode existir se não houver trabalhadores de saúde*”.

Problemas relacionados ao campo da gestão e da formação de recursos humanos são apontados como um dos principais fatores que levam à desqualificação dos serviços de saúde. Isso demonstra que a gestão dos recursos

humanos é um tema que necessita sempre de maior atenção e empenho, com incentivo à utilização de métodos para possibilitar a resolução das distorções existentes no gerenciamento da força de trabalho (BRASIL, 2009a).

Desde a década de 1980 têm sido realizadas discussões acerca do tema e, como desdobramento da 8ª Conferência Nacional de Saúde (CNS), foi realizada a Conferência Nacional Temática de Recursos Humanos (CNRHS), em outubro de 1986, cujo tema central foi a 'Política de Recursos Humanos Rumo à Reforma Sanitária'. A segunda CNRHS aconteceu em 1993, com a temática central 'Os Desafios Éticos frente às Necessidades no Setor Saúde' (MOYSES, 2010).

A partir das propostas das conferências, foram organizados os "Princípios e Diretrizes para a Norma Operacional Básica de Recursos Humanos para o SUS (NOB/RH-SUS)". Esse documento foi aprovado pela plenária da 10ª Conferência Nacional de Saúde (CNS), realizada no ano de 2000, alterado pelas 11ª pela 12ª CNS e aperfeiçoado até chegar à terceira versão, datada de 2005. A terceira conferência temática só foi acontecer em 2006 (etapa nacional) e incorporou a terminologia de 'gestão do trabalho', tendo sido denominada de 3ª Conferência Nacional de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Essa conferência tinha como objetivo propor as diretrizes nacionais para a implementação da política de gestão do trabalho e da educação na saúde, tendo como referência a NOB/RH-SUS (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2005).

A NOB/RH-SUS explicita atribuições e responsabilidades dos gestores de cada esfera de governo para com a Gestão do Trabalho no SUS, sendo que para as três esferas de gestão constam: elaboração de diagnóstico da área; realização de concurso público para provimento da força de trabalho; implementação de PCCS, gestão colegiada e Mesa de Negociação Permanente; convocação de conferencias temática de Gestão do Trabalho; proporcionar condições dignas de trabalho e instituir comissões locais de saúde ocupacional; instituir espaços para discussão dos processos de trabalho e de EPS e constituir órgão ou designar equipe de trabalho responsável pela Gestão do Trabalho, dentre outras (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2005).

Em atenção às demandas da área, o Ministério da Saúde (MS) criou a Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES) em 2003, inicialmente estruturada em dois departamentos: o Departamento de Gestão e Regulação do Trabalho em Saúde (DEGERTS), que trata das políticas de gestão,

planejamento e regulação do trabalho em saúde e o Departamento Gestão da Educação na Saúde (DEGES), que se refere às políticas de formação, qualificação profissional e EPS dos trabalhadores do SUS (MOYSES, 2010; MINISTÉRIO DA SAÚDE, SD).

Atualmente a SGTES conta com mais um departamento: o Departamento de Planejamento e Regulação da Provisão de Profissionais de Saúde (DEPREPS) que tem a responsabilidade de ampliar o acesso ao atendimento médico de qualidade para populações desassistidas, buscar a mudança da formação médica e o aumento de oportunidades de residências, onde são vinculados o Programa Mais Médicos para o Brasil (PMMB), o Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica (PROVAB) e o Programa Nacional de Formação de Especialistas para o SUS (Pró-Residências) (MINISTÉRIO DA SAÚDE, SD).

A SGTES foi considerada por Pierantoni *et al*. (2013) como o principal instrumento federal para mobilizar a formação e a EPS no setor saúde e para propor o planejamento e formulação de políticas de gestão e de regulação da força de trabalho do SUS. Além de instituir as diretrizes nacionais da política de Recursos Humanos (RH) em saúde, adotou estratégias indutoras com investimentos técnicos, políticos e financeiros para a qualificação da gestão.

Pierantoni, Varella e França (2004), explicaram que ocorreu uma superação do termo “RH” pelo conceito de Força de Trabalho em Saúde (FTS), que vem das ciências políticas e considera fenômenos do trabalho, do trabalhador e de suas relações. O termo “RH” é proveniente da ciência da administração e nivela a FTS no mesmo patamar dos recursos financeiros e materiais. O termo FTS remete à produção, ao binômio emprego-desemprego, remuneração-vinculação e divisão do trabalho, e tem relação com os aspectos demográficos e macroeconômicos do trabalho em saúde (NUNES *et al.*, 2015).

A expansão desse termo para o modelo conceitual de ‘gestão do trabalho e educação’ enfatiza as modalidades de contratação, capacitação e formação; avaliação; remuneração; condições de trabalho; regulação das relações sociais de trabalho e gestão do processo de trabalho, envolvendo os diferentes níveis de governo, e não mais se restringindo ao campo de ‘RH’ como insumos (SANTINI et al., 2017). No entanto, no Brasil, a expansão das políticas de recursos humanos para as da gestão do trabalho ainda é bastante incipiente em grande parte dos serviços de saúde (RIZZOTTO *et al*., 2014) e apesar das inovações nos processos

de gestão e da atualização dos termos, ainda há prevalência do cumprimento de funções burocráticas na gestão do trabalho (SANTINI *et al*., 2017).

A gestão do trabalho trata da relação do trabalhador com o seu trabalho, envolve a valorização destes aspectos por meio da regulação e regulamentação do trabalho. Deve promover condições de trabalho adequadas, possibilidades de progressões na carreira por meio de PCCS, desenvolvimento de processos de EPS na formação e qualificação dos trabalhadores e participação destes nos processos de trabalho e de formulação de políticas. Abrangem também questões relacionadas a toda vida funcional do trabalhador como garantia de direitos trabalhistas, vínculos de trabalho protegidos socialmente, dentre outros (VIANA, 2013; NUNES *et al*., 2015; RIZZOTTO *et al*., 2014).

A gestão do trabalho considera o trabalhador como sujeito e agente transformador da realidade e não um mero ‘recurso’ cumpridor de tarefas pré-definidas em outras instâncias, desconectado do ambiente de trabalho e de sua equipe, assim, valorizando sua participação para a consolidação do SUS (RIZZOTTO *et al*., 2014).

Desta forma, o papel dos trabalhadores vai bem além de ficarem dispostos em uma ou outra função, como acontece com os recursos materiais ou financeiros que são solicitados e empregados segundo tabela já definida e conforme convier aos gestores, cumprindo um papel independentemente de sua inserção e relação com o trabalho. O dinamismo do trabalho implica nessa interação do trabalho com o trabalhador, em que ambos se moldam continuamente, no sentido de “mão dupla”, pois o trabalho em saúde é um bem social para o desenvolvimento humano, cujos trabalhadores são protagonistas do desenvolvimento e melhoria dos sistemas de saúde (BRASIL, 2009a).

Assim, nesse processo, a atenção e a gestão devem se aperfeiçoar mutuamente, por meio de formas de organização e de processos de trabalho que promovam o crescimento e a corresponsabilização entre serviços e trabalhadores, buscando possibilidades de desenvolvimento das equipes, participação na gestão e abertura de canais de comunicação (BRASIL, 2009a).

Nesse sentido, é importante que os sujeitos-trabalhadores das diferentes categorias profissionais despertem para a necessidade das práticas de EPS no seu processo de trabalho para que possam atuar a partir dos princípios da integralidade, da interdisciplinaridade, e que isso resulte em melhores condições de trabalho e de

atenção aos cidadãos. Nessa perspectiva de transformação, a EPS é uma estratégia que visa superar o aperfeiçoamento técnico, ao possibilitar a esses sujeitos-trabalhadores buscarem sua autonomia e cidadania. Busca romper paradigmas que são socialmente aceitos, ao contrário da perspectiva da reprodução, que procura reforçar o instituído (SILVA *et al.*, 2010).

A EPS pode ser entendida como aprendizagem no trabalho e para ele, onde o aprender e o ensinar se incorporam ao cotidiano das pessoas e das organizações. É realizada a partir dos problemas enfrentados na realidade e leva em consideração os conhecimentos e as experiências que as pessoas trazem. Baseia-se na aprendizagem significativa e na problematização do processo de trabalho, visando a transformação das práticas profissionais e da própria organização do trabalho. Considera que as necessidades de formação e desenvolvimento dos trabalhadores sejam pautadas pelas necessidades de saúde das pessoas e populações (BRASIL, 2009c).

A EPS foi instituída no SUS inicialmente pela portaria GM/MS n. 198, de 13 de fevereiro de 2004 (BRASIL, 2004), posteriormente alterada pela portaria GM/MS n. 1996, de 20 de agosto de 2007 (BRASIL, 2007a), com novas orientações e estratégias para a implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS). Tem como propósito modificar as práticas pedagógicas e de saúde, e contribuir para o processo de desenvolvimento individual e coletivo dos profissionais da saúde (STROSCHEIN; ZOCCHE, 2012).

Dentre todos esses aspectos, o MS incluiu como requisitos básicos para a valorização do trabalho e do trabalhador da saúde a criação de espaços de discussão e negociação das relações de trabalho, como mesas de negociação permanente e comissões locais de negociação de condições de trabalho, e a humanização da qualidade do trabalho em saúde (BRASIL, 2009a).

Junqueira *et al*. (2009) defenderam que para a ampliação na democratização na saúde, a gestão do trabalho no SUS não pode ser considerada somente por questões técnicas, mas sim, por questões tecnopolíticas, pois envolve mudanças nas relações, nos processos, nos atos de saúde e nas pessoas. Sua atuação deve ser estruturada e planejada no interior e para fora das instituições de saúde.

Os modelos e a postura da gestão nos serviços do SUS recaem diretamente sobre as relações de trabalho, pois tanto podem obstruir como alavancar as possibilidades dos trabalhadores de saúde atuarem como sujeitos e protagonistas

no desenvolvimento de suas atividades, dando margem à criação e manutenção de espaços de negociação para o debate de suas reivindicações, no processo de sindicalização e na organização dos próprios trabalhadores (ASSUNÇÃO, 2012).

O processo de descentralização e de municipalização provocou uma profunda inversão na forma de contratação de pessoal no SUS, favorecida pela indução de políticas públicas, principalmente pela União, para execução nos níveis locais, como a Estratégia Saúde da Família (ESF) e seus desdobramentos; os Serviços de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU); os Centros de Especialidades; as Farmácias Populares e as Unidades de Pronto Atendimento (UPA), dentre outras. Como o SUS organizou-se e expandiu-se por meio dos municípios, isso aumentou a admissão e vinculação dos trabalhadores de saúde pelos mesmos e diminuiu pela União e Estados, ocasionando relevantes alterações no provimento e na estruturação da FTS no Brasil (BRASIL, 2006a).

Como a gestão do trabalho no SUS também trata das questões relacionadas a toda vida funcional do trabalhador, serão abordados, neste trabalho, os instrumentos e o arcabouço legal a respeito dos cargos públicos e seu respectivo provimento, regime jurídico de admissão, formas de remuneração, seleção, características relativas a efetividade e estabilidade, PCCS e tipos de vínculos.

3.4.1.1 Provimento dos cargos públicos

Cargos públicos são criados por lei na estrutura da Administração Pública para serem providos por agentes para que, por sua vez, exerçam suas funções, isto é, a obrigação legalmente atribuída aos órgãos, cargos e seus agentes. O cargo faz parte do órgão, e o agente, como pessoa física, o ocupa na condição de titular. Órgãos, cargos e funções existentes na Administração Pública são criações legais que se materializam nos agentes, que são as pessoas físicas. Na estruturação do serviço público, o Estado cria cargos e funções, carreiras, faz provimentos e lotações, estabelece remunerações e vantagens e determina os deveres e direitos para os servidores. Assim, os cargos, suas funções e suas formas de provimento serão sempre sistematicamente determinados por lei a fim de proteger o interesse público (COELHO, 2009).

O provimento é definido como ato que designa a pessoa para ocupar o cargo público ou preenchimento do cargo público com a nomeação de seu titular. O

provimento pode ser classificado como originário (pressupõe a inexistência de uma relação jurídica anterior entre o servidor e a Administração) ou derivado (pressupõe relação prévia com o serviço público, isto é, decorre de um vínculo anterior entre o servidor e a Administração) (MARCONDES, 2016).

A nomeação é a única forma possível de provimento originário. Dá-se, em regra, mediante aprovação em concurso público para cargos efetivos (CF, art. 37, II) ou nomeação para cargos de provimento em comissão, estes sempre de natureza transitória, podendo ser extintos a qualquer momento, já que são cargos de livre nomeação e da confiança dos agentes públicos hierarquicamente superiores (COELHO, 2009). As demais são formas de provimento derivado podendo ser por promoção, readaptação, reversão, aproveitamento, recondução e reintegração. (MARCONDES, 2016).

Marcondes (2016) reforça que para ser considerado servidor público é essencial que haja um vínculo de trabalho de natureza permanente e com subordinação à Administração Pública direta ou indireta. Esse vínculo pode ser classificado da seguinte forma:

a) **Estatutário**: a relação jurídica é ditada por regras estabelecidas unilateralmente pelo Poder Público, sem natureza contratual. São os detentores de cargos de provimento efetivo e os de cargo em comissão (direção, chefia e assessoramento);
b) **Celetista**: regidos por norma do Direito do Trabalho, principalmente aquela prevista na Consolidação das Leis Trabalhistas (CLT), isto é, o empregado público, cujo vínculo de trabalho se dá com a Administração Direta e as pessoas jurídicas de direito público da Administração Indireta, como autarquias e fundações;
c) **Jurídico administrativo**: quando contratados, temporariamente, nos termos da lei de cada ente da federação, para atender à necessidade temporária de excepcional interesse público.

Os vínculos estatutários e o regime da CLT para os empregados públicos apresentam como características, além da previsão legal, a existência de proteção social que inclui a plenitude dos direitos trabalhistas e previdenciários e a indeterminação temporal dos contratos. Outras formas não asseguram a proteção plena. A administração pública não dispõe de um modelo institucional ajustado à

prestação de serviços públicos essenciais que assegure ao mesmo tempo, segurança e flexibilidade e que seja público ou de propriedade pública (GIRARDI *et al*., 2010).

Para o provimento de cargos efetivos a CF/1988 exige-se a realização de concurso público, como uma das regras de Direito Público, que incide sobre todos os órgãos e entidades públicas (BRASIL, 1988). O concurso público de provas ou de provas e títulos é requisito para a investidura em cargos e empregos públicos, a fim de selecionar os candidatos mais preparados para o seu exercício, conforme artigo 37 da CF/1988 (BRASIL, 1988). Existem duas exceções estabelecidas pelo legislador constituinte para adequar o princípio do concurso público com a dinâmica da máquina administrativa e do serviço público em que se dispensa o concurso: o cargo em comissão declarado de livre nomeação e exoneração e a contratação por tempo determinado, para atender a necessidade temporária de excepcional interesse público (MARCONDES, 2016).

Os cargos em comissão, as funções de confiança ou Função Gratificada (FG) se restringem às atribuições de direção, chefia ou assessoramento e também são demissíveis livremente, sem motivação. No entanto, as FG são exercidas por titulares de cargos efetivos ou servidores de carreira, designados pela autoridade competente (MARCONDES, 2016).

Apresentar-se-á, na sequência, algumas previsões constitucionais e de outras legislações importantes relativas ao provimento de cargos na Administração Pública, como RJU, remuneração e teto remuneratório, estabilidade e plano de carreiras, que devem ser observados para a gestão do trabalho nos serviços públicos.

3.4.1.2 Regime jurídico de pessoal

A Administração Direta ou centralizada rege-se integralmente pelo Direito Público, conforme estabelecido na CF/1988. Cada ente federado deve dispor, em lei, as normas específicas que recairão sobre os seus órgãos e entidades públicos e compor, assim, seu núcleo específico de regras de Direito Público, como no caso do regime jurídico de pessoal, que se rege por lei própria de cada ente (SALGADO, 2012).

A CF/1988 estabelece que o regime jurídico dos servidores da Administração Pública direta e das entidades públicas de Direito Público (autarquias e fundações públicas de Direito Público) será único (art. 37, caput). Segundo Salgado (2012), o RJU apresenta algumas características, como: organização dos servidores em carreiras criadas por Lei (art. 39, caput); participação em cursos de formação e aperfeiçoamento como condição para a promoção na carreira (art. 39, §2º); observância de critérios distintos estabelecidos em lei para admissão, quando a natureza do cargo o exigir (art. 39, §3º).

Há uma exceção quanto ao RJU devido a EC nº 51/06 que autorizou os gestores do SUS a contratarem Agentes Comunitários de Saúde (ACS) e Agentes de Combate às Endemias (ACE) pelo regime jurídico celetista ou, se houver outra norma local, pelo regime estatutário. O recrutamento deverá ser sempre pela realização de processo seletivo simplificado ou concurso público (MARCONDES, 2016).

No mesmo ano de 2006 foi promulgada a Lei Federal nº 11.350/06 que normatizou, nos artigos 2º e 8º, que o exercício das atividades das categorias de ACS e ACE dar-se-á exclusivamente no âmbito do SUS por meio de vínculo direto com o órgão ou entidade da Administração Direta, Autárquica ou fundacional, e submetidos ao regime jurídico da CLT sob a condição de emprego público, salvo em caso de legislação local diversa. Essa mesma lei também estabeleceu o pagamento de piso salarial profissional nacional para jornada mínima de 40 horas semanais e especificidades quanto a plano de carreira, dentre outras. A partir dessa lei não se admite mais a contratação temporária para o exercício dessas funções, a não ser para o combate a surtos endêmicos (MARCONDES, 2016).

3.4.1.3 Remuneração do servidor público

A CF/88 estabelece duas formas de retribuição pecuniária para o servidor público: remuneração e subsídio. A remuneração compreende o vencimento básico, acrescido de vantagens pecuniárias que podem ser definitivas ou transitórias em virtude de tempo de serviço, desempenho de funções especiais ou por condições pessoais do servidor. O sistema de subsídio foi inserido pela EC nº 19/98 e corresponde ao pagamento em parcela única, vedado o acréscimo de qualquer

gratificação, adicional, abono, prêmio, verba de representação ou outra espécie remuneratória para agentes políticos (MARCONDES, 2016).

Os vencimentos dos servidores públicos devem ser estabelecidos por meio de edição de lei específica, observada a iniciativa específica em cada caso, conforme art. 37, X da CF/88. Dessa forma, compete ao Chefe do Poder Executivo, em cada esfera de governo, a proposição de lei que estipule a criação de cargos, funções ou empregos, ou aumento de sua remuneração (MARCONDES, 2016). Esse mesmo artigo da CF/88 assegura aos agentes públicos a 'revisão geral anual da retribuição', com o objetivo de recompor as perdas inflacionárias, em data única e com índices iguais para todos servidores, mediante lei específica (MARCONDES, 2016).

Os servidores públicos desfrutam de direitos sociais como o décimo terceiro salário; gozo de férias anuais remuneradas com, pelo menos, um terço a mais do que o salário normal; gratificações de insalubridade e periculosidade conforme art. 39, §3º da CF/88; e o princípio da irredutibilidade de subsídios e vencimentos, conforme o Art. 37, XV da CF/88 (MARCONDES, 2016).

A EC 41/03 definiu um limite remuneratório nacional, sendo que para os servidores do Poder Executivo dos Estados o limite é o subsídio do Governador do Estado e na esfera municipal, esse teto deve observar o subsídio mensal percebido pelo Prefeito. Esses limites são aplicáveis para toda Administração Pública, Direta e Indireta, inclusive às empresas públicas e às sociedades de economia mista que recebam recursos públicos para custeio com pagamento de pessoal (MARCONDES, 2016).

3.4.1.4 Efetividade e estabilidade do servidor público

O Estado atribui aos seus servidores efetivos uma série de garantias inexistentes no mercado – como a estabilidade e a irredutibilidade dos vencimentos. Mesmo com a garantia da estabilidade, o Estado pode transformar ou extinguir o cargo e, nesse caso, o servidor será posto em disponibilidade, recebendo remuneração proporcional ao seu tempo de serviço até que a Administração o reaproveite em outro cargo. Até que isso ocorra, fica sem perspectivas de ascensão funcional e salarial (COELHO, 2009).

A maioria dos agentes públicos não tem delimitação temporal para o exercício do seu cargo e, após o cumprimento e aprovação no estágio probatório, tornam-se agentes efetivos, adquirindo estabilidade no serviço público. A estabilidade é uma forma de proteção para o servidor contra possíveis pressões de governantes e como compensação por alguns deveres e restrições que recaem exclusivamente sobre os servidores públicos (COELHO, 2009).

No entanto, com a EC no 19/1998, a estabilidade do servidor ficou submetida a certas condições, pois a demissão por insuficiência de desempenho passou a ser possível e o período de estágio probatório foi ampliado de dois para três anos (IPEA, 2010). Portanto, a estabilidade não é adquirida automaticamente, com o passar do tempo, como acontecia antes da alteração constitucional promovida por essa emenda, uma vez que agora é condição obrigatória a avaliação de desempenho com resultado positivo para obtenção da estabilidade (MARCONDES, 2016).

Ainda, o direito à permanência no cargo não é absoluto, pois existe a previsão de hipóteses para perda do cargo (art. 41, §1º), como sentença judicial transitada em julgado; processo administrativo disciplinar em que se verifica conduta omissiva passível de demissão; desempenho insuficiente após avaliação periódica, sempre garantido o devido processo legal; e, finalmente, quando houver excesso de despesa com pessoal, isto é, quando os gastos ultrapassarem os limites estabelecidos na Lei Complementar nº 101/2001, a LRF (MARCONDES, 2016).

3.4.1.5 Plano de Carreira, Cargos e Salários (PCCS)

A carreira compreende e sistematiza a trajetória laboral dos trabalhadores, dá sentido e motivação às atividades realizadas e orienta a mobilidade no mercado de trabalho, por isso tem função tanto social como administrativa. Os servidores públicos, principalmente os de áreas prioritárias, como saúde, educação e segurança, sempre reivindicam carreiras que proporcionem valorização salarial, benefícios e melhores condições de trabalho (VIEIRA *et al*., 2017).

A carreira compreende desde o ingresso do trabalhador no cargo ou emprego até o seu desligamento e é regida por regras específicas de admissão, desenvolvimento profissional, remuneração e avaliação de desempenho (BRASIL, 2009b).

Define-se Plano de Carreira, Cargos e Salários do SUS (PCCS-SUS) como o conjunto de princípios e diretrizes que orientam a entrada no cargo e estabelecem formas de desenvolvimento pessoal e profissional dos trabalhadores com a finalidade de colaborar para o aprimoramento dos serviços prestados. É considerado um importante instrumento de gestão da política de pessoal para a valorização do trabalhador e de sua carreira no SUS (BRASIL, 2009b).

No Artigo 39, caput da CF de 1988 está especificado a obrigatoriedade da organização dos servidores em carreiras criadas por lei. A Lei Federal 8142/90 preconizou a instituição de uma Comissão de elaboração do PCCS-SUS com prazo de dois anos para sua implantação, a fim de que os municípios e os estados e DF pudessem receber recursos financeiros da União para financiamento da saúde.

No ano de 2007 foram publicadas as Diretrizes Nacionais para a instituição ou reformulação de PCCS-SUS, com subsídios técnicos à instituição de regime jurídico de pessoal, conforme a Portaria GM/MS nº 1.318 de 05/06/2007 (BRASIL, 2007b). Logo em seguida, mais precisamente em 14/08/07, por meio da Portaria 1963 GM/MS, foi instituída uma comissão para assessorar os órgãos e as instituições do SUS na elaboração ou na reformulação de PCCS (BRASIL, 2007c).

Sempre que esse tema foi discutido, uma das ideias defendidas era a da necessidade do estabelecimento de PCCS para todos os servidores da saúde, de diferentes órgãos ou instituições, com base no princípio da universalidade, para a instituição ou reforma de planos de carreiras no âmbito do SUS (CONASS, 2013).

Considerando o PCCS-SUS como instrumento estratégico de qualidade de vida no trabalho e para o trabalho, pressupõe-se que devem ser constar os seguintes elementos ou condições em seu bojo: participação dos trabalhadores ou gestão democrática; ampla cobertura; configuração dos cargos com compatibilidade e homogeneidade nas diferentes esferas do poder; compromisso solidário e avaliação de desempenho, e com sentido de processo pedagógico e não de punição; e possíveis incrementos salariais por meio de abonos ou adicionais pela atuação em diferentes níveis (LACAZ *et al*., 2010).

Sem dúvida, defende-se a necessidade de PCCS-SUS que conceba também a capacitação e a EPS, espaços de negociação permanente, estratégias de fixação e de avaliação de desempenho e formas de contratação e ingresso protegidas, isto é, que os vínculos de trabalho que não sejam precários. Todas

essas condições são importantes para que os servidores sejam admitidos aos serviços por meio de vínculos protegidos jurídica e socialmente.

3.4.1.6 Vínculo de trabalho precário

O MS define vínculo precário de trabalho como uma relação sem proteção social e desvinculada da legislação vigente, sejam disposições constitucionais, normas do direito do trabalho ou do direito administrativo, conforme o caso. Mas seu conceito pode ser mais abrangente, incluindo outras situações decorrentes das relações de trabalho como condições de trabalho inadequadas, salários incompatíveis com as necessidades e requisitos do cargo (BRASIL, 2009a).

A precariedade também pode ser compreendida como um processo de perda de qualidade no mercado de trabalho como redução dos rendimentos ou falta de segurança ou estabilidade com relação ao trabalho. Entre as principais situações de um trabalho considerado ‘atípico’ ou precário, pode-se mencionar o contrato assalariado não regulamentado; o emprego por prazo determinado ou vínculo temporário; o trabalho em tempo parcial; a subcontratação; a prestação de serviços de profissionais autônomos e diversas formas de trabalho associativo como o autônomo cooperado, o trabalho informal, entre outros sem proteção ou não plenamente protegidos no âmbito do direito do trabalho (GIRADI et al., 2010).

Na administração Pública podem-se citar os contratos temporários, ou seja, aqueles regidos por legislação especial, pois não são considerados, na forma do direito administrativo e constitucional, como cargos públicos, mas como vínculos temporários com a administração, criados em razão de excepcional interesse público, apresentando como fragilidades, principalmente, a falta de garantia plena de direitos trabalhistas e previdenciários e de estabilidade do vínculo (GIRARDI et al., 2010).

O Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS) e o Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS) relacionam o trabalho precário aos vínculos de trabalho diretos ou indiretos que não garantem direitos trabalhistas e previdenciários fixados em lei. Defendem também que seria necessário garantir o processo seletivo público e relações democráticas com os trabalhadores (BRASIL, 2006a).

Do ponto de vista da administração pública, proteção social não significa somente o pleno gozo de direitos laborais. O fato de existir a cobertura social legalmente exigida, com direitos e benefícios garantidos aos trabalhadores (proteção social ou determinados direitos e benefícios constitucionalmente assegurados), não é requisito suficiente para caracterizar o trabalho como regular, pois outras exigências podem não ser observadas como, por exemplo, o concurso público (BRASIL, 2009a).

O referencial teórico até então apresentado, por tratar de conceitos abrangentes das áreas de Administração/Gestão Pública e de gestão/gestão do trabalho, bem como suas concepções e legislações, possibilitará a análise dos resultados com base nos modelos de administração/gestão pública e na organização de gestão do trabalho dos municípios em estudo.

4 METODOLOGIA

Este trabalho faz parte do projeto da pesquisa “A Gestão do Trabalho no SUS em Municípios de Pequeno Porte do Paraná a partir do Olhar da Equipe Gestora” no qual a autora atua como pesquisadora. Foi aprovado e apoiado financeiramente por meio da Chamada Pública de Projetos 04/2012-Programa de Pesquisa para o Sistema Único de Saúde: Gestão Compartilhada em Saúde PPSUS – Edição 2012 (Fundação Araucária - PR/SESA-PR/MS-DECIT/CNPQ)-Convênio 1293/2012, tendo sido iniciado em 01 de fevereiro de 2013.

4.1 Local de Estudo

Este estudo foi desenvolvido nos Municípios de Pequeno Porte da Macrorregião Norte do Estado do Paraná, composta por cinco Regionais de Saúde (RS), que são instâncias administrativas intermediárias da Secretaria de Estado da Saúde do Paraná (SESA), responsáveis pela execução das políticas de saúde em âmbito regional. A SESA mantém em sua estrutura 22 RS, agrupadas em quatro Macrorregiões de Saúde, conforme a figura 2:

Figura 2 - Mapa do Estado do Paraná e o contorno das Regionais de Saúde,

2018. (SESA – PR (2012) Diretrizes Para a Implementação do COAP no Paraná)

A Macrorregião Norte é assim formada: 16ª Regional de Saúde de Apucarana, 17ª Regional de Saúde de Londrina, 18ª Regional de Saúde de Cornélio Procópio, 19ª Regional de Saúde de Jacarezinho e 22ª Regional de Saúde de Ivaiporã. Essa macrorregião contempla 97 municípios, assim distribuídos conforme seu porte (Tabela 1):

Tabela 1 – Distribuição dos municípios da Macrorregião Norte do Estado do Paraná, SESA, conforme porte populacional, 2010.

PORTE DOS MUNICÍPIOS (em hab.)	16ª RS Nº %	17ª RS Nº %	18ª RS Nº %	19ª RS Nº %	22ª RS Nº %	TOTAL Nº %
Até 10.000	12 - 70,6	06 - 28,6	14 - 66,7	13 - 59,1	10 - 62,5	55 - 56,7
10.001 a 20.000	02 - 11,8	11 - 52,4	04 - 19,1	05 - 22,7	05 - 31,3	27 - 27,8
De 20.001 a 50.000	01 - 5,9	01 - 4,8	03 - 14,3	04 - 18,2	01 - 6,3	10 - 10,3
50.001 a 100.000	-	02 - 9,5	-	-	-	02 - 2,1
100.001 a 500.000	02 - 11,8	-	-	-	-	02 - 2,1
Mais de 500.000	-	01 - 4,8	-	-	-	01 - 1,0
Total	17	21	21	22	16	97

Fonte: IBGE 2010.

Dos 97 municípios da Macrorregião Norte foram pesquisados 82, que são MPP e representam 84,5% dos municípios dessa área e onde se concentra 34,4% da população da área.

A 16ª RS de Apucarana e a 17ª RS de Londrina apresentam maior concentração de suas populações em municípios de maior porte (70,7% e 81,4% respectivamente), ainda que a maior parte de seus municípios seja de pequeno porte (82,4% e 81,0%). Das cinco Regionais de Saúde, a 16ª RS é a que possui maior percentual de municípios com população até 10.000 habitantes (70,6%). Essas duas regiões (16ª e 17ª) foram classificadas como altamente desenvolvidas socioeconomicamente, com municípios mais urbanizados, industrializados, populosos e com alta oferta de serviços de saúde, inclusive os de maior complexidade tecnológica (CARVALHO *et al*., 2018).

Nas Regionais de Saúde de Cornélio Procópio (18ª) e de Jacarezinho (19ª) pouco mais de metade de suas populações residem em municípios de pequeno porte (55,9% e 51,6% respectivamente), ainda que a proporção de MPP seja bem maior (85,7% e 81,8% respectivamente) e mais da metade desses tenha população

até 10.000 habitantes. Essas regiões foram classificadas como de médio desenvolvimento socioeconômico e média oferta de serviços de saúde (CARVALHO *et al*., 2018).

A 22ª Regional de Saúde de Ivaiporã apresenta um contexto diferente das demais RS da macrorregião, uma vez que 93,8% de seus municípios são de pequeno porte, e 62,5% destes possuem até 10.000 habitantes. Outro destaque é que 77,2% de sua população reside em MPP. Essa região foi classificada como de baixo desenvolvimento socioeconômico e baixa oferta de serviços de saúde (comparada aos mesmos patamares de municípios das regiões Norte e Nordeste do país). Essa região apresenta-se também como a de maior população residente na área rural e menor capacidade instalada em relação aos serviços de saúde de toda a macrorregião. Inversamente, essa é a região em que os MPP investiram um percentual maior de recursos próprios em saúde no ano de 2015 (24,3%) e maior despesa total por habitante (R$775,23) do que a média da macrorregião que foi de 23,05% e R$726,65 (CARVALHO *et al*., 2018).

Quadro 2 – Capacidade instalada na área da saúde Macrorregião Norte do Estado do Paraná, por Regional de Saúde – SESA.

CAPACIDADE INSTALADA	**16ª**	**17ª**	**18ª**	**19ª**	**22ª**	**TOTAL**
Nº de Hospitais Públicos - 2015	10	22	07	13	08	60
Nº de Hospitais Públicos em MPP	08 (80,0%)	14 (63,5%)	07 (100,0%)	09 (69,2%)	07 (87,5%)	45 (80,1%)
Nº de UBS - 2015	84	140	72	93	70	459
Nª de UBS em MPP	39	53	47	70	62	271
Nº de Médicos - 2013	466	1.802	215	230	77	2.790
SUS	390	1.478	181	204	70	2.323
Não SUS	76	324	34	26	7	467
Índice de médicos/1000 hab. SUS - 2013	1,1	1,6	0,8	0,7	0,5	0,9
Índice de médicos/1000 hab. total - 2013	1,3	2,0	0,9	0,8	0,6	1,1
Nº eSF - mai/2018*	118	177	67	92	45	499
Cobertura Pop. eSF - mai/2018*	95,7%	62,4%	87,0%	89,9%	92,7%	85,5%
Nº eSB abr/2018	76	91	35	51	30	283
Cobertura Pop. eSB abr/2018	66,9%	32,6%	47,9%	55,4%	65,6%	53,7%

Adaptado: Carvalho et al., 2018; *BRASIL, 2018.

4.2 População de Estudo

A população de estudo foi constituída pelos Responsáveis pela área de RH/GT dos MPP, divididos em dois grupos: os que atuavam nas equipes gestoras (EG) e os que atuavam nas prefeituras (etapa qualitativa), e também pelos Representantes das Equipes Gestoras (REG), conforme o movimento utilizado para a coleta de dados.

4.3 Obtenção e Análise dos Dados

A pesquisa foi desenvolvida em três movimentos. O primeiro, denominado Desvendando a Equipe Gestora, o segundo, Ouvindo a Equipe Gestora e o terceiro, Analisando a Gestão do Trabalho.

4.3.1 Movimento 1: desvendando a equipe gestora

Esta etapa constituiu-se de uma pesquisa exploratória destinada a identificar as pessoas-chave responsáveis pelas coordenações das diversas funções de gestão nas secretarias municipais de saúde, isto é, as EG municipais de saúde, mediante:

a) Levantamento, junto aos chefes das seções/divisões técnicas das RS do nome das pessoas-chave responsáveis por diversas funções de gestão nas EG das secretarias municipais de saúde, dentre as quais os responsáveis pela área de RH/GT ou as referências para as equipes para tal função (APÊNDICE B);
b) Entrevista com os secretários municipais de saúde para confirmação de tais pessoas e/ou acréscimo de outras, se fosse o caso.

A partir do levantamento de dados junto às RS e das entrevistas com os secretários municipais de saúde, foi elencada a população inicial de estudo, constituída por 828 profissionais que integravam as EG municipais de saúde nos MPP (N=82) da Macrorregião Norte do Paraná.

4.3.2 Movimento 2: ouvindo as equipes gestoras

Após a identificação dos profissionais de saúde que integravam as EG municipais da saúde dos MPP, foram realizadas entrevistas com essa população de estudo, por meio de um roteiro estruturado (APÊNDICE C). As entrevistas foram realizadas pela equipe de pesquisadores, nos locais de trabalho dos entrevistados. Essa etapa teve como objetivo caracterizar socioeconomicamente a população de estudo, a participação na elaboração dos instrumentos de gestão e, ainda, o conhecimento dos programas e redes de atenção desenvolvidas no município. Foram entrevistados 744 profissionais (89,9%) dos 828 identificados na primeira etapa, sendo: 155 da 16ª RS, de Apucarana; 127 da 17ª RS, de Londrina; 175 da 18ª RS, de Cornélio Procópio; 170 da 19ª RS, de Jacarezinho e 117 da 22ª RS, de Ivaiporã.

Os profissionais que não foram encontrados presencialmente foram contatados posteriormente e entrevistados por telefone, ocasião em que foi lido o termo de consentimento livre e esclarecido e gravado o aceite do entrevistado bem como toda a entrevista. Foram feitas até três tentativas de contato para cada profissional. Os que não foram encontrados e não foram entrevistados por telefone, considerou-se como perdas.

Do total de entrevistados (744), 72 profissionais (9,7%) identificaram-se como responsáveis pela área de RH/GT, distribuídos em 59 municípios (72,0% dos 82 MPP estudados) (tabela 2). Não foi possível entrevistar esse profissional em todos os municípios, mas em algumas localidades mais de um profissional se identificou como responsável ou referência para essa área.

Tabela 2 - Distribuição dos MPP e dos responsáveis pela área de RH/GT segundo Regionais de Saúde da Macrorregião Norte do Estado do Paraná, 2014.

REGIONAL DE SAÚDE	MUNICÍPIOS DA MACRORREGIÃO		MUNICÍPIOS COM RESP. PELA ÁREA DE RH/GT ENTREVISTADOS	ENTREVIS-TADOS NOS MPP(TOTAL)	RESPONSÁVEIS PELA ÁREA DE RH/GT ENTREVISTADOS
	TOTAL	MPP	Nº/%	Nº	Nº/%
16ª	17	14(82,4%)	12(85,7%)	155	18(11,6%)
17ª	21	17(81,0%)	12(70,6%)	127	13(10,2%)
18ª	21	18(85,7%)	14(77,8%)	175	15(8,6%)
19ª	22	18(81,8%)	12(66,7%)	170	14(8,2%)
22ª	16	15(93,8%)	09(60,0%)	117	12(10,3%)
TOTAL	97	82(84,5%)	59(72,0%)	744	72(9,7%)

Foram utilizados os dados deste movimento para a elaboração do resultado 5.1. que caracterizou os Responsáveis pela área de Recursos Humanos/Gestão do Trabalho (RH/GT) nos Municípios de Pequeno Porte (MPP) da Macrorregião Norte do Paraná (análise quantitativa)**.**

Para análise da frequência das ocorrências, utilizou-se o Programa Excell.

4.3.3 Movimento 3: analisando a gestão do trabalho em municípios de pequeno porte

O terceiro movimento, de natureza qualitativa, visou compreender como se processava a gestão do trabalho no cotidiano da equipe gestora.

Segundo Minayo (2013, p. 23):

> [...]A metodologia qualitativa visa compreender a lógica interna de grupos, instituições e atores quanto a valores culturais e representações sobre sua história e temas específicos; relações entre indivíduos, instituições e movimentos sociais; processos históricos, sociais e de implementação de políticas públicas e sociais[...]

Para esse movimento foi desenvolvido o curso “Gestão do SUS em Municípios de Pequeno Porte do Norte do Paraná”, que contou com a participação dos Representantes das Equipes Gestoras (REG). Essa etapa teve como objetivo possibilitar um espaço pedagógico de reflexão sobre a realidade da gestão do trabalho para as equipes gestoras, apresentar os resultados da primeira etapa da pesquisa dos dados (devolutiva) e contribuir para a coleta de dados da segunda etapa do projeto de pesquisa (qualitativa).

Esse curso foi realizado nas sedes das cinco RS, no período compreendido entre março e junho de 2015, com duração total de 12 horas/curso, distribuídas em três encontros de quatro horas cada, em que foram abordados os seguintes temas: Estratégias de gestão do SUS em MPP, Políticas de Saúde fortalecedoras da ABS nos MPP e A gestão da força de trabalho no SUS em MPP.

Para subsidiar e embasar o desenvolvimento do encontro sobre “A gestão da força de trabalho no SUS em MPP”, objeto desta pesquisa, foi realizada uma revisão integrativa de literatura sobre o tema, com a finalidade de analisar as diferentes contribuições científicas na área e as experiências e estratégias desenvolvidas na esfera municipal, cuja pergunta de pesquisa foi: “Quais estratégias

foram desenvolvidas nos municípios para operacionalizar a gestão do trabalho no SUS?".

Nos encontros sobre gestão da força de trabalho, coordenados por esta pesquisadora, participaram 66 REG municipais de saúde dos MPP, sendo 11 provenientes da área da 16ª RS; 12 da 17ª RS de Londrina; 18 da 18ª RS de Cornélio Procópio; 17 da 19ª RS de Jacarezinho e 08 da 22ª RS de Ivaiporã.

A programação dos encontros consistiu de uma dinâmica de grupo para fortalecer os laços dos participantes e um breve resgate do projeto maior "A gestão do trabalho no SUS em MPP do Paraná a partir do olhar da equipe gestora". Posteriormente, foi tratado o objeto específico do presente estudo a partir da apresentação dialogada dos principais resultados da pesquisa maior, com foco nas questões relacionadas a gestão do trabalho, como PCCS, modalidades de seleção e admissão, remuneração, etc. Em seguida, foram apresentados os resultados da revisão integrativa bibliográfica. Em todos os momentos foi discutido transversalmente com os presentes, como se dava a gestão do trabalho no SUS em seus municípios, uma vez que, segundo Minayo (2013, p. 24), "*o universo das investigações qualitativas é o cotidiano e as experiências do senso comum, interpretadas e reinterpretadas pelos sujeitos que as vivenciam"*.

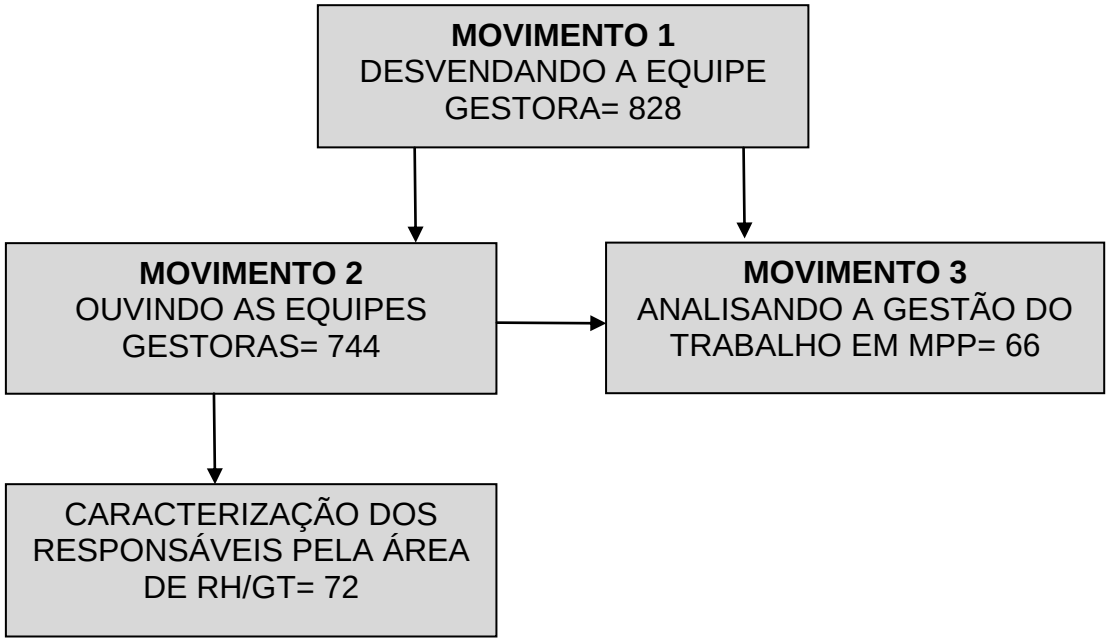
As discussões foram gravadas e transcritas e do material empírico foi realizada análise compreensiva e interpretativa, sendo adotados os seguintes procedimentos:

a) Leitura horizontal ou flutuante das transcrições de forma a possibilitar a impregnação por seu conteúdo;
b) Leitura e análise transversal das sínteses por temas, realizando-se assim a triangulação, evidenciando convergências e divergências, relações e contradições, sempre considerando o contexto em que os sujeitos estavam inseridos. Isto possibilitou a compreensão ampla e aprofundada do fenômeno estudado, ou seja, de como se processa a gestão do trabalho do SUS nos pequenos municípios.

O material desses encontros foi utilizado para elaboração dos resultados que se referem à Organização para a Gestão do Trabalho nos MPP (5.2), Provimento e Fixação de Trabalhadores (5.3), Expectativas dos Representantes das Equipes

Gestoras para Gestão do Trabalho (5.4) e Revisitando os resultados à luz de diferentes olhares (5.5).

Figura 3 - Fluxograma da obtenção de dados, 2014-2015.



Fonte: Da autora.

4.4 Aspectos Éticos e de Biossegurança

A realização desta pesquisa respeitou as normas relativas a pesquisas que envolvem seres humanos, conforme Resolução nº 466/2012 do CNS, e foi submetida e aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UEL, em 14/09/2012, sob o parecer nº 146/2012.

Mediante a participação dos pesquisadores em reuniões das Comissões Intergestores Regionais (CIR) das cinco RS foi apresentado o projeto de pesquisa maior aos secretários municipais de saúde, para ciência e concordância. Após concordância destes, foi solicitado o preenchimento do Termo de Consentimento Institucional (APÊNDICE A).

A população de estudo foi informada sobre a pesquisa, consultada sobre sua participação e a utilização anônima dos dados. A autorização foi consubstanciada pelo preenchimento e assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido (APÊNDICE D).

A fim de garantir o anonimato, as RS receberam uma numeração e os participantes uma codificação em formato de letras, no que se refere a participação nos encontros (movimento 3).

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Esta seção foi organizada em seis tópicos, iniciando-se com as características dos responsáveis pela área de RH/GT dos MPP; em seguida, aborda-se a organização da gestão no trabalho nos municípios em estudo; posteriormente, apresenta-se o provimento e fixação dos trabalhadores de saúde e aspectos relativos à questão da rotatividade; as expectativas dos REG municipais da saúde para a área de gestão do trabalho e ao final apresenta-se a rediscussão dos resultados.

5.1 Responsáveis pela área de Recursos Humanos/Gestão do Trabalho (RH/GT) nos Municípios de Pequeno Porte (MPP) da Macrorregião Norte do Paraná

O setor comumente chamado de “RH” das prefeituras é responsável pela área de gestão de pessoas de todas as secretarias e departamentos que compõem o executivo municipal dos municípios em estudo**,** mesmo que nas equipes municipais de saúde houvesse referência para essa área.

Do total de municípios de pequeno porte (82), em 59 (72,0%) foi possível entrevistar o responsável pela área de RH/GT, o que resultou em 72 entrevistas, uma vez que, em alguns municípios, mais de um profissional identificou-se como responsável pela área de GT/RH. Neste estudo, essa população será denominada de “Responsáveis pela área de RH/GT”. Destes, 49 (68,1%) encontravam-se atuando nas prefeituras e 23 (31,9%) nas Equipes Gestoras (EG) das secretarias municipais de saúde, sendo que sete foram os próprios secretários municipais de saúde que se autodenominaram como responsáveis por essa área.

Nesse contexto, pretende-se apresentar as características dos responsáveis pela área de RH/GT dos MPP, divididos em dois blocos: os que atuam nas prefeituras e os que atuam EG das secretarias municipais de saúde. As informações serão apresentadas em termos sociodemográficos, de gestão de trabalho; e o conhecimento sobre os principais programas, redes temáticas e instrumentos de gestão do SUS, cujos dados foram extraídos do movimento dois deste estudo, de caráter quantitativo.

Ao analisar as características sociodemográficas relacionadas a sexo, idade e escolaridade dos responsáveis pela área de RH/GT, verificou-se que as referências da área de RH/GT lotados nas EG das secretarias municipais de saúde apresentam maior percentual de profissionais do sexo feminino (60,9%) e com idade até 44 anos (74,0%). Os lotados nos RH das prefeituras apresentam uma distribuição mais proporcional entre os gêneros, são profissionais com mais idade (51,0% até 44 anos e 49,0% com 45-63 anos) e com maior nível de escolaridade (Tabela 3).

Tabela 3 - Perfil dos responsáveis pela área de RH/GT nos Municípios de Pequeno Porte da Macrorregião Norte do Estado do Paraná, quanto a sexo, faixa etária e escolaridade, conforme local de atuação, 2014.

VARIÁVEIS	RH/GT NAS EQUIPES GESTORAS		RH NAS PREFEITURAS		TOTAL DOS RESPONSÁVEIS PELA ÁREA DE RH/GT	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Gênero						
Feminino	14	60,9	25	51,0	39	54,2
Masculino	09	39,1	24	49,0	33	45,8
Faixa Etária						
Até 29 anos	03	13,1	07	14,3	10	13,9
30 a 44 anos	14	60,9	18	36,7	32	44,4
45 a 59 anos	05	21,7	22	44,9	27	37,5
60 a 63 anos	01	4,3	02	4,1	03	4,2
Escolaridade						
PG	11	47,8	24	49,0	35	48,6
SC	03	13,1	15	30,6	18	25,0
EMC	09	39,1	10	20,4	19	26,4
TOTAL	23	100,0	49	100,0	72	100,0

PG= Graduação + Pós-graduação
SC= Superior completo sem pós-graduação
EMC= Ensino médio completo + superior incompleto
Fonte: Dados da pesquisa elaborados pela própria autora.

O desempenho de uma equipe também depende de conhecimentos, habilidades e experiências no campo da gestão (CARVALHO *et al*., 2018), além de outras condições técnicas e políticas. Nesse sentido, procurou-se identificar entre os responsáveis pela área de RH/GT questões como formação/qualificação, tempo de atuação na função e experiências anteriores, bem como se tinham percepção de preparo para o exercício da atividade e respectiva forma de obtenção.

Para os responsáveis pela área de RH/GT lotados nas EG, a predominância é de cursos de graduação na área de ciências da saúde, como farmácia, educação física, enfermagem e serviço social (78,7%); enquanto que para os lotados nos RH das prefeituras a predominância é na área de humanas, como administração, contábeis, direito e gestão (62,3%) (Tabela 4).

Tabela 4 - Distribuição dos cursos de graduação dos responsáveis pela área de RH/GT nos Municípios de Pequeno Porte da Macrorregião Norte do Estado do Paraná, 2014.

CURSOS DE GRADUAÇÃO	RH/GT NAS EQUIPES GESTORAS		RH/GT NAS PREFEITURAS		TOTAL DOS RESPONSÁVEIS PELA ÁREA DE RH/GT	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Farmácia	04	28,7	-	-	04	6,7
Enfermagem	05	35,8	01	2,2	06	10,2
Ciências biológicas	-	-	05	11,1	05	8,5
Educação física	01	7,1	01	2,2	02	3,4
Serviço social	01	7,1	-	-	01	1,7
Administração	-	-	11	24,4	11	18,6
Processos Gerenciais	-	-	01	2,2	01	1,7
Gestão de Pública	-	-	02	4,5	02	3,4
Gestão de RH	-	-	02	4,5	02	3,4
Análise de sistemas	-	-	01	2,2	01	1,7
Economia	01	7,1	02	4,5	03	5,1
Ciências Contábeis	01	7,1	05	11,1	06	10,2
Direito	-	-	03	6,7	03	5,1
Tec. em Processos	-	-	01	2,2	01	1,7
Pedagogia	-	-	06	13,3	06	10,2
História	01	7,1	03	6,7	04	6,7
Turismo	-	-	01	2,2	01	1,7
TOTAL	14	100.0	45	100,0	59	100,0

Nos Rh/GT das prefeituras, 06 possuíam dois cursos de graduação.
Fonte: dados da pesquisa. Elaborado pela própria autora.

Assim como na graduação, a maioria dos cursos de especialização dos responsáveis pela área de RH/GT lotados nas EG está no campo das ciências da saúde (76.4%), enquanto que para os lotados nos RH das prefeituras é na área de humanas, especialmente nas áreas de gestão (50,1%) e educação (46,1%) (Tabela

6). Dos 35 pós-graduados, nenhum profissional mencionou pós-graduação na modalidade *stricto sensu* (mestrado ou doutorado), mas no geral, os profissionais apresentaram-se como equipes com elevado grau de escolaridade, pois quase a metade de seus membros eram pós-graduados (48,6%) e 25,0% eram graduados, sendo este um aspecto positivo.

Tabela 5 - Distribuição dos cursos de especialização dos responsáveis pela área de RH/GT nos Municípios de Pequeno Porte da Macrorregião Norte do Estado do Paraná, 2014.

CURSO DE PÓS-GRADUAÇÃO	RH/GT NAS EQUIPES GESTORAS		RH/GT NAS PREFEITURAS		TOTAL DOS RESPONSÁVEIS PELA ÁREA DE RH/GT	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Saúde Pública	01	5,9	-	-	01	2,3
Hematologia	01	5,9	-	-	01	2,3
Acupuntura	02	11,7	-	-	02	4,7
Saúde Mental	01	5,9	-	-	01	2,3
Estratégia Saúde da Família	03	17,6	-	-	03	7,0
UTI Neo Natal	01	5,9	-	-	01	2,3
Urgência e Emergência	01	5,9	-	-	01	2,3
Farmacologia	02	11,7	-	-	02	4,7
Regulação	01	5,9	-	-	01	2,3
Auditoria	-	-	01	3,8	01	2,3
Gestão Financeira	01	5,9	-	-	01	2,3
Gestão Pública	01	5,9	05	19,3	06	14,0
Adm. Hospitalar	-	-	01	3,8	01	2,3
Recursos Humanos	-	-	02	7,8	02	4,7
Direito Público	-	-	01	3,8	01	2,3
Desenvolvimento Gerencial	-	-	03	11,6	03	7,0
Perícia Ambiental	-	-	01	3,8	01	2,3
História Social	-	-	01	3,8	01	2,3
Educação	01	5,9	05	19,3	06	14,0
Gestão escolar	-	-	02	7,8	02	4,7
Tutoria em EaD	-	-	01	3,8	01	2,3
Pedagogia	-	-	01	3,8	01	2,3
Cultura afrodescendente	-	-	01	3,8	01	2,3
Psicopedagogia	-	-	01	3,8	01	2,3
Literatura	01	5,9	-	-	01	2,3
TOTAL	17	100,0	26	100,0	43	99,9

Fonte: Dados da pesquisa elaborados pela própria autora.
Quatro das referências na área de RH/GT lotados nas secretarias municipais de saúde possuíam duas especializações e um, três. Dois das prefeituras possuíam duas pós-graduações (especialização).

Em relação ao tempo de atuação na gesta e analisando-se por área de atuação, quase a totalidade dos responsáveis pela área de RH/GT lotados nas EG da saúde (82,6%) estavam atuando no período compreendido de menos de um até

nove anos (82,6%), enquanto que os lotados nas prefeituras estavam distribuídos nos períodos de menos de um até nove anos (59,2%) e de dez a mais de 24 anos (40,8%) (Tabela 6). Infere-se, portanto, pouca rotatividade desses profissionais.

Tabela 6 - Distribuição dos responsáveis pela área de RH/GT nos Municípios de Pequeno Porte da Macrorregião Norte do Estado do Paraná, segundo tempo de atuação na função de gestão, 2014.

TEMPO DE ATUAÇÃO NA FUNÇÃO DE GESTÃO	RH/GT NAS EQUIPES GESTORAS		RH/GT NAS PREFEITURAS		TOTAL DOS RESPONSÁVEIS PELA ÁREA DE RH/GT	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
<01 ano	03	13,1	05	10,2	08	11,1
1 a 3anos	07	30,4	13	26,5	20	27,8
4 a 6 anos	05	21,7	05	10,2	10	13,9
7 a 9 anos	04	17,4	06	12,3	10	13,9
10 a 12anos	-	-	05	10,2	05	6,9
13 a 23 anos	02	8,7	10	20,4	12	16,7
24 ou mais	02	8,7	05	10,2	07	9,7
TOTAL	23	100,0	49	100,0	72	100,0

Fonte: Dados da pesquisa elaborados pela própria autora.

Quanto ao número de funções de coordenação/gestão exercidas, verificou-se que os responsáveis pela área de RH/GT que se encontram nas EG (23), nove (39,1%) exercem de seis a nove funções; seis (26,1%) de duas a cinco; três (13,0%) exercem uma única função de gestão que se refere ao RH/GT; e outros três (13,0%) de 10 a 14 funções de gestão, indicando que não há uma dedicação exclusiva para a área de RH/GT e, sim, uma multiplicidade de funções gestoras da saúde, evidenciando um número reduzido de pessoas envolvidas nos processos de gestão da saúde (CARVALHO *et. al*., 2018).

Dos responsáveis pela área de RH/GT que atuam nos RH das prefeituras, somente dois (4,1%) exercem mais de uma função de gestão concomitantemente ao RH. Tenha-se em mente que o RH das prefeituras é responsável pela gestão de pessoas de todas as secretarias que compõem o executivo municipal, uma função mais específica, mas de maior abrangência quantitativa.

Com relação à quantidade de vínculos de trabalho, os responsáveis pelo RH/GT que atuam nas EG, 21 (91,3%) não possuem outros vínculos de trabalho; e dos que atuam nos RH das prefeituras, 42 (85,7%) também não possuem outros vínculos. A atuação tanto na área de RH/GT como na área da saúde requer

conhecimentos técnicos e específicos, além da disponibilidade de tempo, tendo em vista que sua complexidade vai além das normas e regulamentos administrativos e legais, envolvendo uma diversidade de categorias profissionais, mesmo em MPP.

Quando questionados se já haviam exercido funções de gestão em outras ocasiões, 14 dos lotados nas EG (60,9%) não haviam exercido e dos que atuam nos RH das prefeituras, 34 (69,4%) também estavam exercendo a gestão pela primeira vez.

Quanto à percepção do preparo para o desempenho da função de gestão, 69 (95,8%) de todos os responsáveis pela área de RH/GT afirmaram sentirem-se preparados (tabela 7).

Tabela 7 - Distribuição dos responsáveis pela área de RH/GT, segundo percepção de preparo para atuação na função de gestão nos Municípios de Pequeno Porte da Macrorregião Norte do Estado do Paraná, 2014.

PERCEPÇÃO DE PREPARO PARA O EXERCÍCIO DA FUNÇÃO DE GESTÃO	RH/GT NAS EQUIPES GESTORAS		RH/GT NAS PREFEITURAS		TOTAL DOS RESPONSÁVEIS PELA ÁREA DE RH/GT	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Preparado	21	91,3	48	98,0	69	95,8
Não preparado	02	8,7	01	2,00	03	4,2
TOTAL	23	100,0	49	100,0	72	100,0

Fonte: Segundo dados da pesquisa, elaborados pela própria autora.

Para obtenção desse preparo, os lotados nas EG referiram que foram decisivos os cursos oferecidos pelas RS, a prática diária, as experiências anteriores em funções de gestão e o intercâmbio de informações com profissionais de outros municípios. Essas respostas demonstram a importância das RS na qualificação da gestão nesses municípios.

Para os que atuam nas prefeituras, foram relevantes os cursos na área de gestão, a experiência diária, as experiências anteriores, cursos promovidos pelo Tribunal de Contas do Estado-PR (TCE-PR), formação acadêmica, leituras e pesquisas e, por último, os contatos com outros profissionais da área. Como sinalizado anteriormente, houve predominância de cursos na área de ciências humanas, especialmente administração, ciências contábeis e gestão para este público. Como a área de RH/GT requer uma combinação do conhecimento legal das

normas que regulam as relações de trabalho e de administração pública, esse conhecimento e preparo técnicos tornam-se estratégicos (CONASS, 2011).

Quanto às modalidades de seleção e admissão, verificou-se que dos 23 responsáveis pela área de RH/GT lotados nas EG, 14 (60,9%) foram selecionados por concurso público e nove por indicação (39,1%); as modalidades de admissão foram por estatuto do servidor público para nove (39,1%), cargo comissionado para oito (34,8%) e CLT/emprego público para seis (26,1%). Dos que atuam nos RH das prefeituras, 31 (63,3%) foram selecionados por meio de concurso público, 16 (32,6%) por indicação, e dois (4,1%) por outras formas (análise de currículo e entrevista); quanto às modalidades de admissão, 28 (57,2%) são por estatuto, 16 (32,6%) com Cargos Comissionados (CC), três (6,1%) por CLT e dois (4,1%) por contratos.

Na questão salarial, 65,3% dos responsáveis pela área de RH/GT recebem de 2,1 a 5,0 Salários Mínimos (SM). No entanto, para os que atuam nas EG a maior concentração está entre 3,1 a 4,00 SM (34,8%), enquanto que para os lotados nos nas prefeituras há uma certa proporcionalidade entre as faixas salariais de 2,1 a 3,0 SM, 3,1 a 4,0 e 4,1 a 5,0 SM (tabela 8).

Tabela 8 - Distribuição dos responsáveis pela área de RH/GT, segundo remuneração, nos Municípios de Pequeno Porte da Macrorregião Norte do Estado do Paraná, 2014.

REMUNERAÇÃO EM SM	RH/GT NAS EQUIPES GESTORAS		RH/GT NAS PREFEITURAS		TOTAL DOS RESPONSÁVEIS PELA ÁREA DE RH/GT	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
1,5 a 2,0	2	8,7	4	8,2	6	8,3
2,1 a 3,0	4	17,3	11	22,4	15	20,8
3,1 a 4,0	8	34,8	10	20,5	18	25,0
4,1 a 5,0	3	13,1	11	22,4	14	19,5
5,1 a 6,0	2	8,7	5	10,2	7	9,7
6,1 a 7,0	2	8,7	4	8,2	6	8,3
7,1 a 8,0	-	-	1	2,0	1	1,4
8,1 a 9,0	2	8,7	-	-	2	2,8
NI	-	-	3	6,1	3	4,2
TOTAL	23	100,0	49	100,0	72	100,0

Salário Mínimo (SM) federal em 2014: R$ 724,00
Fonte: Dados da pesquisa elaborados pela própria autora.

Segundo o Instituto Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA), em 2015, o valor médio da remuneração mensal dos trabalhadores com carteira assinada no setor privado era de R$ 1.960,00, o que correspondia a 2,5 SM; no setor público

municipal, o salário médio para servidores com mais de doze anos de escolaridade era de R$ 3.035,00, o que correspondia a 3,85 SM (IPEA, 2018). No presente estudo todos os responsáveis pela área de RH/GT encontram-se com mais de doze anos de escolaridade, e 54,1% dessa população recebem de 1,5 a 4,0 SM e 41,7% de 4,1 a 9,0 SM.

Quanto ao PCCS, 14 (60,9%) dos lotados nas EG referiram não estarem inseridos, assim como 27 (55,1%) dos lotados nos RH das prefeituras. No artigo 39 da CF de 1988 (BRASIL, 1988) é explicitado o dever de organizações públicas instituírem planos de carreira para os servidores públicos, sejam estatutários ou celetistas. Sabe-se que o PCCS é fundamental para a valorização dos servidores, assim como o salário e outras condições de trabalho. No entanto, verifica-se que mais da metade desta população de estudo não foi contemplada com esta questão.

Quanto ao recebimento de FG ou outro incentivo financeiro para exercerem funções de gestão, 18 (78,3%) dos responsáveis pela área de RH/GT que atuam nas EG e 28 (57,1%) dos que atuam nos RH das prefeituras referiram não receber. Este resultado que pode estar ligado ao tipo de vínculo ou à inexistência de plano de cargos ou de previsão para essas funções nestes**.**

Para se alcançar a melhoria da atenção e os objetivos da área da saúde, a equipe da saúde depende da boa integração com as demais secretarias do município, uma vez que o conceito de saúde envolve os condicionantes sociais, como emprego, transporte, cultura, lazer, habitação e educação entre outros. Para tanto, procurou-se identificar o conhecimento dos responsáveis pela área de RH/GT quanto aos programas/instrumentos de gestão e quanto às RAS e principais programas ou estratégias estaduais e federais.

Dos programas que estavam sendo desenvolvidos pelas secretarias municipais de saúde, a maioria dos responsáveis pela área de RH/GT referiram conhecer a ESF/PSF, independentemente do local de atuação (95,7%, para os lotados nas EG e para os lotados nas prefeituras 95,9%). Desde a década de 1990 as Equipes de Saúde da Família (eSF) começaram a ser implantadas nos MPP da Macrorregião Norte, e na ocasião da pesquisa apresentavam uma cobertura de 90,3% de suas populações, por meio de suas 457 equipes (CARVALHO *et al*., 2018), sendo, portanto, explicável esse alto percentual de conhecimento.

O conhecimento a respeito de outros programas/ações, como o Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) foi referido por 56,5% dos que atuam nas EG e

por 26,5% dos que atuam nas prefeituras. O NASF é formado por equipes multiprofissionais que têm como função proporcionar apoio às ESF/PSF, trabalhando de forma integrada com as mesmas. No caso dos municípios em estudo, a implantação dessas equipes não representou, necessariamente, expressivo incremento de profissionais nas secretarias municipais de saúde, pois provavelmente, estes já faziam parte das equipes de saúde e foram posteriormente formalizados nesses núcleos.

O Programa Mais Médicos (PMM) e o PROVAB são dois programas que estão relacionados diretamente com o provimento da força de trabalho no SUS, especialmente para a categoria médica, no caso do PMM e equipes multiprofissionais na Atenção Primária à Saúde (APS) (médicos, enfermeiros e cirurgiões dentistas) no caso do PROVAB. O PMM foi reconhecido por 21,7% dos que atuam nas EG e por 38,8% dos que atuam nas prefeituras. O PROVAB foi reconhecido por 26,1% dos que atuam nas EG e por 8,2% dos que atuam nas prefeituras.

O Programa Estadual de Qualificação da Vigilância em Saúde do Estado do Paraná (VIGIASUS) foi reconhecido por 91,3% dos que atuam nas EG e por 42,9% dos que atuam nas prefeituras. O Programa de Qualificação da Atenção Primária à Saúde (APSUS) foi reconhecido por 96,7% dos que atuam nas EG e por 34,7% dos que atuam nas prefeituras. Estes são dois programas de iniciativa da SESA-PR, em que o primeiro é voltado para a área da vigilância em saúde e o segundo para a APS. São programas não demandam diretamente admissão de profissionais, mas dentre as metas a serem atingidas pelos municípios constam a manutenção de equipes mínimas nessas áreas. Mesmo não sendo programas envolvidos diretamente com o provimento de trabalhadores foram reconhecidos por quase a totalidade dos responsáveis pela área de RH/GT lotados nas EG, o que demonstra o potencial mobilizador desses programas nas secretarias municipais de saúde. No entanto, foram reconhecidos por menos da metade dos lotados nas prefeituras.

Os profissionais também referiram reconhecer as RAS, mais especificamente, a Rede Mãe Paranaense (91,3% dos que atuam nas EG e 36,7% dos que atuam nas prefeituras); a Rede de Urgência e Emergência (RUE) foi reconhecida por 87,0% dos que atuam nas EG e por 42,9% dos que atuam nas prefeituras; e RAPS, por 82,6% dos que atuam nas EG e por 38,8% dos que atuam nas prefeituras.

Os principais instrumentos de gestão do SUS são o Plano Municipal de Saúde (PMS), a Programação Anual de Saúde (PAS) e o Relatório Anual de Gestão (RAG) (CONASS, 2015). Por Isso, algumas questões das entrevistas foram destinadas a identificar o conhecimento e a participação na elaboração dos instrumentos de gestão do SUS, uma vez que o planejamento é uma das atribuições da gestão.

Quanto aos responsáveis pela área de RH/GT que atuam nas EG, 91,3% referiram conhecer o PMS e 82,6% confirmaram ter participado de sua elaboração; dos que atuam nos RH das prefeituras, o percentual foi de 28,6% para o conhecimento e 10,2% para a participação na elaboração. Quanto a PAS, 87,0% dos que atuam nas EG referiram conhecer, e destes, 82,6% participaram de sua elaboração, enquanto que para os que atuam nas prefeituras foi de 20,4% para o conhecimento e 8,2% para participação na sua elaboração. Para o RAG, o percentual dos que conheciam e participaram de sua elaboração e que atuam nas EG foi de 78,3%; para os que atuam nas prefeituras foi de 20,4% para conhecimento 16,3% para participação na sua elaboração.

Pelos dados obtidos, infere-se que a discussão e elaboração desses instrumentos não foram realizadas de maneira integrada, principalmente com os responsáveis pela área de RH/GT que atuam nos RH das prefeituras. Um importante desafio que se coloca nesta pauta é a articulação das EG com os responsáveis da área de RH/GT que se encontram nas prefeituras para propiciar uma interação de saberes e construção conjunta desses instrumentos.

5.2 Organização da Gestão do Trabalho nos Municípios de Pequeno Porte (MPP)

O objetivo deste tópico é apresentar os resultados da análise de como se dava a gestão do trabalho nos MPP, seu contexto, as atividades desenvolvidas e as potencialidades e fragilidades relatas pelos REG reladas durante os encontros “A gestão da força de trabalho no SUS em MPP”. Trata-se, portanto, dos dados coletados a partir do movimento três, de natureza qualitativa.

Os REG que participaram deste movimento (66) são, em sua maioria, do sexo feminino (51 - 77,3%), nas faixas etárias de 30 a 44 anos (43,9%) e 45 a 59 anos

(28,8%). A maioria (56 - 84,8%) possui ensino superior completo, cujos cursos predominantes são enfermagem (28), administração/gestão (07) e odontologia (4).

Quanto à função de gestão, 15 (22,7%) exercem função administrativa na área de sistemas de informações, agendamento e outras; 14 (21,2%) são secretários municipais de saúde; 14 (21,2%) são coordenadores de equipes ou programas; 10 (15,2%) são coordenadores da ESF; 11 (16,7%) são diretores de saúde ou coordenadores de gestão publica; e dois (3,0%) são responsáveis pela vigilância em saúde.

5.2.1 Características da gestão do trabalho nos Municípios de Pequeno Porte (MPP)

Conforme relatos dos REG há maior concentração de ações de RH/GT nas prefeituras, em que *a parte de recursos humanos é toda realizada pela prefeitura (c.6)*, isto é, as secretarias de saúde não contam com uma estrutura de recursos humanos específicos para a área da saúde. Conforme já relatado, 68,1% dos responsáveis pela área de RH/GT encontram-se atuando exclusivamente nas prefeituras desses municípios.

No entanto, muitos destes municípios possuem uma estrutura de serviços diversificada na área da saúde, com serviços implantados não somente na ABS, mas também na atenção secundária, como clínicas especializadas, Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), Prontos Atendimentos (PA), SAMU, serviços de transporte sanitário e mesmo hospitais. Esse contexto requer equipes multiprofissionais e outras condições logísticas como atendimentos com horários diferenciados ou ininterruptos, em cuja gestão exige-se conhecimentos específicos e complexos. Para se obter uma ideia do dimensionamento da capacidade instalada nesses municípios, dos 60 hospitais públicos da macrorregião norte, 45 estavam em MPP (CARVALHO *et al.,* 2018).

Mesmo que as estruturas de RH/GT estejam centralizadas nas prefeituras, as EG municipais da saúde também executam ações nessa área, complementarmente ou não aos “RH” das prefeituras, o que é considerado *inerente à gestão. Como vai pegar uma equipe de ACS e falar vai lá no RH? Isso ai já está na mão dos gestores faz tempo. Esse controle tem que estar (*a.9).

Para alguns REG a execução das ações pertinentes ao RH/GT está relacionada como fator de sobrecarga de trabalho, porém necessária para agilizar o andamento das ações: *senão fica parado, então a gente agiliza, para chegar lá e só para eles darem o 'ok'* (o.9). Em outros, foi considerado institucionalizado, inerente e imprescindível à gestão da saúde a realização de ações de gestão de trabalho pelas EG, complementarmente ao RH/GT das prefeituras: *coisa simples como férias, não dá para o funcionário ir direto lá e negociar com um profissional que não está ali dentro, sem saber escala. Essa parcela do RH que o gestor acaba assumindo é importante* (g.9). Geralmente a saúde é uma das secretarias com maior número de servidores, o que torna inviável depender exclusivamente dos RH/GT das prefeituras.

Existem outros aspectos de gestão do trabalho que ficam sob a incumbência das EG da saúde, tendo em vista a quantidade de servidores dessa área e a inviabilidade de deslocamento destes no cotidiano dos serviços: [nós temos] *mais de 60 funcionários, então se o funcionário quer pegar férias, e se você falar, 'passa lá no RH para eles descontarem', eles não passam* (c.9). Em função disso, muitas atividades de RH/GT acabam sendo absorvidas pelas equipes gestoras da saúde, mesmo que complementarmente ao RH das prefeituras.

Mesmo em uma experiência relatada por um dos municípios, que foi a criação de uma autarquia como forma de descentralização das atividades de gestão e assistência da saúde, o setor de RH/GT continua vinculado à estrutura da prefeitura, pois: *a única coisa que nós não conseguimos ainda totalmente separar é o RH, que a gente compartilha com a prefeitura* (d.6). Outros pontos também foram citados como relevantes na 'autarquização', como a descentralização das atividades, maior autonomia do corpo técnico, menos interferência política e maior proximidade com o controle social, proporcionando também mais transparência.

A realização de concursos públicos e atividades referentes a admissões de pessoal, elaboração de folha de pagamento e seus respectivos lançamentos (horas extras, plantões, abonos de férias e demais benefícios) encontram-se centralizadas na área de RH/GT das prefeituras, constituindo-se em atividades quase que exclusivamente burocráticas.

Dentre as atividades na área de RH/GT executadas pelas EG da saúde, está o controle de frequência de pessoal, sendo que em alguns municípios é realizado por meio de relógio ponto. Nos locais em que esse tipo de equipamento

ainda não foi instalado, a perspectiva é que venha a ser implantado**,** como recomendação do Ministério Público (MP), a fim de registrar com maior exatidão as frequências**.** Complementarmente, as EG também realizam o controle de férias, horas extras e folgas, comumente denominadas de “banco de horas” e escalas de serviços e de plantões.

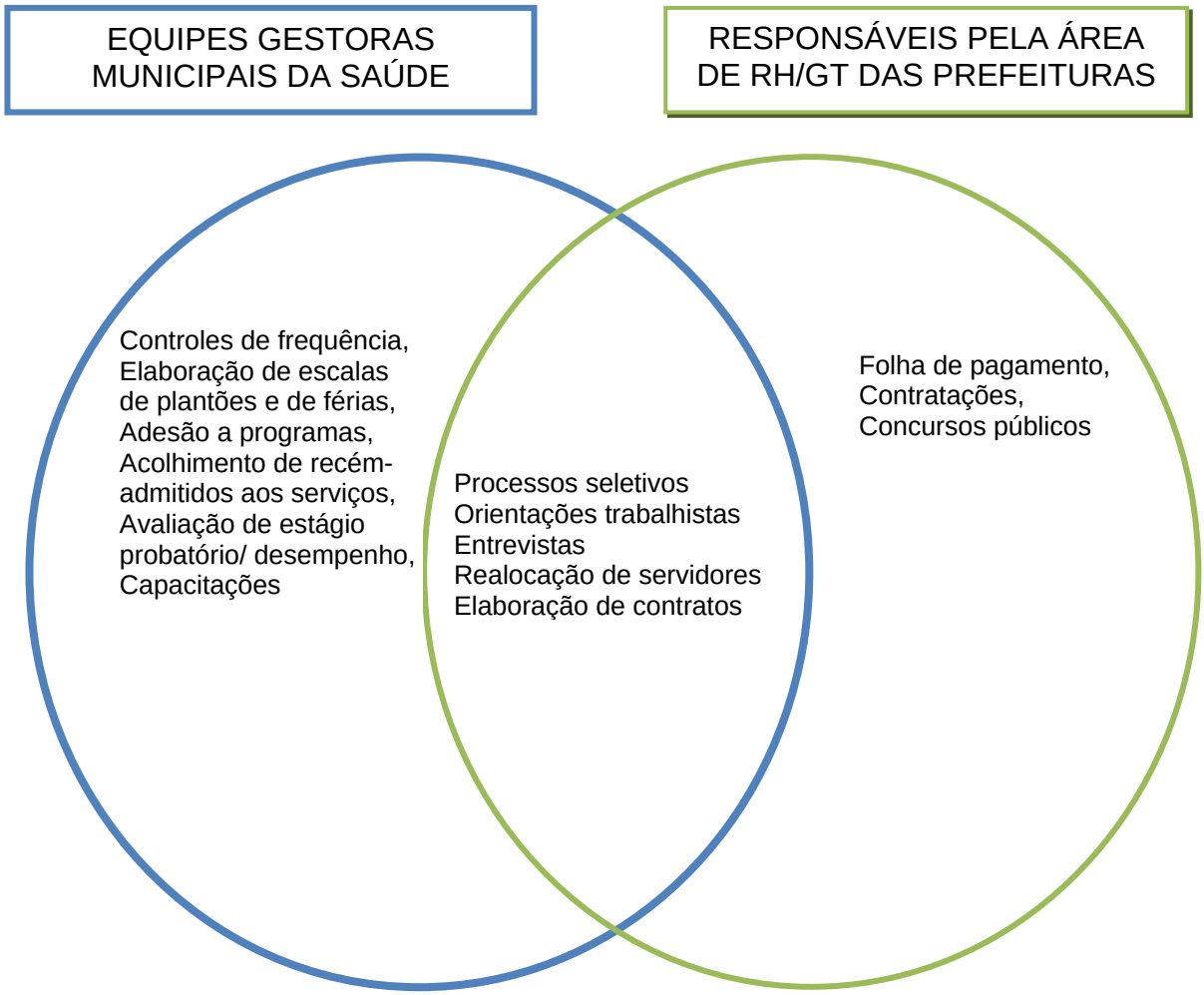
Outra atividade destacada e realizada por algumas EG é a realização de capacitações, com recursos financeiros oriundos de programas federais ou estaduais, como Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ), APSUS, Programa Saúde na Escola (PSE) ou VIGIASUS**.** Entretanto, alguns municípios dependem das RS para realização de eventos de capacitação, assim confirmado: *nós utilizamos as capacitações disponibilizadas pelo estado, via regional, e talvez seja o maior fluxo mesmo via regional* (a.9).

Foi citada a avaliação de desempenho e de estágio probatório, atividades essas desenvolvidas pelas EG, como: *o processo de avaliação deve ser realizado formalmente para os funcionários que têm plano de cargo e carreira (b.9)* e, apesar dos desconfortos dos que atuam na função de avaliadores, os resultados são considerados importantes, mais pontualmente quanto à assiduidade. Nesse sentido, considera-se importante a instituição de instrumentos e medidas legais para a avaliação de desempenho dos servidores, mas são dispositivos que não contam com total credibilidade por parte dos REG, por serem considerados processos complexos e demorados, além de outros aspectos como os políticos, assim pontuados: *eu nunca vi ninguém ser mandado embora por causa do estágio probatório, tem, mas não tem* (g.2), mesmo assim, *é difícil você mandar embora um funcionário concursado, mas não é impossível* (b.9).

As atividades de elaboração e organização de processos seletivos, orientações trabalhistas, realocação de servidores e elaboração de contratos são, muitas vezes, realizadas suplementarmente pelas EG, assim demonstrado: *até o contrato admissional nós fazemos, entrevista, processo seletivo (b.9).*

Para melhor visualização das atividades de RH/GT desenvolvidas conforme os locais de execução e respectivos responsáveis, foi elaborada uma síntese sob a forma da figura 4:

Figura 4 - Síntese das Atividades de Gestão do Trabalho desenvolvidas pelas equipes dos Municípios de Pequeno Porte da Macrorregião Norte do Estado do Paraná, 2016.



Fonte: A autora, com base nos resultados obtidos.

Pelas exposições dos REG, ficou mais perceptível nesses municípios o desenvolvimento de ações relacionadas ao provimento (processos seletivos, realocação, admissão), à vida funcional do trabalhador (orientações trabalhistas, elaboração de folha de pagamento, controle de frequência, escalas, avaliação de desempenho). Em menor escala, foram as atividades ligadas à qualificação de servidores como as capacitações, evidenciando que a expansão das políticas de recursos humanos para as da gestão do trabalho ainda são bastante incipientes. Diante desta conjuntura, para os REG, a gestão do trabalho foi considerada instrumental e pragmática: *a gestão do trabalho está mais para departamento de pessoal* (c.7*).*

5.2.2 Potencialidades e fragilidades da gestão do trabalho em MPP

Ao analisar-se como a área de RH/GT é reconhecida pelos REG, percebeu-se o quanto é primordial para a gestão dos serviços de saúde, tendo em vista o papel que o trabalhador de saúde ocupa e as crescentes necessidades de capacitação, motivação e valorização. Nesse contexto, foram sinalizadas tanto potencialidades como fragilidades dessa área.

Dentre as potencialidades da gestão do trabalho em MPP, alguns dos REG destacaram a pouca distância física entre as secretarias municipais devido ao porte desses municípios, a autonomia para adesão a programas e/ou projetos e as possibilidades de desenvolvimento de processos de qualificação de servidores. Apresenta-se o seguinte detalhamento:

a) Proximidade física entre as estruturas da administração pública municipal propicia contatos e atendimentos frequentes entre as EG da saúde os setores de RH que se encontram nas prefeituras.

b) Possibilidade de decisão sobre a adesão a programas ou projetos instituídos pelas demais esferas de gestão do SUS, confere certa autonomia para a gestão, assim comentado**:** *a secretaria que inseriu o PROVAB e o PMM, pois* a *ideia parte de nós, nós fazemos a adesão e aí encaminhamos para eles* (b.7);

c) O fato dos processos educativos terem sido contemplados nos planos de ação ou nos PMS também foi relatado como facilitador para o desenvolvimento de processos de qualificação de servidores, seja com recursos de programas estaduais, federais ou mesmo próprio, pois*: tinha no plano, contemplava capacitações* (g.7), o que demonstra a importância dos instrumentos de gestão do SUS para a concretização da sua prática. Ainda assim, alguns municípios dependem exclusivamente das capacitações promovidas pelo órgão de saúde estadual, como as RS, sendo**:** *o município não investe em capacitação para as equipes. Só pela regional. Eu só faço curso por intermédio da regional* (b.7).

No entanto, a área de RH/GT nos municípios em estudo apresenta diferentes tipos de fragilidades, sendo a maior parte relacionada à falta de autonomia para os seguintes procedimentos:

a) Organização de processos seletivos e admissão de servidores conforme as necessidades de provimento das equipes;

b) Deliberação para pagamento de direitos trabalhistas, como horas extras e outros benefícios, como adicionais de insalubridade, por exemplo, de acordo com as atividades realizadas e locais de trabalho, assim, *é uma briga eterna para pagar hora extra, campanha de vacina, plantão* (c.2)**;**

c) Definição para alocação de servidores conforme critérios técnicos constantes nas portarias e instrutivos dos programas/estratégias ou mesmo das características/necessidades inerentes aos locais, pois em algumas ocasiões ocorrem situações que são decididas pela área de RH da prefeitura, sem prévia discussão com as equipes de saúde**:** *em vez de eles sentarem com o pessoal da saúde e ver [verem] certinho a localidade que está precisando, eles estão mandando elas [as ACS] para outro lugar* (e.2).

Outra circunstância dificultadora é o entendimento, por parte dos órgãos de RH/GT das prefeituras, de que os servidores admitidos por meio da CLT (emprego público) não possam ser nomeados para FG, conforme relato: a enfermeira *está na coordenação, mas não pode receber uma função gratificada porque CLT não pode* (b.9). Esse entendimento reflete-se na ausência de portarias ou outro tipo de formalidade para designação das funções de coordenação/gestão: *nenhum dos funcionários que ajudam na gestão tem uma nomeação, porque uns são enfermeiros, outros são técnicos, que ajudam além do serviço que já faz. Tem responsável, mas não tem nomeação* (f.8). Uma alternativa praticada para compensar a função de coordenação sem nomeação formal é por meio do lançamento de horas extras, pois: *quando não tem os cargos, dá [paga] horas extras* (g.7).

A maioria dos municípios estudados não dispõe de um plano de cargos com funções de coordenação, chefia e assessoramento legalmente organizados nas secretarias de saúde, ou um organograma, onde possam constar as coordenações, sendo esta, possivelmente, outra das causas que os impedem de ter uma designação legal e de receber FG pelas coordenações assumidas, conforme se verificou: *No meu município teria que refazer o organograma para conseguir organizar essas portarias das coordenações* (a.7). No entanto, em alguns municípios

existem as duas possibilidades, isto é, servidores formalmente nomeados e servidores sem designação formal**.**

Em muitos casos, essa formalização ocorre somente sob a forma de ofícios, a pedido do órgão de saúde estadual, no caso as RS, para identificação de referências de determinados programas; ou na forma de inscrição no Cadastro de Estabelecimentos de Saúde (CNES), como coordenação de equipe ou ainda como Responsável Técnico (RT) por determinado serviço perante a Vigilância Sanitária.

Os REG referiram sentir necessidade de formalização dos processos de trabalho, com definição de responsabilidades e funções, tanto para contribuir para a organização dos serviços, como para comprovação de experiências e valorização de currículo pessoal, como neste relato: *faz uns três anos que estou na coordenação de atenção básica, mas se eu for pedir um emprego em outro lugar, eu não tenho nenhum documento que comprove que eu atuei na gestão* (f.2).

Algumas ações nesse sentido já se encontram em andamento, como registros em atas das funções e respectivos responsáveis; apresentação de propostas para criação de planos de cargos e funções em instâncias deliberativas, como conferências e conselhos de saúde; e elaboração de funcionogramas, descriminando, minuciosamente, as principais atividades e seus responsáveis, como no seguinte relato: *no meu município, foi feito um funcionograma. Todos os programas, todos os sistemas, e foi colocado o nome de cada um* (f.2).

No entanto, com ou sem formalização, na prática, os profissionais das EG: *desenvolvem três, quatro funções. É contratado para uma, mas desenvolve mais funções, não tem pessoal para tudo que deveria ter* (a.6), o que corrobora o discurso de muitos gestores no sentido do número reduzido de pessoas envolvidas nos processos de gestão (CARVALHO *et. al.,* 2018).

A instituição do piso salarial nacional de R$1.014,00 para ACS e ACE (Lei Federal nº 12.994/2014) constituiu-se em um fator desencadeante de conflitos no interior das equipes de alguns municípios onde esse valor é mais elevado do que o salário-base de outras categorias, como os técnicos e auxiliares: *a enfermagem ia parar se o ACS ganhasse mais que o técnico* (n.9), e *a tendência desse piso é a gente ouvir reclamações dos outros servidores* (c.7) *e desmotivar os outros* (g.7).

No entendimento dos REG de alguns municípios essa lei gerou insegurança jurídica, uma vez que não há possibilidade legal para se proporcionar um aumento salarial para uma determinada categoria que não possa ser estendido aos demais

servidores municipais, conforme relato: *a lei impede de fazer aumento de remuneração diferenciado para esse ou para aquele funcionário* (a.9).

Em pesquisa à legislação, verificou-se que são duas situações distintas. Uma situação é a implantação do piso salarial das categorias ACS e ACE, mediante lei federal e repasse de recursos financeiros para tal. Outra situação é a revisão anual dos salários dos agentes públicos (art. 37, X da CF/88) com o objetivo de recompor as perdas inflacionárias, em data única e com índices iguais para todos servidores, com base em lei específica editada pelo chefe do executivo (MARCONDES, 2016). Portanto, não haveria obrigatoriedade do valor percentual, que representou o aumento salarial com a implantação do piso dos ACS/ACE, ser estendido aos demais servidores.

Devido a essas incertezas e diferenças de entendimentos, também houve uma diversidade de condutas aplicadas a uma mesma legislação, pois alguns municípios não colocaram tal piso em prática**,** outros o implantaram como salário-base e outros sob a forma de complemento salarial (abonos). Em alguns casos esse piso foi utilizado para elevar o rendimento de outros profissionais das equipes municipais de saúde, seja por aumento no salário-base, seja por meio de outros arranjos. Como exemplo desses arranjos foi a organização de sistema de sobreaviso, a fim de justificar o pagamento de serviço extraordinário e contornar a situação de desproporcionalidade entre os salários dos ACS/ACE e as categorias da enfermagem. Nos locais em que não foram tomadas medidas de equiparação entre as categorias de enfermagem e os ACS/ACE, a situação era mais conflituosa.

Na percepção dos REG a implantação desse piso, por meio de imposição de outras instâncias consideradas superiores, no caso o governo federal, desconsiderou os demais componentes das equipes e as realidades locais. Tal medida se deu mediante hierarquização das decisões/centralização, característica de organizações burocráticas.

Caso os municípios tivessem condições de resolver essa desproporcionalidade para com os demais servidores, eles teriam que arcar com um custo financeiro não programado e com isso, poderiam atingir os limites de gastos com pessoal impostos pela LRF, como no seguinte entendimento:

> [...] Quando elevaram os salários [dos ACE/ACS], eles criaram um problema para os municípios que já tinham seus profissionais concursados. O impacto que isso gera, inviabiliza. Então o que o Ministério da Saúde fez? Jogou um abacaxi na nossa mão. Mas como sempre o negócio vem de cima pra baixo (a.9).

Outro aspecto relevante e constante nas falas dos REG são as dificuldades decorrentes de interferências políticas na área de RH/GT, sob diversas formas: nomeação de servidores para cargos comissionados que não atuam na gestão ou nos serviços de saúde; realização de acordos diversos com alguns trabalhadores que ensejavam em desvios de função; determinação de pagamentos não comprovados, cuja motivação pode ser questionada por órgãos de controle, como horas extras ou plantões; e “perseguições políticas” de várias espécies.

As interferências políticas no favorecimento de pagamento de serviços extraordinários ou plantões foram exemplificados da seguinte forma: *será que vai tirar o plantão? Faz para quem tem que agradar, por força da política* (a.7), ou podem ocorrer como substituição ao pagamento de funções gratificadas, na impossibilidade de indicação de FG: *quando não tem os cargos, [recompensa com] dá horas extras* (g.7). Nos casos de remanejamento ou alocação de servidores sem critérios técnicos, como forma de castigo ou de benefícios, acontecem nestas condições: *onde eu estou o castigo é a transferência. Em dezembro foi trocado o setor de todos os ACS* (e.7) ou *ela [a servidora] estava em desvio de função, era contratada como [auxiliar de] serviços gerais e estava como agente comunitário porque era amiga do prefeito* (e.2).

Assim foi referido que muitos cargos comissionados são utilizados para fins políticos partidários ou para contemplar pessoas com grau de parentesco com políticos locais, que por sua vez não comparecem nos serviços ou não atuam condizentemente com as necessidades dos cargos e, quando existe uma possibilidade de nomeação, os servidores de carreira são preteridos. Nessas condições, as consequências são a sobrecarga dos servidores efetivos em termos de volume de trabalho e de irregularidades: *acaba[va] tendo sobrecarga para alguns funcionários. Às vezes paga, mas não consegue desempenhar adequadamente* (d.6), e *eles colocam as pessoas, fazem coisas erradas e depois chamam de novo o técnico para corrigir* (j.9), gerando desmotivação.

As nomeações para os cargos comissionados são institucionalizadas e destinam-se a funções de chefia e assessoramento, sendo de livre nomeação e exoneração por parte do chefe do poder executivo. A crença dos REG é que *isso acompanha, feliz ou infelizmente, a lógica da política. O cidadão [gestor do município] quer pôr alguém para gerir a saúde que seja aliado político, ou alguém que ele controle politicamente* (a.9).

As interferências políticas também ocorrem com a criação de vagas específicas, mas não prioritárias para a saúde e também a utilização de vagas de estágio para o atendimento de promessas político-partidárias ou de cunho pessoal; além disso, o gestor detém o poder de determinar o adiamento de chamamentos dos concursos públicos se lhe convier: *se a maioria que passou no concurso é contra o prefeito ele amarra mesmo* (l.8).

Mesmo com todos os avanços das legislações relativas à Administração Pública e dos órgãos de controle essas práticas ainda persistem, pois ainda *tem esse 'ranço' da chamada perseguição política, que não respeita o direito do funcionário. Muitos gestores, os prefeitos, tem esse ranço ainda, achando que ainda tem esse controle* (d.6). No entanto, foi reconhecido de que houve melhora nessas questões, uma vez que *antigamente era muito pior, se você fosse contra [o prefeito] você estava perdido. O pior lugar que existisse você tinha que ir e ficar trancada e quieta no lugar, não podia conversar com ninguém, nem se manifestar* (f.6).

Portanto, as interferências ainda estão presentes na gestão do trabalho dos MPP estudados, seja por meio da indicação de pessoas com parentesco ou relação político partidária com o poder executivo ou por meio de outras práticas contrárias aos princípios da Administração Pública.

Segundo os REG, um dos motivos que agravam essas dificuldades seria a falta de entendimento das peculiaridades da área da saúde pelos(as) responsáveis pela área de RH/GT das prefeituras, especialmente quanto aos processos ou condições de trabalho, como atividades extraturno, plantões e outras inerentes, como: a *prefeitura não tem a mesma visão de quem está ali na realidade da saúde. Eles não entendem nossa demanda* (b.7).

Essa falta de entendimento das peculiaridades da área da saúde ou a falta de interação entre os responsáveis pelo RH/GT e as equipes gestoras da saúde se davam sob diversos aspectos: no dimensionamento e provimento da FTS: *só ouço que o departamento de saúde é o que mais tem funcionário, e é o que menos trabalha* (a.6); no reconhecimento das necessidades de serviços extraordinários e no respectivo pagamento, traduzidos por questionamentos deste tipo: *mas que absurdo essas horas extras, por que vocês têm que fazer plantão?*(d.8); bem como na incompreensão do próprio trabalho em saúde e na desvalorização de seus servidores, como: *eles acham que a gente não trabalha, que só ganha bem e não faz nada* (f.2). Esses posicionamentos acabam por gerar desentendimentos entre as

equipes da saúde e os responsáveis pelo RH/GT das prefeituras: *fica aquela briga dos funcionários da saúde com os funcionários do RH da prefeitura* (d.8).

Essas dificuldades não se restringem aos responsáveis pela área de RG/GT, mas são extensivas a outras áreas das prefeituras, como contabilidade, financeiro e muitas vezes até com o chefe do executivo. Essas questões repercutem na utilização insuficiente de recursos financeiros, que poderiam ser mais eficientemente aplicados nos serviços de saúde, como na melhoria das estruturas e no provimento das equipes, conforme relato:

> [...] Tem cinquenta mil reais lá parados. Eles não estão pagando o médico porque não sabiam que podiam utilizar os recursos que vem todo mês para pagar o médico do PSF. Eles achavam que aquele dinheiro, era para pagar só médico concursado (j.8).

Para enfrentamento dessas situações ou 'ruídos', os REG sentem a necessidade de maior interação ou entrosamento com as demais áreas do executivo municipal. Um dos municípios está enfrentando essas questões com a participação de membros da EG em comissões para elaboração de concursos e em eventos de integração promovidos pela administração local. Foi reconhecido por um dos REG que a gestão da saúde também poderia contribuir mais nesse sentido, por meio de uma atuação mais proativa, pois *se a gente quer que eles conheçam, a informação tem que ser dada pela secretaria municipal de saúde* (f.9).

Também foram identificadas outras necessidades/possibilidades para minimizar essas dificuldades, como a designação de um responsável da equipe gestora da saúde que se torne um elo dentre esta e o RH/GT das prefeituras, a fim de facilitar a condução das questões relativas e agilizar o andamento de processos. Isto já vem acontecendo em alguns municípios, com resultados positivos. Outra possibilidade/necessidade sugerida foi a organização de cursos que enfoquem temas de gestão da saúde para toda a equipe, envolvendo também os responsáveis de áreas estratégicas nas prefeituras, como RH/GT, financeiro e contabilidade.

Também há que se considerar que, na área da saúde, pela responsabilidade imposta às equipes, pela diversidade de normas, legislações e estrutura complexa, *não dá mais para brincar de ser gestor, ou se profissionaliza ou quebra o sistema* (b.9). Por isso, os profissionais das equipes gestoras necessitam conhecer as regras, normas e legislações da área da Administração Pública, a fim de poderem desempenhar suas funções e conquistar maior autonomia e poder na estrutura das prefeituras. Para tanto, especializam-se e procuram ter conhecimento técnico a fim

de gerir a organização, *por exemplo: se alguém falar que não pode contratar por isso, se ele não tiver argumento, se ele não entender, vai falar amém* (b.7).

Os membros das EG que não têm conhecimento da área financeira/contábil ou de RH/GT podem ter ainda mais dificuldades de atuação, e tendem a ser controlados pelos administradores profissionais, uma vez que 68,1% dos responsáveis pela área de RH/GT encontram-se atuando nas prefeituras. Além do RH/GT também são relevantes os setores da contabilidade, departamento jurídico e outros cuja centralização é ainda mais evidente pelas declarações dos membros das equipes gestoras, e a área de saúde é apenas considerada mais uma dentre as demais que compõem o executivo municipal**.**

5.3 Provimento e Fixação de Trabalhadores nos Municípios de Pequeno Porte (MPP)

Conforme já explanado, a estrutura dos MPP na área de saúde é variável e complexa. Muitos municípios, além das equipes de ABS, de vigilância em saúde e de gestão, possuem unidades de média complexidade, e outros serviços. Essa estrutura implica em grande diversidade de categorias profissionais e um considerável número de profissionais. Essa expansão também tem relação com a destinação de incentivos financeiros federais, sendo este um dos primeiros aspectos que chama a atenção da gestão e o que mais favorece a adesão a uma determinada proposta/programa, sendo indispensável para manutenção das equipes ou dos serviços.

Para tanto, são requisitos das equipes gestoras municipais a capacidade técnica e gerencial para atuar na área da gestão do trabalho, especialmente no que diz respeito à atração, seleção, admissão e fixação de seus trabalhadores, cujas legislações e normas são complexas e nem sempre de fácil aplicação e entendimento. Para melhor entender esse contexto dos municípios, serão apresentadas as formas de seleção e as modalidades de admissão adotadas para o provimento das equipes, bem como as questões relativas à rotatividade da FTS e, finalmente, estratégias de fixação de trabalhadores nos MPP.

5.3.1 O provimento da força de trabalho nos MPP

Os REG apontaram que têm oferta de profissionais de saúde em seus próprios territórios, o que inicialmente favorece o provimento das equipes, principalmente os de nível técnico: *se eu tenho dificuldade com quem não seja de nível superior? Eu tenho menos dificuldade com técnico, porque tem bastante e o emprego está mais difícil* (f.9). Para esses cargos é maior a probabilidade de serem preenchidos por profissionais residentes no próprio município, pois os salários não são vantajosos a ponto de atrair profissionais de outras localidades devido a despesas com transporte, alimentação ou moradia.

No geral, foi considerado que: *não tem nenhuma categoria que é muito difícil [de realizar o provimento]* (e.6). No entanto, por vezes determinados programas correm o risco de ter seus incentivos financeiros suspensos**,** por dificuldades de provimento e fixação em determinadas categorias, principalmente a médica.

Para o provimento de vagas em aberto**,** as secretarias municipais de saúde informam suas necessidades aos responsáveis pela área de RH/GT das prefeituras por meio de ofício, a fim de que sejam contempladas na abertura dos processos de seleção, o que nem sempre acontece. Nesse caso, são verificadas outras formas de seleção e admissão que assegurem a manutenção das equipes ou expansão dos serviços e que não se utilizam de seleção pública, o que será mais detalhado nas formas de admissão.

Outro procedimento relatado pelos REG, mais especialmente para o provimento da categoria médica, é a prévia consulta da situação cadastral do profissional no CNES, a fim de verificar se o mesmo está vinculado a outro(s) local(is) e as respectivas cargas horárias. Por ser uma categoria que tem como característica atuar sob diversas formas de admissão/contratação (pessoa física ou jurídica, servidores efetivos ou trabalhadores terceirizados/credenciados) e em vários locais, esse procedimento é necessário para prevenir inconsistências e consequente glosa de recursos: *quando o médico entra, eu já tiro o relatório dele e aviso quantas horas ele ainda tem, quantas horas que eu ainda posso lançar* (d.8).

Mesmo que o profissional médico já tenha extrapolado a quantidade de horas lançadas em determinado programa ou estratégia, os municípios realizam a contratação, lotando-o em outros serviços, como ambulatórios, por exemplo, sem o lançamento desse vínculo ou contrato no CNES, assim confirmado: *nem todos os*

médicos do município estão no CNES, às vezes o médico já tem o PSF em outro município, ele não vai poder pegar outro PSF. Daí a gente contrata ele para trabalhar em outra área, que não o PSF (f.6).

Também ocorrem situações de inserções de carga horária em desconformidade com a carga horária praticada: *para [atingir] as 40 horas do médico do PSF tem que ter dois ou três profissionais, porque na verdade [o médico] não está disponível por 40 horas, só existe no cadastro* (g.9) e *pela legislação, a ESF exige 40 horas. Mesmo que ele não fique lá, tem que lançar 40 horas* (c.8).

Também foi relatada a prática do cadastramento de equipes no CNES antes da efetivação de sua admissão/contratação, mediante ciência dos profissionais, a fim de garantir o início das atividades concomitantemente com o recebimento dos recursos financeiros com e garantir a sustentabilidade financeira do serviço. Essa situação foi justificada devido a atrasos nas habitações/credenciamentos e no respectivo envio de recursos financeiros, sobrecarregando os municípios, assim vivenciado: o *governo fala assim: 'monta [instala o serviço] que em noventa dias te mando o dinheiro', porque [a equipe] tem que estar contratada para habilitar. Demorou oito meses para cair o dinheiro* (c.6).

Dessa forma, os objetivos esperados do CNES como a integração entre os sistemas de informação, a visibilidade do potencial da assistência à saúde no Brasil (público e privado) e de ser um instrumento de gestão e de planejamento para apoiar a tomada de decisão (CNES, sd) estão sendo incipientemente atendidos. Pelos relatos, esse sistema de informação não está refletindo em tempo real a capacidade instalada no que se refere às equipes, além de que não há uma verificação in loco para validação dos dados. Mesmo assim, pode ser considerado um aliado para o provimento e manutenção das equipes, devido à necessidade de inclusão dos profissionais para habilitação dos serviços e consequente recebimento de incentivos financeiros.

Outra situação relacionada ao provimento são os planos de cargos e funções, que se encontram desatualizados e não acompanham as necessidades de provimento mínimo das equipes em termos de quantidade e de tipos de vagas necessárias para o desenvolvimento das atividades e dos programas/projetos. O MS publicou a Portaria 1.318 em 05 de junho de 2007 contendo as Diretrizes Nacionais para a Instituição ou Reformulação de Planos de Carreiras, Cargos e Salários no

SUS, mas persistem nos MPP dificuldades para implantação de tal instrumento seja por motivos financeiros ou pela própria elaboração.

A remoção de servidores entre secretarias de um mesmo município também é considerada como uma forma de provimento. No entanto, não é frequente, pois, segundo os REG há pouco interesse dos profissionais de outras secretarias em serem removidos para a área da saúde, justamente pelas suas características, como serviços extraordinários, plantões, atividades extraturno, impossibilidade de interrupção de atividades por ocasião de festas e feriados prolongados, como*: quando você quer levar para a sua secretaria, ninguém quer ir. Eles acham que a gente não faz nada, mas aí pesa, porque você trabalha enquanto muitos departamentos fecham e você trabalha* (h.2).

5.3.1.1 Legislações limitadoras para o provimento

Para a admissão de novos servidores, as EG da saúde verificam a posição do município quanto ao limite de gastos com pessoal preconizado pela LRF, que abrange todos os servidores, independentemente da secretaria de lotação. Extrapolar seu limite prudencial pode resultar na proibição de abertura de novos concursos públicos, como neste relato: *não abrimos concurso por causa do índice da folha, porque já atingiu 53,0% do limite de gastos com pessoal. E em 52,0% já não autoriza concurso. E aí, como você vai ficar sem profissional*? (f.6)**,** e *para contratar uma nova equipe tem que analisar se não vai ultrapassar o limite da folha. Em caso positivo, dá problema com o TCE.* E *é o secretário de saúde que vai assumir a bomba* (c.6).

Esse limite de gastos com pessoal também é aplicável para a concessão de reajustes salariais, como: *nosso município foi aprovado na câmara a reposição de 25% do salário, mas vai travar na questão do índice da LRF* (o.9), e também para o pagamento de horas extras ou outros adicionais, como tempo de serviço, etc., pois: *quando a folha estiver estourando nem pense em pagar hora extra (*c.2). Essa preocupação surgiu nos relatos dos REG, também para a ampliação de equipes, conforme: o *nosso prefeito não quer por causa disso, porque vai para a folha de pagamento (*c.2), além de que a área da saúde é considerada *uma das que mais possuem servidores. O índice é geral, só que o que mais pesa é a saúde* (b.9).

Mesmo que haja disponibilidade de recursos financeiros, se não houver margem no indicador (limite) da LRF, as admissões tornam-se inviáveis: *às vezes chega a até ter dinheiro, mas devido ao índice, você não tem condições de contratar* (d.7). Assim, as EG dependem da vacância de cargos até de outras secretarias para, então, negociarem as novas admissões: *eu preciso contratar. Ai eu estou esperando uns velhinhos lá se aposentarem. Eu vou 'roubar' o índice da educação e vou regularizar a saúde* (j.9).

A contratação de serviços de terceirizados foi citada como possível alternativa para evitar que os municípios atingissem os limites de gastos com pessoal da LRF:

> [...] Tem serviço que é terceirizado, serviço que é próprio. Então lá está bem misto devido da Lei de Responsabilidade Fiscal, que eles estão evitando fazer contratação por concurso, então pegando por empresas, porque as vezes consegue escapar (g.7).

No entanto, a orientação do TCE-PR é que mesmo os valores com empresas terceirizadas devem ser considerados para compor o indicador da LRF. Assim, os REG dos municípios que ainda não estão computando os valores pagos a terceirizados como despesas com pessoal para fins da LRF demonstraram sua preocupação com o impacto desses lançamentos quando forem regularizados, conforme pontuado: *os municípios que estão no limite da LRF, estão contratando de forma irregular, que é o caso do terceirizado, porque se eles colocassem formalmente, isso chegaria próximo ou ultrapassaria [o limite com gastos de pessoal]* (a.9).

Entretanto, foi sinalizado que o limite de gastos com pessoal talvez não seja um dificultador em termos de provimento de equipes se forem seguidos critérios técnicos para o provimento dos cargos de chefia e assessoramento, ou a substituição destes por cargos efetivos, como: *tem cargo comissionado lá que a pessoa não trabalha. Se ele cortasse essas coisas ele conseguia contratar profissionais* (c.7)**.**

As equipes gestoras não possuem governabilidade para administrar esse indicador nem tampouco para atuar nessas questões, e**,** portanto, existe uma lacuna que a LRF não assegura, que é a qualidade dos gastos públicos, pois: a *gente sabe dessa necessidade e sabe também que não é porque não quer contratar, então tem essa impossibilidade, que barra. Você tem várias possibilidades para trabalhar, mas, de repente, você não pode* (g.8).

Outra legislação citada como limitadora para o provimento das equipes foi a EC 41, de 19 de dezembro de 2003, que fixou limite remuneratório nacional para os servidores públicos relativamente à remuneração do chefe do respectivo poder ao qual está vinculado. Assim, no caso dos municípios, deve ser observada a remuneração mensal do prefeito como teto para o salário dos servidores municipais, aplicável para toda a Administração Pública, Direta e Indireta (MARCONDES, 2016).

Essa questão foi sinalizada especialmente para o provimento da categoria médica, uma vez que o salário de mercado para esta categoria geralmente é mais elevado do que a remuneração dos prefeitos dos municípios das regiões de estudo, notadamente por serem MPP, conforme relato: *hoje um prefeito na cidade pequena ganha em torno de R$ 8.000,00, e um médico, no hospital, você não vai contratar por menos de R$ 18.000,00, então o que foi feito? Foi feito licitação e contratado empresa* (e.6) e *o prefeito de uma única cidade da nossa região que recebe quinze mil [reais]; e o médico 40 horas, ganha vinte mil [reais] hoje* (a.9). Portanto, a remuneração do prefeito não acompanha os valores de mercado para a categoria médica.

A dificuldade decorrente dessa legislação, em alguns municípios, foi contornada pela substituição da forma de admissão de profissionais médicos em cargos efetivos pela terceirização, por meio da contratação de pessoas jurídicas. Esse limite também foi considerado como desencadeador do desligamento de profissionais que tiveram seus proventos como servidores efetivos ‘congelados’ por terem atingido o valor da renda do chefe do poder executivo local. A categoria médica foi referida como diferenciada para as questões de provimento e fixação, motivo pelo qual será mais detalhadamente discutida em tópico posterior e específico.

Essas dificuldades também estão influenciando as modalidades de admissão, que por sua vez tem relação direta com as modalidades de seleção.

5.3.1.2 Modalidades de seleção

As formas de seleção comumente relatadas pelos REG nos municípios em estudo foram os concursos públicos, destinados aos cargos efetivos na condição de estatutários; ou os testes seletivos, para os empregos públicos, no caso para os membros das equipes da ESF/PSF e os contratos temporários, ambos por meio da

CLT. Essas situações são condizentes com o posicionamento de Nogueira (2006), que considera adequado todo vinculo de trabalho em que o trabalhador foi admitido mediante seleção de natureza pública.

O concurso público de provas ou de provas e títulos é requisito para a investidura em cargos e empregos públicos, a fim de selecionar os candidatos mais preparados para o seu exercício, conforme artigo 37 da CF/1988 (BRASIL, 1988), com exceção para os cargos comissionados e as contratações por prazo determinado (MARCONDES, 2016).

As percepções quanto aos concursos públicos são divergentes segundo os relatos dos REG**.** Para uns, a seleção por concurso público é considerada como importante fator para fixação das equipes por proporcionar estabilidade frente as interferências políticas e também eficiente para seleção de profissionais.

Outros não concordam com essa eficiência de selecionar trabalhadores conforme as aptidões técnicas ou comportamentais que são esperadas para o cargo ou função, pois muitas das especificidades não são passíveis de serem avaliadas por uma prova. Quando a atuação do servidor não é considerada adequada para o cargo ou função, a estabilidade decorrente de concursos públicos foi referida como um dificultador, como: *tem dois lados. O profissional que é responsável é ótimo o concurso público, ele tem uma estabilidade, mas são poucos* (a.8).

Para esses REG a estabilidade decorrente do concurso também é considerada como um fator desencadeante do que denominam como ‘acomodação’ do servidor, ou seja, *o pessoal concursado com o tempo, com o passar dos anos, vai deixando a desejar* (a.8), tornando-se como um ‘peso’ para a gestão. Foi sugerido que a falta de competitividade e a estabilidade não motivam o servidor a procurar ‘crescer’ e dedicar-se ao serviço, diferentemente dos selecionados via teste seletivo ou outras modalidades de seleção/admissão, sem estabilidade.

Nestas condições, os REG avaliaram a estabilidade do servidor público como um fator que afeta a autonomia da gestão quanto a permanecer com o servidor em seus quadros de pessoal, mesmo com atuação insuficiente ou inadequada, sugerindo que a opção por terceirizar é mais indicada por ser flexível, como nesta declaração: *eu tenho autonomia de chegar na [para a] empresa e falar assim, eu não vou renovar o contrato com vocês porque não gostei dos seus profissionais. Agora o concurso, não dá essa autonomia* (m.8). No entanto, a terceirização pode se consistir em um equívoco e um retrocesso, ao abrir caminho

para a precariedade dos vínculos de trabalho, para a ampliação de interferências políticas e consequentemente afetar a fixação dos profissionais nas equipes de saúde.

Não foram ponderadas pelos REG as possibilidades introduzidas pelas EC 19/98, como a avaliação periódica de desempenho, pois, mesmo tendo adquirido a estabilidade, pós-estágio probatório, o servidor ainda pode ser avaliado periodicamente (CALDAS, 2011) além da expansão do período do estágio probatório de dois para três anos. Conforme já comentado, essa EC constituiu-se em parte importante do Plano da Reforma da Gestão Pública, cuja preocupação básica é passar da administração pública burocrática para a gerencial e introduzir o princípio da eficiência no serviço público (BRESSER PEREIRA, 2016).

Outras circunstâncias também podem interferir no desempenho dos trabalhadores, como condições e processos de trabalho inadequados; remuneração não condizente e baixa oportunidade de ascensão profissional e ausência de formação prévia compatível ou qualificação para o trabalho. Outros fatores, como falta de profissionais na rede e de espaços coletivos de negociação e de gestão; interferências políticas; problemas na infraestrutura das unidades de saúde, e na dinâmica da assistência, também são relevantes. Desta forma, há que se pensar em ações que promovam condições de trabalho condizentes com a complexidade do trabalho em saúde, que depende de inúmeros fatores, como estrutura física, material e tecnologias disponíveis, profissionais qualificados e motivados (NUNES *et al*., 2015).

A seleção e a admissão em modelos de gestão burocráticos são baseadas em critérios válidos para toda a organização e também têm a finalidade de evitar o nepotismo. Daí decorre a realização de exames, concursos, testes e títulos, baseados na capacidade, na competência técnica e no mérito, e não em preferências pessoais (CHIAVENATO, 2003; PRATES, 2007). Atendendo a este dispositivo, foi referida a atuação do Ministério Público-PR no sentido de que o provimento das equipes se desse por meio de concursos públicos*: o Promotor quer concurso, só que é um programa, ele pode ser extinto a qualquer momento* (b.9). Mas, nem todos os trabalhadores dos serviços nesses municípios passaram por processo de seleção pública, sendo esta variável conforme o tipo de vínculo, como os terceirizados, cargos comissionados, credenciados e outros.

Para os gestores que privilegiam o provimento das equipes por meio de profissionais locais, a seleção pública consiste em risco, pois possibilita a participação de profissionais de outras localidades, em prejuízo dos residentes no município, uma vez que não há como restringir o acesso aos certames somente para moradores do município. Nessas situações, foi considerado que: *nem sempre o concurso é uma forma boa de fixar o profissional. Depende! É só legal* (h.6), pois, *se é um concurso, às vezes eu deixo de colocar um profissional que é meu, que eu sei que tem uma capacidade grande, porque de repente passou outro, de outra cidade (f.6).*

Outras dificuldades percebidas pelos REG são os custos financeiros elevados para realização de concurso público e também a sua morosidade e formalidade, muitas vezes incompatíveis com a natureza de serviços de saúde, principalmente os de urgência e emergência, cujas vacâncias nem sempre podem ser previstas, mas que necessitam de provimento imediato. Além disso, quando da realização dos concursos, as EG não participam da sua organização com sugestões de temas que possam compor o perfil do cargo: *nós [equipe gestora] não participamos do processo de seleção* (d.7).

Essencialmente relacionadas às formas de seleção, encontram-se as modalidades de admissão praticadas pelos municípios em estudo e que serão apresentadas na seção seguinte.

5.3.1.3 Formas de admissão

As formas de admissão/vinculação mais frequentemente utilizadas e relatadas pelos REG para provimento dos cargos foram: estatuto do servidor público; emprego público por meio da CLT; contratos por prazo determinado (temporários) com pessoas físicas; terceirizações por meio de contratos com pessoas jurídicas; credenciamentos; cargos comissionados e contratos de estágios, sendo que a maioria dos municípios se valia de mais de uma modalidade concomitantemente: *tenho estatutário e tenho o CLT* (b.9) ou *no nosso hospital, os plantões são terceirizados por empresa e a atenção básica toda concursada ou teste seletivo* (g.7).

O estatuto do servidor foi a modalidade de admissão mais identificada nos municípios em estudo: *no nosso município são todos estatutários* (f.7), e *nessa*

gestão todos são concursados, não tem nenhum celetista, não tem estagiários (g.8). Desde a CF/1988 ficou instituído o RJU para ingresso no serviço público, isto é, o regime estatutário. A EC nº 19/98, de 04/06/98 eliminou o RJU para contratação de pessoal no serviço público. Posteriormente, essa EC foi questionada por meio da Ação Direta de Inconstitucionalidade n.2135 (ADIN) que suspendeu a eficácia do artigo 5º da referida EC, voltando ao que originalmente constava na CF/1988, isto é, o RJU.

Em decorrência da EC 19/98, várias categorias profissionais foram admitidas por emprego público, como técnicos de enfermagem, ACS, farmacêuticos, médicos e enfermeiros. A percepção dos REG é de que essa forma de admissão foi instituída com a justificativa de que os programas poderiam ser extintos pelo governo federal e, sem os incentivos financeiros tais programas não seriam mantidos pelos municípios e assim os trabalhadores poderiam ser dispensados.

Portanto, em alguns locais ainda paira a dúvida sobre a continuidade dos programas incentivados ou induzidos pelo Governo Federal, como a ESF e seus programas, como as eSF, Equipes de Saúde Bucal (ESB), NASF, mesmo após decorridos muitos anos desde sua instituição e tendo sobrevivido a vários governos: *todos que entraram por programas, como a ESF, equipes de eSF, NASF, são todos [contratados por] emprego público, e se o programa acabar, eles podem ser dispensados* (f.2) *e, o enfermeiro é contratado pra responder pelo PSF, mas a gente não sabe até quando, não é um programa que se efetivou* (b.2).

Os contratos temporários também são praticados com pessoas físicas, sendo realizados independentemente da categoria profissional, além das condições previstas, como em situações de epidemias ou de risco: *nós temos técnico de enfermagem, médicos e enfermeiros que são temporários* (d.7); ou *temos cinco médicos, sendo três por prazo determinado e o dentista também é por prazo determinado* (f.2). Neste caso, utiliza-se do regime especial que rege os contratos por tempo determinado em função de excepcional interesse público (Leis nº 8.745 de 09/12/93 e 12.314 de 19/08/2010), mas que não se justifica rotineiramente.

Contratos com pessoas jurídicas, mediante licitação, geralmente são firmados para contratação de profissionais médicos, tanto para a realização de plantões nos hospitais como para a atenção básica e ambulatórios. Houve referência de que essa modalidade havia sido utilizada na expectativa de que estas despesas não necessitassem ser computadas para os limites de gastos com pessoal impostos

pela LRF, conforme o relato: *no nosso hospital, os plantões são terceirizados por empresa. Devido a LRF eles estão evitando fazer contratação por concurso, porque às vezes consegue 'escapar'* (g.7), o que não se confirmou conforme parecer do TCE-PR.

O credenciamento de pessoas jurídicas ou físicas foi considerado pelos REG como uma importante alternativa para o provimento da força de trabalho nos serviços, tanto pela agilidade como pela flexibilidade que proporciona: *credenciamento é legal, hoje ele é uma porta para colaborar com a saúde* (d.8) e *no credenciamento eu posso dispensar a hora que eu quiser, então se eu contratei a empresa, mandou três enfermeiros, eu não gostei de um, eu descredencio a firma, os três vão embora* (e.8).

Segundo os REG, esta modalidade está sendo aceita extraoficialmente e excepcionalmente para área da saúde pelos órgãos de controle externo, para provimento em caráter emergencial. Apesar da conotação emergencial, esses contratos são renovados por vários anos com os mesmos profissionais, desconfigurando essa conotação. Essa forma de provimento também foi considerada como uma estratégia de fixação e de favorecimento de profissionais do próprio município.

Sob o pretexto de proporcionar maior agilidade e flexibilidade, pode-se incorrer no descumprimento dos princípios da Administração Pública, principalmente no que diz respeito a: concurso público, e propiciar atitudes que levem à corrupção e outros vícios (ALCÂNTARA, 2006). Muitas assessorias jurídicas dos municípios em estudo não recomendam a prática de credenciamento de pessoas físicas.

Os cargos comissionados também estão sendo utilizados para provimento de cargos técnicos, justificados pela celeridade em se realizar as nomeações em casos de necessidades mais prementes como, por exemplo, os responsáveis técnicos, como neste relato: *decidiram colocar por enquanto um veterinário em um cargo comissionado (*c.8); foram também citados outros exemplos de desvirtuamentos dessa modalidade de provimento, como: e*les [publicaram] uma portaria criando quatro cargos comissionados, e dois eram para a saúde. Ficamos esperando. No fim nenhum era nem para trabalhar de fato, era só para a pessoa poder receber* (j.7). Vale lembrar que os cargos comissionados são legalmente previstos em lei para funções de chefia, direção e assessoramento, mas que nestes casos estão sendo desvirtuados.

O preenchimento de vagas por contratos de estágios, em municípios de duas RS, foi citado como alternativa de provimento: *comecei a pegar estagiário, acima de 16 anos* (e.2), e *estão abrindo vagas para estagiário, porque eles custam mais barato, e aí quem põe os estagiários são os padrinhos, que colocam os afilhados (*e.8).

Conforme relatos dos REG, os admitidos por via CLT (emprego público) não são inseridos em PCCS, ao contrário dos estatutários, o que restringe suas possibilidades de progressão na carreira, ficando limitados somente a reposições salariais, quando concedidas. Também há o entendimento de que os empregados públicos não podem ser nomeados para exercer FG e nem receber incentivos financeiros, como os do PMAQ, por exemplo, diferentemente dos estatutários. Por vezes a gestão compensa essas situações com o pagamento de plantões em regime de sobreaviso ou horas extras para os trabalhadores contratados como emprego público e que, na prática, também exercem funções de coordenação, assim relatado:

> [...] Você não pode dar uma gratificação, porque CLT não pode ser gratificado. Então você tem que pagar hora extra. Só que se não faz você perde o profissional e você não pode parar. Quem é CLT só tem aumento salarial quando repassa o índice da inflação. Não é o mesmo índice que dá para o estatuário. Não tem progressão na carreira. É um entrave para a gestão, bastante dificultoso **(**b.9).

Foi reconhecido pelos REG que os trabalhadores já passaram por outras formas de admissão consideradas mais precárias, como cooperativas, OS e OSCIP, assim como acordos informais: *se pagava por uma lista à parte. Cada vez que o Tribunal de Contas comparecia aos municípios, aplicava multas à prefeitura, porque ela deveria recolher os encargos* (e.6). Esses provimentos eram desprovidos de formalidades, mas marcados mais uma vez por interferências políticas, conforme o seguinte exemplo:

> [...] Eu sou o prefeito e quero dar emprego para a 'fulana', a fulana vai lá na cooperativa e então já estava contratada. Isso era na cooperativa. Depois passou para OSCIP, que era da mesma forma, inclusive tem processo trabalhista até hoje (f.6).

Os REG sinalizaram para uma possível tendência de intensificação da contratação de empresas (pessoas jurídicas) em detrimento da admissão de forma direta pelo serviço público, igualando-se os serviços de saúde a outros tipos de serviços, como limpeza e manutenção, assim exposta: *se eu quiser contratar, vai ser igual a fazer uma terceirização de contrato de lixo, que a firma vem, é mais fácil a*

gente contratar, do que fazer concurso e pôr o pessoal (e.8). Na percepção desses, o executivo municipal demonstra interesse na utilização da terceirização de forma mais abrangente, estendendo-a para outras categorias profissionais além da médica, como: *a empresa que terceiriza os médicos comentou se a gente não queria fazer tudo pela empresa, essa contratação dos enfermeiros e técnicos* (d.7) ou:

> [...] Teoricamente poderia contratar uma empresa para contratar os serviços de um profissional médico, daí junto viriam o auxiliar, o enfermeiro, porque, eu, no meu Município, por exemplo, não tenho mão de obra concursada, só o meu PSF é concursado, o resto da mão de obra, de auxiliares e enfermeiros, não (f.6).

Entre os REG foram divididas as opiniões quanto aos resultados que as terceirizações podem proporcionar para os serviços de saúde. Alguns consideram como positivo para um provimento imediato nos serviços, mas há os que exprimem preocupação por: interferências político-partidárias no andamento dos serviços e na indicação dos profissionais para tais empresas, desconsiderando critérios técnicos e o controle social; falta de garantias de qualidade para serviço prestado e insuficiência de condições e de parâmetros da gestão para avaliar e monitorar a prestação dos serviços. Os REG equipes também referiram contar com o MP para impedir essa forma de provimento de pessoal nos serviços de saúde ou mesmo para coibir abusos.

5.3.2 Rotatividade da força de trabalho nos MPP

Embora a rotatividade seja uma questão importante para a gestão do SUS, esta não foi reconhecida como um problema significativo na região em estudo, de acordo com os relados dos REG. As vacâncias dos cargos, quando acontecem, se dão por aposentadorias ou pelos desligamentos voluntários dos servidores ou contratados. As realocações ou remanejamentos no interior dos serviços são considerados como rotatividade interna e podem se dar por questões pessoais, por necessidades dos serviços ou por interferências políticas locais: *está faltando digitador, o RH tirou uma técnica de enfermagem para fazer a digitação (d.2),*e *se a secretária fica com raiva de alguém, transfere [o trabalhador]. Em dezembro os ACS foram todos transferidos de setor ou de unidade. E começaram partindo do zero* (e.7).

Os desligamentos voluntários dos servidores ou dos contratados são mais frequentes nas seguintes situações: vínculos não estáveis, em especial para enfermeiros, técnicos de enfermagem e médicos; falta de perspectiva da progressão na carreira e de melhores condições salariais, isto é, sem PCCS; profissionais provenientes de outros municípios e que não fixam residência nessas localidades; e quando há a exigência de cumprimento de carga horária contratual e o salário é incompatível com o praticado no mercado, especialmente para as categorias de médicos e odontólogos.

Os profissionais de nível superior, mesmo admitidos sob a forma de vínculos estáveis, tendem a procurar outras oportunidades de trabalho que ofereçam melhores perspectivas salariais, pois, em algumas regiões o trabalho em saúde não é considerado atrativo para a permanência nos serviços, o que faz com que prestem concursos em outras localidades, especialmente os profissionais mais jovens: *eles chegam jovens, recém-formados, permanecem um ano, dois, e depois saem (*n.9); e os que não eram naturais do próprio município ou região*, o concurso segurava até passar em outro que ganhasse melhor, com segurança* (g.7). Assim, mesmo que a remuneração não seja o único fator determinante para fixação dos profissionais, esta se constitui em um dos mais importantes: *a remuneração não é a melhor forma de fixação, mas passa por ela* (a.9).

Alguns municípios dependem quase que exclusivamente de profissionais de nível superior que residem em outras localidades para manutenção dos serviços de saúde, conforme relato: *a nossa mão de obra nossa é tudo de fora. O dentista reside no município sede da regional, o fisioterapeuta e o farmacêutico moram em outro município vizinho* (h.6). Nesse caso, a proximidade entre os municípios favorece a locomoção desses profissionais, mas em outros, o tempo dispendido no trajeto e seus custos são decisivos para a não fixação desses trabalhadores, pois: *quem pega de fora, olha só o deslocamento, para ir ao trabalho. Do meu até o município sede da regional demora uma hora e eles ficam cansados*. *Às vezes tem a família, você sai de um município e vai para outro, se preocupa com aluguel, horário de alimentação* (e.6)*.*

Em situações opostas, a proximidade entre os municípios propicia a rotatividade entre trabalhadores dentro da mesma região, como no caso de auxiliares / técnicos de enfermagem ou ACS que concluem a formação para essas

funções e prestam concursos para esses cargos em municípios vizinhos e, assim, assumem uma nova função.

Fatores como o porte do município, a proximidade com centros maiores, as condições de acesso e de estudo para os filhos, a distância dos familiares, a falta de atividades culturais e de lazer contribuem para a não permanência dos profissionais nos MPP, especialmente os de nível superior, pois possuem maior mobilidade. A falta de um PCCS foi citada como um fator favorável para a rotatividade dos profissionais, que não vislumbram possibilidades de ascensão na carreira. Os profissionais que permanecem, mesmo sob condições de trabalho adversas, o fazem por falta de outras opções, devido ao perfil produtivo local que não oferece diversidade de opções de empregos, segundo os REG.

A rotatividade também foi referida para o cargo de gestor municipal de saúde, no caso de um dos municípios de estudo, em que, *[em] um ano foram quatro secretários* (i.9). Nesse município, o gestor que permaneceu maior tempo no cargo foi um servidor de carreira. Possivelmente o conhecimento prévio da área da saúde e o vínculo com a equipe de trabalho e com a população exerceram influência para sua maior permanência na função, evidenciando a importância da qualificação permanente dos profissionais das equipes e a valorização da profissionalização da gestão.

A rotatividade nas equipes repercute no desenvolvimento dos serviços na medida em que as equipes ficam desprovidas de pessoal capacitado e experiente, e permanece a necessidade constante de se investir na qualificação de novos servidores. Por isso, opta-se, quando possível, por indicar profissionais com vínculos estáveis para participarem dos eventos de capacitação:

> [...] Você investe no funcionário, ele faz treinamentos e se não tiver vínculo ele vai embora e leva a formação dele para outro usuário. Tudo bem, não é perdido, mas o município tem que começar a investir novamente. Quando há o vínculo, a gente prefere, por exemplo, mandar para um treinamento de maior custo, um funcionário concursado (b.2).

Para os profissionais das equipes de saúde, o vínculo com a comunidade, o conhecimento do território, as capacitações constantes e a experiência são requisitos relevantes. Assim, a não fixação dos profissionais nas equipes/serviços tende a prejudicar o desenvolvimento das ações, pois, com a entrada de novos profissionais esse ciclo tem que ser reiniciado.

5.3.3 Estratégias de fixação desenvolvidas pelos MPP

As EG desenvolvem importantes estratégias que contribuem para a fixação dos profissionais, como: a substituição de vínculos precários por vínculos estáveis, mediante cargos efetivos por meio de estatuto ou emprego público, mesmo que o último, em muitos municípios pesquisados, não possua as mesmas condições de desenvolvimento e progressão na carreira em relação aos estatutários; equiparação de salário entre os membros das equipes, em especial entre as categorias de auxiliar/técnico de enfermagem e os ACS/ACE depois da implantação do piso salarial dessas categorias e outras que serão mais bem explicitadas no decorrer desta seção.

Uma das táticas utilizadas pelas EG para a fixação é a possibilidade de oferecer trabalho para os profissionais que já residem nos municípios, notadamente os que estudaram e ali permaneceram ou retornaram pós-formados. Conforme anteriormente citado nos relatos dos REG, os profissionais de outras localidades tendem a não permanecer nos cargos, uma vez que: *contratam-se profissionais de fora, mas não se fixam,* e *a contratação da pessoa do próprio município é uma facilidade* (e.6)*.*

Para assegurar a contratação de trabalhadores do próprio município, por vezes são utilizadas formas precárias, como o credenciamento de pessoas físicas. Neste caso, o profissional recebe por hora trabalhada, sem direito a benefícios, como férias, 13º salário, licenças médicas, proteção social e outros. Essa forma de provimento foi considerada até vantajosa para a gestão e também para os trabalhadores. Segundo os depoimentos dos REG, alguns trabalhadores, preferem esta modalidade, mesmo precária, do que perder o vínculo, pois: *se você está lá trabalhando como credenciado e se eu abro concurso, aí vem outro de fora, e passa, e você ficou sem o credenciamento e sem o emprego. Então tem os prós e tem os contras* (e.6).

A possibilidade de realização de plantões para complementação de salários seja na própria unidade ou em outras, também é outra estratégia utilizada: *lá no meu município, acontece de dar plantões para complementar o salário. Para os nossos [profissionais] do PSF, a empresa que ganhou os plantões do hospital contrata [os trabalhadores] para trabalhar por turno ou final de semana* (g.7). Em um dos municípios foi organizado e regulamentado por lei um serviço de acompanhamento

de transferência de pacientes, com escala de plantão e remuneração de sobreaviso para técnicos de enfermagem e enfermeiros, possibilitando, assim, uma melhor remuneração.

Muitos profissionais possuíam família estabelecida em outros municípios ou não se adaptaram a residir nos municípios em que atuavam, e preferiam a locomoção diária à mudança de residência. Nesses casos, o fato de estarem vinculados a um cargo efetivo favoreceu a fixação e alguns municípios se dispuseram a colaborar financeiramente com despesas de transporte.

Para a maioria dos REG a seleção por concurso público e modalidades estáveis de admissão foram consideradas como importantes fatores para fixação das equipes, por proporcionar estabilidade frente as interferências políticas, pois: *se o prefeito quiser tirá-la [a servidora], o serviço dela está garantido* (i.9), além do que, *como é um concurso, em cidade pequena, querendo ou não, é uma coisa garantida para eles, a pessoa fica* (b.7). Geralmente quando os profissionais das equipes são concursados e com condições salariais adequadas, permanecem em suas funções.

Para os gestores que pretendem privilegiar o provimento das equipes por meio de profissionais locais, o concurso público consiste em risco, pois possibilita a participação de profissionais de outras localidades, em prejuízo dos residentes no município, pois não há como restringir o acesso aos certames somente para moradores do município. Assim, nesses casos: *nem sempre o concurso é uma forma boa de fixar o profissional. Depende! É só legal* (h.6).

A atuação do MP foi relatada como relevante neste sentido, pois passou a exigir que os municípios efetuassem o provimento por meio de cargos efetivos e vínculos formais para reforçar a legalidade dos atos e também para evitar a rotatividade das equipes. Essas questões foram mais frequentes nos locais em que o provimento se dava por vínculos precários, como vagas de estágio, contratos temporários e outros. Foi relatado pelos REG que as RS recomendavam que fossem priorizados os servidores de carreira para participarem nos treinamentos e capacitações, reforçando a importância da permanência e fixação no serviço.

As condições de trabalho também foram consideradas como elemento importante para o favorecimento da fixação, como boas instalações, fluxos de atendimento adequados e fatores motivacionais. Mas a remuneração salarial prevalece como preponderante para a fixação, pois os salários devem ser compatíveis com as funções e com a carga horária exigida, sendo que: *o problema é*

o dinheiro. Você só não faz mais porque não tem mais dinheiro. Por que a gente não paga melhor o enfermeiro? Porque não tem dinheiro mais (a.9) e *a primeira coisa é o salário, o dinheiro* (c.2), *salário melhor e condições de trabalho* (a.2)**.** São complementares o PCCS; os benefícios, como adicional de insalubridade; e ainda, oportunidades para a qualificação profissional.

Os REG reconheceram que atualmente existe maior disponibilidade de profissionais de saúde nos municípios, mesmo nos MPP, mas o contexto não tem sido atrativo o suficiente para fixação dos profissionais, principalmente devido aos vínculos precários. Por isso esperam o desenvolvimento de ações efetivas por parte de outros entes federados, no que se refere ao incremento na formação e qualificação de recursos humanos nas áreas estratégicas do SUS e na instituição de programas relacionados à integração ensino serviço: t*em que incentivar as escolas agora. O Governo tem que criar programas, dar incentivos, tanto para os alunos, como para os profissionais também (*e.6*)*.

Devido a amplitude de todas essas situações, para alguns gestores, os *municípios de pequeno porte não conseguem fazer estratégia para fixação de profissionais* (b.7).

Dentre as condições de trabalho, o PCCS-SUS, como estratégia para valorização da carreira e fixação de trabalhadores, merece destaque por ter sido uma recomendação da NOB-RH/SUS e das conferências de saúde, mas que ainda é pouco empregada como tal.

5.3.4 Plano de Carreiras, Cargos e Salários (PCCS) como instrumento de fixação

Quanto aos profissionais das equipes gestoras de saúde dos municípios deste estudo verificou-se que somente 33,7% estão inseridos em PCCS, mas de dimensão municipal: *a gente tem, mas de uma forma geral, não tem um específico da saúde (*b.7) e que, desta forma, não consideravam as especificidades do setor saúde.

Outra característica apontada foi que esses planos de carreira geralmente não contemplam todos os servidores da área da saúde, principalmente os contratados por empregos públicos via CLT, o que gera distinções entre estes e os estatutários, assim relatado: *PCCS só para os estatutários, eu que sou enfermeira*

do PSF, emprego público, não tenho direito ao plano de carreira igual aos outros (c.2). Portanto, os contratados via CLT não contam com a oportunidade de progressão na carreira, ao contrário dos estatutários, fazendo com que esses planos de carreira tenham uma cobertura limitada.

> [...] Eu sou ainda do tempo do estatutário, mas quem está por emprego público, então sofre com isso. O nosso plano de carreira está engavetado justamente por isso, é uma briga que existe entre os profissionais. Está há seis anos ou mais engavetado, e não sei nem se vai sair (e.2).

Segundo os REG, os principais aspectos agravantes para a não implantação do PCCS específico para a saúde referem-se as dificuldades de compatibilização entre os vários tipos de vínculos e aos recursos financeiros a serem empregados, mediante a incerteza da arrecadação e do recebimento de recursos federais. O limite com gastos de pessoal, imposto pela LRF também é fator desfavorável, assim como a complexidade para a elaboração de tal instrumento, pois:

> [...] Nós somos um número bem alto de funcionários (122), ai eles pensam assim: “como que nós vamos beneficiar aquela secretaria se a gente não consegue beneficiar os outros”. Então ai eles querem “meio” que casar e fazer um plano para todos, ai se esbarra que existem muitas exceções em quem está numa secretaria de saúde, que ai fica naquela discussão. Sempre está parado lá no jurídico e depende da avaliação deles e lá fica por muitos anos (f.2).

Houve um posicionamento discordante quanto aos obstáculos econômico-financeiros, no sentido de que, quando existem interesses políticos partidários ou pessoais nas questões, estas são mais facilmente resolvidas, a despeito de condições financeiras, sendo*: o nosso [PCCS] saiu por interesse político, porque teve alguns vereadores, principalmente de oposição, que compraram essa briga, também pensando em beneficiar alguns familiares. Senão ficaria engavetado* (c.2). Isto é, o que prevaleceu neste caso não foi o entendimento de um PCCS como instrumento de valorização do trabalho e dos trabalhadores, mas os interesses pessoais ou políticos partidários.

O PCCS oportunizou em algumas equipes a avaliação de desempenho: *o processo de avaliação tem formalmente para os funcionários que tem plano de cargo e carreira, que a cada semestre a gente atualiza* (b.9). Foi relatada a utilização do PCCS para corrigir as distorções salariais causadas nas equipes da saúde após implantação do piso das categorias de ACE/ACS, especialmente nas de nível técnico:

> [...] Nosso plano de cargo e salário era por letras, então, por exemplo, os técnicos de enfermagem estavam na letra B. Foi mexido naquele onde estava dando esse conflito, que são os técnicos. Eles mudaram de graduação, da letra B, passaram para a letra D. Corrigiu essa discrepância, porque eles estavam ganhando menos que um agente de saúde (b.2).

Mas também houve uma situação divergente e limitante, em que o profissional, mesmo inserido em plano de carreiras, teve seu salário "congelado" por ultrapassar a remuneração do prefeito, isto é, a legislação impediu sua progressão na carreira, via PCCS: *ele entrou no concurso, entrou no plano de carreira, avançou por competência da profissão, e teve que ficar estacionado com o [subsídio] do prefeito* (d.8). Isso foi devido a EC nº 41/03 que definiu como limite remuneratório para o salário dos servidores municipais a renda mensal do Prefeito.

Os REG referiram pouca participação dos gestores e dos trabalhadores da saúde na elaboração dos planos de carreira de abrangência municipal, tendo ocorrido, em alguns casos, a terceirização dessa atividade. Atualmente passou-se a dar mais importância para essa participação ou construção coletiva, conforme os relatos:

> [...]O plano de carreira é feito pela prefeitura, pelos recursos humanos, pelo jurídico, depois é enviado para a câmara de vereadores, e se eles aprovarem da forma como foi apresentado, assim será. Deveria ser como no plano municipal de saúde, em que se reúne o pessoal, tem uma comissão. Falta união, participação das pessoas (b.2).

> [...] Foi contratada uma empresa para rever o estatuto e elaborar o PCCS, e atualizar. Foi aberto um processo licitatório e contratado a empresa. Eles vão colocar em consulta Pública e aí que vai ser nossa hora de colocar tudo, as especificidades da saúde, para melhorar. Vai ser nesse momento (g.7).

Foi destacada também a relevância de um PCCS-SUS para proporcionar transparência e organização para as carreiras da saúde e consequente diminuição de discrepâncias entre os proventos dos servidores:

> [...]Como não tem um PCCS, determinados cargos estão bastante defasados, aí para chegar a equivaler aquilo que a pessoa está em sua qualificação, paga-se vários incentivos. Aí ganha hora extra até sem fazer. Se estiver inserido em um plano de cargos e salários, faz a classificação do cargo na tabela e ele recebe o que realmente fizer de serviço extraordinário (c.8).

Os REG também reconheceram a importância de um PCCS específico para a saúde ou que, no mínimo, considere suas peculiaridades, para a valorização e fixação dos trabalhadores ao incentivá-los a participarem de eventos educativos e de qualificação profissional, segundo os relatos:

> [...]Eu desconheço a formalidade e a viabilidade para a implantação de um plano de carreira, mas eu acho que deveria ser exigido porque é o que mais vai ajudar a fixar e efetivar o profissional da saúde (f.2).

Mas, ainda há municípios que não oferecem esse instrumento para valorização do trabalhador do SUS, isto é, sem possibilidades e perspectivas de progressão na carreira: *no nosso município não dá para utilizar os certificados para elevação de nível, porque não tem PCCS* (g.7).

5.3.5 A categoria médica

Embora se reconheça os avanços com relação ao provimento da categoria médica, ainda assim foi considerada como a de maior dificuldade, devido, entre outros aspectos, à menor oferta desse profissional, uma vez que: *os outros profissionais têm mais oferta de pessoal. Para a enfermagem tem um monte. O nó é o médico* (h.8). Alguns desses municípios referiram contar com profissionais médicos de várias especialidades como pediatras, psiquiatras, ginecologistas, e outros.

Foi apontado pelos REG maior disponibilidade desses profissionais, o que assegura o atendimento à população, como neste caso**:** *temos sete médicos mais quatro cubanos, 11 médicos no meu município, claro que nem todos estão todos os dias. Tem médico de plantão também* (a.2) ou, *em se tratando da questão de médicos, estamos bem, com cinco médicos. Quando precisamos de um plantonista, pedimos ajuda para outros municípios* (e.2) e *antigamente tínhamos médico, com muito custo, até as cinco horas da tarde. Atualmente temos médico até as 10:00 h. da noite* (f.6).

Esse avanço, segundo relato dos REG, deu-se por algumas especificidades, como médicos que se aposentaram como profissionais liberais e passaram a atuar na rede pública e os que se aposentaram em outros municípios maiores e passaram a atender em MPP. Também foram relatadas situações de profissionais que, após terem concluído a formação retornaram para atuar em seus municípios de origem, como: a*gora temos até médico formado que é do nosso município mesmo* (e.6), demonstrando que os MPP possuem algumas condições de atrair profissionais, mesmo de uma categoria considerada de difícil provimento.

Nas regiões em que os municípios apresentam proximidade física e boas condições de acesso, é comum o fato de profissionais percorrerem o trajeto diariamente entre o município de residência e o de trabalho. Isto é, fixam-se na região e atendem vários municípios, uma vez que há facilidade de locomoção e a possibilidade de composição de um salário considerado adequado, como:

> [...]Nós estamos a 15 minutos do município "X", então nossos médicos são os mesmos que atendem lá. Não estão no nosso município por opção, mas porque tem a vantagem de estar pertinho e fazer outros turnos de trabalho nos municípios vizinhos. Se ele estivesse num grande centro, demoraria muito mais para sair de um bairro para outro. Então não tem trânsito, não tem dificuldade, não tem impedimento, é viável (c.8).

Houve médicos que se estabeleceram e fixaram residência e outros que constituíram família nesses locais e ali permaneceram. Assim, estes tendem a permanecer nos serviços, pois*: tem os médicos que moram lá, que estão há muitos anos (*e.8) e *agora a gente está conseguindo contratar outro, que também é do salário* (j.8).

Apesar de disporem de maior disponibilidade de profissionais da categoria médica, pois *nunca teve tanto médico como agora* (a.7), e *bastante médico não tem, mas não tem muito problema* (g.7), nem todos conseguiam uma média de, pelo menos, um médico para cada mil habitantes: *na minha cidade, pela quantidade de habitantes eu precisaria de três* e só tenho um (b.7) e *nós temos 3.700 habitantes e só temos um médico (*p.8), evidenciando que nas regiões onde está o maior número de pequenos municípios, há, proporcionalmente o menor número de médicos (SCHEFFER *et al*., 2015), e n*os municípios pequenos é menos que um médico por mil habitantes. Tenho dois por causa dos mais médicos (*p.8).

Nesse sentido, algumas equipes da ESF correm o risco de terem seus incentivos financeiros federais suspensos pela falta desse profissional, como: *minha equipe está sem médico faz muito tempo e não consegue encontrar ninguém. Está quase cortando o recurso* (f.8), *e nós estamos com problema porque o nosso médico faleceu em fevereiro e nosso prazo [para o provimento] está se acabando* (j.8). Caso essas situações venham a se concretizar, impactarão sensivelmente na manutenção das equipes, uma vez que o incentivo financeiro do governo federal para manutenção das equipes é utilizado basicamente para o pagamento dos salários dos profissionais.

Os municípios estudados valem-se de várias modalidades para o provimento da categoria médica, como admissão com vínculo direto com o município, por estatuto ou contrato via CLT/emprego público; credenciamento (PF ou PJ); contratos por prazo determinado (emergenciais); adesão ao PMM/PROVAB, do Governo Federal e contratação de empresas por processo licitatório, a chamada "terceirização", assim relatado: t*erceirização nós só temos para os serviços médicos, praticamente todos os municípios* (b.9).

A limitação de gastos com pessoal constante na LRF e, consequentemente, a não autorização de abertura de concursos públicos foi apresentada como uma das justificativas para a contratação dos profissionais por meio de terceirizações: *nós tivemos alguns médicos que saíram, e aí com essa coisa toda do Tribunal de Contas, a gente não consegue abrir concurso, por causa do índice da folha, da arrecadação, todo município está assim* (d.7).

Atrelada a essa questão, está a limitação dos vencimentos aos subsídios dos prefeitos, conforme a EC nº 41/2003. Por se tratar de MPP, a remuneração dos prefeitos normalmente consiste de um valor considerado abaixo do valor de mercado praticado para a categoria médica para a carga horária de 40 horas semanais, o que foi confirmado pelos relatos: meu prefeito ganha oito mil reais e v*ocê acha que um médico vai prestar concurso pra ganhar R$8.000,00 para 40:00 h.?* (b.9) ou *o prefeito de uma única cidade da nossa região que recebe R$ 15.000,00 os demais ganham menos; e o médico 40:00 h., ganha R$20.000,00 hoje* (a.9).

Assim, segundo os REG, os concursos públicos não são atrativos para essa categoria profissional, devido aos salários não condizentes com as possibilidades dessa profissão no mercado de trabalho e a carga horária formalmente exigida: *abria o concurso, e por conta de salário, oito horas por dia, ninguém entrava* (a.7).

Para as terceirizações, os REG percebem as seguintes vantagens: possibilidade de substituição imediata do profissional contratado que não esteja atendendo a contento, principalmente com relação a assiduidade; e presença do profissional durante todo o período contratado, inclusive com reposição em caso de afastamento do profissional escalado.

No entanto, a terceirização nem sempre foi considerada como garantia de provimento do profissional médico em todos os dias e horários contratados, pois essas vantagens também dependem do porte da empresa contratada. Em se tratando de uma empresa com poucos ou com um único profissional, quando este se

ausentava ou gozava férias, cabia às EG providenciar sua substituição provisória, como neste relato: *médico é um caso à parte. Férias, eles decidem quando querem tirar. Para não ficar sem ninguém, tem de correr atrás de algum plantonista ou remanejar de outro lugar* (f.6). Percebe-se que mesmo os profissionais médicos terceirizados geralmente não se submetem a uma escala de férias previamente organizada e negociada com a gestão, prevalecendo seus interesses e, nesse caso, o contrato não é uma garantia de assiduidade.

Outro fator foi ponderado com relação à terceirização foi a instabilidade para a gestão, principalmente quando se aproxima o fim da validade do contrato, pela possível rotatividade e incerteza de qual empresa vencerá o certame e suas condições de prestar atendimento adequado, pois: *Vamos supor que o médico "x" quisesse continuar. Mas chegou outro do município vizinho e fez por bem menos. A licitação é lá na hora (a.7).* Além de que, conforme alerta Carvalho, Santos e Campos (2013, p. 385), *o rebaixamento do SUS à condição de comprador de serviços reduz o sistema de saúde ao consumo de procedimentos médico-hospitalares e a uma política pública de inclusão seletiva de demandas*.

A concessão de plantões presenciais e/ou de sobreaviso e o pagamento por procedimentos médicos é realizada com a finalidade de complementar os proventos dos profissionais e, desta forma, fixá-los no município, assim sinalizado: *esse horário extra, fora de horário de serviço, eles ganham também, extra dos doze mil, que seria um sobreaviso, se precisar chamar. Então eles ganham pelo PSF e ganham o extra* (n.8), e *pagar por procedimento, para complementar salário* (f.6).

Adequadas condições de trabalho, com dimensionamento e provimento condizente com as necessidades, a fim de evitar sobrecarga de trabalho e acomodações físicas satisfatórias, com locais para descanso e internet, também foram referidos como estratégias de fixação, assim como formas de tratamento diferenciadas e acolhedoras: *lá no meu município nós tratamos os médicos muito bem* (e.8) *se você não acolhe bem, a pessoa não fica mesmo* (b.2).

Fator considerado importante para a fixação dos profissionais médicos é a possibilidade de negociação ou de compensação de dias e horários de trabalho nas situações em que os profissionais solicitavam liberação para se ausentarem, para pequenos afastamentos, viagens, etc., o que foi chamado de "flexibilidade", como: *às vezes fala que tal dia vai pescar. Então, como faz coisas que ajuda tanto, a gente também se sujeita a fazer a outra parte. Não pode ser a ferro e fogo de jeito nenhum*

(e.6), ou *a maior estratégia é a questão da flexibilidade de horário, de poder sair ou se ausentar em dia em que precisa, eu acho que é isso que vale mais e a gente vai levando* (f.6) e, *tentar um bom relacionamento, lógico sempre colocando a troca para não afrouxar demais senão não tem volta. Mas ter essa flexibilidade de colaboração* (d.6).

As dificuldades de provimento e fixação e as condições salariais consideradas inferiores para essa categoria foram apresentadas como justificativas para a aceitação, pela gestão, do descumprimento da carga horária desse profissional, conforme relatos dos REG: *no nosso município, para não ficar sem o médico a gente acaba cedendo* (j.7), e é *injusto com relação a isto, mas a gente acaba tendo que entender* (d.6) e *como não estavam pagando 40 horas [para o médico], então ele atenderia só meio período* (e.7). Por isso, sistemas de informações, cadastros públicos, e indicadores baseados no número de médicos por habitantes acabam não condizendo com a realidade, pois *o sistema de informação é uma coisa, mas a realidade é outra. Às vezes o médico está cadastrado ali 40:00 h. e não fica 1:00 h. (*b.7). Assim, indicadores de cobertura que extraem dados desses sistemas de informações também podem ser superestimados.

A exigência do cumprimento da carga horária preconizada para as categorias de médicos e odontólogos das equipes da ESF pode implicar em aumento de remuneração, segundo os REG. Como o incentivo financeiro federal para a ESF é utilizado integralmente para pagamento dos profissionais das equipes, e a maior parte é destinada para o pagamento do profissional médico, um acréscimo na remuneração desse profissional pode comprometer praticamente todo o incentivo. Nesses termos, prejudica a manutenção das equipes ou demanda um maior aporte financeiro de contrapartida do município, por vezes indisponível.

Os profissionais médicos mais jovens ou recém-formados preferem continuar seus estudos ou se especializar em grandes centros, e nesse caso os MPP localizados em regiões desprovidas dessas condições apresentam dificuldades de fixação. Esses profissionais, ao receberem ofertas salariais mais atrativas, o que ocorre com frequência, trocam mais facilmente de local de trabalho, o que foi relatado: *é a lei de quem dá mais, para atrair e fixar o médico* (e.8). Peculiaridades culturais ou raciais, como reservas indígenas, também foram consideradas agravantes para a fixação dos médicos: *até um mês atrás não tinha médico na reserva indígena* (a.2), assim como fatores políticos partidários.

Em outros casos, o que dificulta a fixação desse profissional é o porte do município, a distância entre este e os de maior porte, fatores emocionais, como a solidão, as condições de acesso (estradas) e a falta de atividades culturais e de lazer, sendo que: *o município tem sete mil habitantes, e o nosso vizinho mais próximo é um pouquinho maior. As estradas são mais ou menos. Aí dificilmente o médico quer ficar lá* (f.2) *e não é só pela distância, mas pela cidade ser pequena. Às vezes não tem nada para fazer lá. Final de semana você não vê ninguém na rua, não tem nada* (d.2). Portanto essas cidades não se tornam atrativas para moradia e permanência, provocando situações deste tipo: *a gente nunca tem médico. Não para. Querem ficar mudando de centro, ali não tem o que fazer, não tem recurso para estudo* (b.2).

Nessas situações, os REG dos MPP se sentem impotentes para a gestão do trabalho desse profissional, como neste relato: *é mais ou menos o seguinte: você tem um filho e ele foi sequestrado, não comunique a polícia senão eu mato ele. Então nós estamos com os médicos desse jeito, essa é a questão de pequenos municípios* (e.6).

Para diminuir a carência dos profissionais médicos em regiões prioritárias e com grande vulnerabilidade social e sanitária, bem como para o fortalecimento de ações de ABS, o MS lançou, em 2013, o PMM.

5.3.5.1 Programa Mais Médicos (PMM)

Para a maioria dos REG, o PMM é considerado como importante instrumento de provimento para a categoria médica, uma vez que muitos municípios apresentam sérias dificuldades nessa questão e muitas de suas equipes encontram-se desprovidas desse profissional, pelas mais variadas causas já comentadas anteriormente, e: *abria o concurso e ninguém entrava. Daí conseguiu o PMM* (a.7), e *o PMM resolveu o nosso problema. A gente nunca tinha médico. Não parava (*b.2).

Antes do PMM, mesmo que as equipes estivessem completas, o profissional médico geralmente não permanecia na unidade de saúde durante o horário preconizado pela ESF, e se fazia necessário admitir/contratar outros profissionais para complementação desse horário, sobrecarregando financeiramente os municípios. Com o profissional do PMM: *você pode ter um médico só na sua equipe*

do PSF, diferente das outras equipes que você tem que contratar mais de um, porque um só não fica ali o período todo (f.6).

Os REG teceram muitas avaliações sobre a atuação dos profissionais desse programa, que se apresentam como um diferencial quando comparadas às condutas dos médicos 'brasileiros', especialmente sobre o cumprimento da carga horária e disponibilidade para atuação em período integral na unidade de saúde: *o médico cubano, pelo menos para nós, ele entra com a gente e sai com a gente do posto* (a.2) e na não limitação de número de atendimentos, prática comum dos médicos brasileiros, conforme o relato: *o médico [brasileiro] chega à unidade para atender praticamente às 8:00 horas, quando é 10:00 horas, ele sai, atende aqueles 16 [usuários] e vai embora. Só o [médico do] 'Mais Médicos' é diferente* (b.7).

Foram raras e pontuais as exceções quanto ao não cumprimento do horário e a limitação de número de consultas pelos profissionais do PMM, mas alguns REG referiram que, com o passar do tempo, alguns modificaram suas condutas: *a gente teve problemas com ele, questão de horário, porque ele foi meio que entrando no ritmo dos outros* (d.7) e, n*ossa experiência não foi tão boa! No começo sim, mas depois ele começou a determinar a quantidade de consultas, a não querer atender, a não cumprir horário* (h.9). Mesmo assim, no período em que permaneciam na unidade continuavam atendendo os usuários, mesmo além da quantidade de consultas estipuladas, e as equipes não passavam pelo inconveniente de dispensar os usuários por excederem a cota, como neste caso:

> [...]Ele faz atendimento, mas não permanece durante as quarenta horas. Virou mesma coisa que o médico brasileiro. Só que se chegar mais de 20 pacientes, que é o determinado no período para cada um, ele atende, se surgir uma visita de imprevisto vai, só que se terminou de atender e não chegar mais ninguém, ele vai embora (n.8).

Foram relatados importantes conflitos no relacionamento entre os profissionais estrangeiros e os brasileiros. Segundo os REG estes conflitos acontecem pela resistência dos médicos brasileiros em aceitar médicos estrangeiros atuando no País, pelo receio de perderem seus espaços de trabalho, e também por diferenças de cumprimento de carga horária. Essas situações aconteceram principalmente quando da implantação do programa, e foram relatados em todas as RS da área de estudo, conforme se observou:

> [...] O nosso médico foi jurado de morte. Odeiam ele. (p.8)

> [...] No começo ficou aquele desconforto que é normal, pela vinda do profissional, e o medo de perder o contrato. (b.9)
> [...] No começo, quando chegou, os outros ficavam fazendo piadinhas. Eles tem dificuldades de aceitar. (f.6)
> [...] Ele [o médico do PMM] também está se sentindo um pouco [constrangido], devido ao preconceito que os outros médicos possuem. (d.7)

Com a adesão ao PMM, alguns gestores pretendiam dispensar os médicos que já atuavam nas equipes, cujos salários eram superiores ao custo da adesão ao programa. Posteriormente, houve o esclarecimento de que a finalidade deste programa não seria a substituição dos médicos que já compunham as equipes, mas sim, o provimento em áreas prioritárias e desprovidas desse profissional. A despeito desses esclarecimentos, alguns municípios promoveram alterações em seus quadros: *quando a doutora cubana entrou, eles já queriam, no ato, trocar ela [médica da ESF] e passar a cubana* (d.8), e

> [...] Tinha um médico que trabalhava nessa equipe, aí veio o cubano, ficaram quatro médicos, para três equipes. Daí deu um tempo, como estava tendo complicação de horário, aí o prefeito achava que economizaria e mandou ele embora, revogou a licitação. E perdeu, porque ele era um excelente médico (n.8)**.**

Muitos gestores aderiram ao PMM na expectativa de economizar recursos financeiros, mesmo assumindo as despesas com moradia e alimentação desses profissionais. E, para a maioria dos REG foi considerado vantajoso, uma vez que o custo com os profissionais médicos tradicionais eram maiores que os custos com os profissionais do programa*: para nós [gestores]? Saímos de quinze, vinte mil, para três mil. Foi ótimo* (a.9).

No entanto, para outros, a percepção era de que, se fossem consideradas todas as despesas que caberiam aos municípios, como moradia, alimentação e transporte, e computado o desconto no incentivo da equipe da ESF, o custo do profissional do PMM não seria vantajoso financeiramente. Mas, mesmo assim a adesão é interessante pelo atendimento dispensando à população**.** A justificativa financeira foi um dos motivos pelos quais alguns gestores municipais, pelo menos até a época da coleta de dados, não haviam aderido ao programa, conforme relato: *o meu secretário já não queria o mais médicos, mas com o corte de recurso, agora que ele não quer mesmo* (h.2). Além disso, para alguns, a forma de repasse de recursos financeiros para os países de origem dos médicos causava desconforto.

5.4 Expectativas dos Representantes das Equipes Gestoras dos Municípios de Pequeno Porte (MPP) na Área de Gestão do Trabalho

Nesta seção, procurou-se interpretar as expectativas dos REG na área da gestão do trabalho, que tipo de necessidades percebiam e de que maneira as instâncias estadual e federal poderiam colaborar para o fortalecimento da gestão do trabalho em MPP, algumas percebidas em todas as regiões estudadas e outras foram mais específicas por região, conforme comentadas no decorrer deste estudo.

Na percepção dos REG um dos maiores agravantes é a carência de recursos financeiros e a necessidade de maiores investimentos dos outros entes federados, principalmente da união, e que não fossem restritos a incentivos de programas, assim relatado: *"Você só não faz mais porque não tem mais dinheiro. Por que a gente não paga melhor o enfermeiro? Porque não tem dinheiro mais."* (a.9) e *"do Governo Federal a gente não tem nada, nada vem, a não ser os programas mesmo, nós não sentimos aquela corresponsabilidade de financiar!"* (d.7).

Essa carência está relacionada com a forma de indução dos programas e como os recursos são repassados aos municípios, que acabam por investir um percentual elevado de recursos próprios em saúde. Na área em estudo, os recursos próprios investidos em saúde foram de 23,05% (CARVALHO, *et al*., 2018), bem acima do limite constitucional constante da EC 29.

Foi considerado que os MPP desfrutam de baixa influência e representatividade perante os governos estadual e federal: *"O Município pequeno não tem muita voz pra chegar até o Federal."* (a.7) e *"A participação dos Municípios [nas reuniões do COSEMS] está baixa, e com isso não tem força para reivindicar, perante outras regionais."* (g.7), pois os gestores não participam ativamente dos colegiados de gestão, conferências e eventos correlatos. E, quando acontece essa participação, os temas discutidos e as deliberações/resoluções não são repassados às EG da saúde, que participam esporadicamente desses eventos, principalmente devido aos custos financeiros, que não são considerados investimentos pela gestão municipal.

A região de saúde com menor índice de médicos por habitantes, e geograficamente mais distante de centros em que se encontram instituições de

ensino superior na área da saúde, mas oferece a segunda maior cobertura populacional em ESF e maior percentual de MPP, foi onde mais se destacou a necessidade de ações complementares de outras esferas de gestão para o provimento de recursos humanos: *o Estado via regional de saúde, ou o próprio Ministério da Saúde poderiam nos ajudar na gestão do trabalho trazendo mais gente* (e.2). Cabe ressaltar que, com o passar dos anos, os servidores públicos federais e estaduais que estavam cedidos aos municípios se aposentaram e não foram repostos, e estes se tornaram os principais empregadores na área de saúde.

Nessa mesma região, foi realçada a necessidade de adoção de estratégias de EPS para discussão dos processos de trabalho e das dificuldades da gestão, considerando em seu bojo a gestão do trabalho e da assistência, com ênfase na integração interfederativa e com as instituições de ensino, como: *que as universidades tragam essas informações para nós, que permitam esse momento de discussão. Isso a nossa região só tem a ganhar* (b.2); e *as dificuldades, os desafios estão em todos os municípios e eu acho que a hora em que a gente escuta os outros também, esse desabafo, os colegas, você acaba se renovando, se fortalecendo mais um pouquinho* (f.2). Esta reflexão reforça o entendimento dos REG de que as questões de gestão na saúde implicam, conforme Junqueira (2009) *na articulação para dentro e para fora das instituições de saúde* (p.124), o que condiz com a PNEPS (BRASIL, 2009c, p. 49), que declara:

> [...]Para se produzir mudança nas práticas e, sobretudo, para modificar práticas institucionalizadas nos serviços de saúde, é necessário privilegiar o conhecimento prático em suas ações educativas e favorecer a reflexão compartilhada e sistemática.

Assim, esses municípios carecem de reconhecimento de suas *condições e dificuldades para* desfrutarem de uma relação de apoio e parceria com as instâncias federal e estadual, que até agora *se dá apenas por meio de ordens e cobranças de entes com posição de superioridade, assim expressada:*

> [...]O Estado, as regionais, o Ministério da Saúde tem que parar de cobrar e [passar a] apoiar. Tem que ser parceiro, porque ultimamente estão sendo apenas juízes. Indicam, ordenam e acabou. Não orientam, não fazem capacitação, não fazem nada, simplesmente cobram (j.9).

Essa colocação faz concordância com a opinião de Moyses (2010) de que *a gestão compartilhada, federal, estadual e municipal, com autonomia entre os entes*

federados, é um arranjo gerencial novo de difícil construção, se considerada a tradição centralizadora e autoritária do Estado brasileiro (p.40).

Sente-se também que uma melhor qualificação da gestão local possa contribuir para a constituição de um corpo permanente de especialistas em governo e assim assegurar maior qualidade à administração pública, pois: *ter o dinheiro e ter um gestor que não sabe administrar não adianta nada* (a.7) e ainda: *a própria capacitação com relação à legislação e funcionamento da gestão. Para os gestores novos que estavam entrando aí, quem fez foi o COSEMS. E não é essa a função* (a.9).

Essas fragilidades da gestão da saúde influenciam especialmente a Gestão do Trabalho desses municípios, agravadas pela falta de apoio para a gestão do trabalho no SUS pelas instâncias estadual ou federal, uma vez que: *nunca foi ofertado apoio do estado e do governo federal, na área da gestão do trabalho* (b.7), principalmente para questões relativas as condições de trabalho das equipes de saúde como a falta de:

- PCCS-SUS para possibilitar a valorização dos servidores, com avanços nas carreiras, salários compatíveis e benefícios conforme as funções; e inserção de todos trabalhadores, independentemente do tipo de vínculo (estatutário ou emprego público), isto é, *que o PCCS seja para o emprego público e para estatutário, e que seja determinado que todos os municípios tenham. Questão da insalubridade também (c.2).*

- Acompanhamento e fiscalização no cumprimento das legislações trabalhistas, como pisos salariais e benefícios sociais: *o apoio seria em questão de cumprir. É igual ao salário do agente [ACS], saiu a portaria, mas não foi obrigado O que é obrigado se cumpre, mesmo que seja em cima da hora, por causa da cobrança* (f.7), pois se ficarem somente a cargo da gestão municipal muitos direitos podem não se efetivar. E também que as normas e/ou legislações sejam de fácil acesso, disponíveis e claras, tanto para gestores como para trabalhadores da saúde, pois em muitos casos, os municípios agem conforme um entendimento local, com informações contraditórias, como esta dificuldade:

> [...]Que o profissional tenha acesso, cada pessoa que você pede a informação, se for da parte administrativa, vai te falar uma coisa, se você procurar um advogado ele vai falar outra coisa, e ai, continuamos sempre em dúvida e sem saber a realidade (f.2).

> [...]A contratação deve ser por concurso para dar estabilidade para a pessoa, ter incentivo neste plano de cargos e salários, fazer uma pós-graduação, correr atrás de conhecimento, não é só dar o salário para a pessoa (b.2).

Foram consistentes os relatos dos REG em uma das regiões de saúde de médio desenvolvimento econômico e média oferta de serviços de saúde de que as equipes municipais de saúde não desfrutam de boas condições de trabalho. E essas condições são de sobrecarga de trabalho, uma vez que os profissionais da assistência também estão envolvidos com várias atividades/programas, inclusive na gestão; de deficiências na estrutura física; e de equipes incompletas e mal dimensionadas. Essas deficiências implicam na dificuldade de implantação ou implementação de novas práticas de trabalho, como as classificações de risco, por exemplo: *"Aquela classificação de risco para a saúde mental é maravilhosa, só que você tem profissional disponível para isso? Não tem!"* (p.8) ou:

> [...]O que falta é estrutura na unidade. Você tem que fazer ambas as partes, mas eu acho que hoje a gente está muito mais voltada para relatórios e documentação do que propriamente para a assistência. Faltam condições de trabalho, estrutura física (h.8).

Portanto, essa situação é comum em todas as regiões de saúde, pois pesquisa conduzida por Carvalho et al. (2018) evidenciou que nas EG dos MPP da macrorregião norte do Estado do Paraná, 65,9% dos pesquisados exerciam alguma função de gestão concomitantemente ao cargo de carreira, 12,2% duas e 19.7% de três a sete funções, indicando que não havia uma dedicação exclusiva para os cargos de carreira e sim uma multiplicidade de funções gestoras da saúde e um número reduzido de pessoas envolvidas nos processos de gestão da saúde.

Sabe-se que muitos são os desafios e expectativas na área de Gestão do Trabalho, mas o que foi relatado representa uma importante contribuição oferecida sob a perspectiva de trabalhadores que atuam nas EG e participam do dia a dia da implementação do SUS.

5.5 Revisitando os Resultados à Luz de Diferentes Olhares

A profissionalização e o preparo técnico foram identificados nos responsáveis pela área de RH/GT; tanto aqueles que atuavam nas prefeituras apresentavam elevado grau de escolaridade, com ênfase na área de ciências humanas, quanto aqueles da área das ciências da saúde que atuavam nas EG. Os cursos de graduação e pós-graduação foram decisivos no preparo técnico para os lotados nas prefeituras, e os cursos oferecidos pelas Regionais de Saúde para os lotados nas EG, o que reforça a importância dessas instituições na qualificação da gestão para essas equipes.

Essas são características condizentes com a Administração Pública Burocrática (APB) uma vez que seus membros se tornam especialistas nas atividades de seus cargos e suas especializações variam conforme suas funções e posições. Isto pressupõe, em regra, uma intensa instrução na matéria apoiada em conhecimento técnico (WEBER, 1999).

Nos modelos de gestão burocráticos os profissionais necessitam conhecer as regras, normas e legislações, a fim de poder desempenhar suas funções, conquistar maior autonomia e poder na estrutura das prefeituras, além de contar com a responsabilidade oficial do gestor perante os órgãos de controle. Para tanto, especializam-se e procuram ter conhecimento técnico com o objetivo de gerir a organização.

Os responsáveis pela área de RH/GT dedicam-se quase que exclusivamente a um único vínculo profissional, mas os lotados nas EG executam diversas funções de gestão nas equipes de saúde, dentre elas a de gestão do trabalho, concomitantemente com as funções do cargo de carreira. Além dos conhecimentos, destaca-se a disponibilidade de tempo praticamente integral para o desempenho de suas funções e de outras habilidades, uma vez que a área de saúde envolve uma diversidade de categorias profissionais e de diferentes níveis assistenciais mesmo em MPP.

A atuação estratégica na Gestão do Trabalho no SUS também requer a combinação do conhecimento legal das normas que ordenam as relações de trabalho, da administração pública, e da área de Gestão de Pessoas (CONASS, 2011). Mintzberg (2010) aponta que os gerentes precisam saber de seus contextos específicos e tomar decisões com base nesses conhecimentos, mas também devem

ajudar a realizar o potencial de outras pessoas, lidando com aspectos inerentes ao comportamento humano.

Os responsáveis pela área de RH/GT foram prioritariamente selecionados por concurso público, depois, por indicação, enquanto que a modalidade de admissão foi por estatuto do servidor, cargos comissionados e emprego público, e mais da metade estavam inseridos em um plano de cargos. Destacou-se nessas condições outras características da APB como a ideia da carreira dentro da instituição, a hierarquia, a seleção pública (impessoalidade), as modalidades de admissão estáveis e o assalariamento. Essas condições diferem do modelo de administração/gestão patrimonialista em que os cargos são distribuídos e considerados como prebendas ou dádivas, o que favorece o nepotismo (QUEIROZ, 2009); diferem também do modelo de administração gerencial que busca a flexibilização da gestão.

Nas atividades de gestão do trabalho nesses MPP ficou mais perceptível o desenvolvimento de ações relacionadas ao provimento, aos controles (frequência, horário, escalas) e à vida funcional do trabalhador. Em menor escala são realizadas atividades ligadas à qualificação e avaliação de servidores.

Por isso, os REG consideram que a gestão do trabalho é instrumental e pragmática, com prevalência do cumprimento de funções predominantemente burocráticas, ainda restritas ao campo do “RH”. Essas funções os remetem ao campo da administração de pessoal, baseada em um sistema de regras formais, com legislação própria, como estatuto, leis trabalhistas, preceitos constitucionais, sendo que algumas encontram-se centralizadas nos RH das prefeituras e outras são compartilhadas com as EG da saúde. Dessa forma, o controle exercido pela burocracia é de natureza normativa, algumas vezes à distância, proveniente do sistema de regras formais e impessoais sobre as atividades dos seus membros e não sobre suas pessoas, ao invés do controle tradicional por meio de supervisão direta, praticado nos sistemas pré-burocráticos (PRATES, 2007; WEBER, SD).

Há muito tempo o termo burocracia é comumente utilizado para designar organizações com excesso de papéis, cuja rotina dificulta a tramitação de processos e a implementação de soluções rápidas ou eficientes, funcionários condicionados a rotinas e regulamentos, causando ineficiência à organização, o que Merton (1978), com base nos estudos de Weber, chamou de disfuncionalidades da burocracia, ou

seja, aspectos negativos ou imperfeições, como falta de flexibilidade e deslocamento dos objetivos, resultando em formalismo exagerado.

Em menor escala foram relatadas atividades ligadas à qualificação e avaliação de servidores, que, quando realizadas, referiam-se a avaliações de desempenho para fins de estágio probatório, mas não a uma avaliação de desempenho no sentido de mensurar resultados efetivamente produzidos e como base de ascensão funcional, conforme premissa gerencial (CLAD, 1999; VAITSMAN, 2001). Essas avaliações eram decorrentes da legislação pós Reforma do Estado, mais precisamente da EC 19/98, como uma forma de representação do princípio da eficiência na administração pública e dos preceitos da administração pública gerencial.

A EC 19/98 introduziu a avaliação de desempenho de servidores, a expansão do período do estágio probatório de dois para três anos e a imposição de medidas de flexibilidade ao instituto da estabilidade do servidor, dentre outras. Foi considerada a norma que mais afastou o instituto da estabilidade do servidor público, pois, mesmo tendo adquirido a estabilidade, pós-estágio probatório, o servidor ainda poderá ser avaliado periodicamente (CALDAS, 2011). Constituiu-se em parte importante do PDRAE, cuja preocupação básica era passar da administração pública burocrática para a gerencial (BRESSER PEREIRA, 2016).

O modelo gerencial tem como pressupostos as premissas do setor privado, como o aumento da autonomia do poder de decisão dos gerentes — daí o nome gerencial, alicerçado na responsabilização dos administradores, avaliados pelos resultados produzidos (CLAD, 1999; VAITSMAN, 2001).

A avaliação de desempenho tem sido utilizada para controle de trabalhadores desde a Antiguidade, mas ganhou força com o surgimento e ascensão do capitalismo, passando de metodologias de controle de tempos e movimentos na execução das tarefas para outras, mais aperfeiçoadas, que consideram o trabalhador e o trabalho no contexto organizacional. No entanto, deve ser observado se a função da avaliação é para a melhoria de desempenho ou visa o controle dos trabalhadores, dependendo da perspectiva em que se baseia (BRANDÃO E GUIMARÃES, 2001).

As avaliações de desempenho de servidores não cumprem papel decisivo para a melhoria dos processos e das relações de trabalho, sendo desenvolvidas

mais em função da exigibilidade das normas, pois os nãos aprovados em processo de avaliação de estágio probatório não conquistam estabilidade.

Assunção e Jackson Filho (2011, p. 60) fizeram observações no sentido de que os *processos de avaliação de desempenho da gestão do trabalho em saúde se destinam mais ao julgamento do que à aferição dos elementos capazes de garantir uma melhoria em seus processos de trabalho.* Dessa forma, fazem-se necessárias ferramentas de gestão que estimulem os trabalhadores a se mobilizarem para vencer as dificuldades presentes nos processos de trabalho e no próprio sistema como um todo, e que esse esforço seja reconhecido e valorizado pela gestão.

A conjunção entre autonomia profissional e certo grau de definição de responsabilidade para os trabalhadores é um desafio para a organização dos processos de trabalho no SUS. Isso se deve às características do trabalho em saúde que é imaterial, sujeito a imprevistos, baseado na afetividade, na prestação de cuidados e necessita da integração de diversas áreas e saberes e da interação com os usuários (CAMPOS, 1997; HARDT, 2003).

Assim, processos avaliativos devem estar comprometidos com a promoção de melhorias nos processos de trabalho e no desenvolvimento das pessoas envolvidas. O CONASS ressalta a importância do desenvolvimento de mecanismos e instrumentos dirigidos ao comprometimento e ao desempenho profissional, na avaliação de desempenho, no desenho de carreiras e na implementação e avaliação de políticas de educação permanente para os trabalhadores do SUS (CONASS, 2011).

Algumas iniciativas já estão sendo desenvolvidas e podem ser reconhecidas como instrumentos de avaliação de serviços no sentido de contribuir para sua qualificação com envolvimento da gestão e dos trabalhadores. O Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) tem como objetivo ampliar o acesso e melhorar a qualidade da ABS, além de fortalecer sua gestão pela promoção da autoavaliação e da educação permanente. Este programa possui três fases: adesão e contratualização, certificação e contratualização. Na fase de certificação, as equipes passam por processos de avaliação externa de desempenho e de autoavaliação. Sua adesão é voluntária e possibilita a ampliação de incentivos financeiros para os municípios participantes que atingirem melhora na qualidade do atendimento e a implantação de Remuneração Por Desempenho, a critério da gestão municipal (RIGOTTO et al., 2014; MINISTÉRIO DA SAÚDE, sd).

A Secretaria Estadual de Saúde do Paraná (SESA) instituiu no APSUS, o processo de tutoria na APS a partir do ano de 2014 com o estabelecimento de referências e parâmetros para avaliação de qualidade e propostas de instrumentos para facilitar o trabalho das equipes e para atingir os itens constantes da avaliação. É de adesão voluntária e compreende quatro fases: o selo bronze, que trata da segurança dos usuários e das equipes de saúde; o selo prata tem como objetivo aprimorar as ações desenvolvidas e do gerenciamento do processo de trabalho; e o selo ouro refere-se ao gerenciamento dos resultados e dos indicadores de saúde; o selo diamante ainda se encontra em fase de elaboração (PARANÁ, SESA, sd).

Importantes fragilidades na área de gestão do trabalho de âmbito local foram relacionadas à falta de autonomia e ingerências externas que se davam por meio da criação e utilização de cargos para o atendimento de interesses pessoais ou político-partidários e interferências políticas em questões técnicas. Por vezes, remanejamentos ou alocação de servidores acontecem como forma de castigo ou de favorecimento a aliados, bem como o uso do poder para determinar o adiamento de chamamentos de concursos públicos, evidenciando resquícios do modelo de administração patrimonial nesses municípios.

Em modelos de gestão com características patrimoniais os cargos ou vagas podem ser criados especificamente para o atendimento de interesses pessoais, e seus ocupantes podem ser facilmente nomeados ou substituídos, podendo ser mantidos no cargo mais pelo vínculo pessoal do que pela indicação técnica. Esse modelo é baseado nas ideias do clientelismo, no intercâmbio de favores e no prevalecimento de interesses privados em detrimento do interesse público e tem resultado em instabilidade na gestão, podendo comprometer a eficiência e a eficácia da administração (CAMPELO, 2010; IPEA, 2010).

Tais condutas entram em desacordo, no mínimo, com o princípio constitucional da impessoalidade na Administração Pública, isto é, a imparcialidade na busca do fim público pretendido, sem privilégios ou discriminações de qualquer natureza, possivelmente repercutindo no cumprimento do princípio constitucional da eficiência que exige critérios como imparcialidade, neutralidade, transparência e eficácia, direcionados para o bem comum (PALUDO, 2016). Afetam também a dimensão técnica dos serviços de saúde, pois provocam sobrecarga de trabalho e desmotivação nas equipes; comprovam, portanto, que nem mesmo a burocracia foi

totalmente consolidada nesses municípios, no sentido da meritocracia, impessoalidade e profissionalização.

Para Vaitsman (2001), mesmo que a meritocracia se constitua como um dos caminhos de ascensão profissional e funcional no serviço público, este setor é percebido como uma esfera onde ainda persistem o apadrinhamento político, as relações de favorecimento pessoal e as regalias que permeiam as normas e regras formalmente instituídas. Ainda, segundo essa autora, as pessoas não creem que a competência técnica e o desempenho serão sempre os requisitos fundamentais para ascensão no setor público, mas que esses requisitos devem vir conjugados com as "relações" certas.

Segundo Bresser Pereira (2009), estas características sobrevivem em sistemas democráticos imperfeitos por meio de interferências políticas em questões técnicas. Ainda existe uma cultura favorável às práticas patrimonialistas, principalmente no Estado e na política brasileira, que se manifesta na troca de favores (clientelismo/fisiologismo), na defesa de interesses de determinados agrupamentos profissionais ou econômicos (corporativismo) e na corrupção, pois a burocracia, efetivamente, não foi consolidada no País (MATIAS-PEREIRA, 2016).

Como há maior concentração das ações de RH/GT nas prefeituras, sem que secretarias de saúde contem com uma estrutura própria, conjugada com a falta de entendimento das peculiaridades da área da saúde e de interação entre os responsáveis pelo RH/GT e as EG, acontecem desentendimentos entre essas equipes. Essas dificuldades não se restringem aos responsáveis pela área de RG/GT, mas são extensivas a outras áreas das prefeituras, como contabilidade, financeira e muitas vezes até mesmo com o chefe do executivo.

Essa falta de entendimento da área de saúde dos responsáveis pelo RH/GT do trabalho foi confirmada pelo pouco conhecimento referido quanto aos principais programas e RAS pesquisados. O único programa/estratégia que foi reconhecido praticamente por quase todos os responsáveis pela área de RH/GT, independentemente do local de atuação, foi a ESF. Desde a década de 1990 as equipes de Saúde da Família/Programa Saúde da Família (ESF/PSF) começaram a ser implantadas nos MPP da Macrorregião Norte que, na ocasião da pesquisa, apresentavam uma cobertura de 90,3% de suas populações, com 457 equipes implantadas (CARVALHO et al., 2018), sendo, portanto, explicável esse conhecimento.

Os demais programas e RAS são desconhecidos por mais da metade dos responsáveis pela área de RH/GT que atuam nas prefeituras, mesmo para programas que tratam do provimento de profissionais de saúde, como o Programa Mais Médicos (PMM) e o PROVAB. Quando da realização das entrevistas, o PMM ainda estava em fase de discussão e o PROVAB ainda não havia sido implantado na maioria dos municípios em estudo. No ano seguinte às entrevistas (2015) mais da metade desses municípios (75,6%) aderiu ao PMM (MENDONÇA *et al*., 2016). A adesão aos programas foi realizada, na maioria das ocasiões, pelas EG, sem recorrer aos responsáveis pela área de RH/GT das prefeituras, o que também pode explicar o pouco conhecimento desses profissionais com relação a esses programas/ações.

Dentre as funções das equipes gestoras encontra-se o planejamento, e como subfunções e atribuições estão o diagnóstico das necessidades de saúde, a identificação de prioridades (OLIVEIRA, 2009) e consequente organização de ações para atuar frente às necessidades identificadas. O processo de planejamento do SUS deve ser ascendente e integrado e as necessidades de saúde de população devem ser compatibilizadas com os recursos financeiros orçamentários. Para tanto, torna-se importante o conhecimento dos programas/estratégias e redes da área de saúde em desenvolvimento nos municipais, pois a estes estão vinculados recursos, indicação de equipes mínimas, orientações programáticas e consequentemente prestações de contas.

Os principais instrumentos de planejamento e gestão do SUS (PMS, PAS e RAG) apresentam um percentual de conhecimento e participação na elaboração com média superior a 80,0% para os que atuam nas EG e inferior a 25,0% para os que atuam nas prefeituras. Esses percentuais indicam que os responsáveis pela área de RH/GT que atuam nas prefeituras não estão integrados com as equipes gestoras da saúde quanto a esses requisitos.

O ideal seria que os instrumentos de planejamento fossem elaborados de forma mais abrangente e participativa, com a colaboração tanto das equipes de saúde como das que fazem interface com a área - como os responsáveis pela área de RH/GT - mediante processo de discussão e de construção coletiva (BRASIL, 2009d). Neste aspecto, a EPS pode vir a ser uma potente estratégia, uma vez que envolve equipes multiprofissionais e a metodologia da problematização, pois possibilita análises e reflexões críticas das situações-problema do cotidiano do

trabalho e a elaboração e articulação de propostas no coletivo (STROSCHEIN E ZOCCHE, 2012).

Recomenda-se, ainda, que esses instrumentos não fiquem restritos basicamente ao cumprimento das formalidades legais, nem tampouco promovam simplesmente a verificação do cumprimento de metas, desvinculados das necessidades e realidades locais, mas que sejam voltados para a obtenção da melhoria da qualidade de saúde de suas populações. Afinal, como diz Campos (2000), não há sentido em se manter serviços de saúde inteiramente voltados para o lucro ou burocratizados e que não atendam às necessidades de saúde da população.

Com base em diagnóstico de que era incipiente ou inexistente a valorização da área da gestão do trabalho em grande parte das secretarias de saúde, o MS lançou, em 2006, o Programa de Qualificação e Estruturação da Gestão do Trabalho e da Educação no SUS (PROGESUS). Esse programa visava o fortalecimento e modernização das estruturas na área de gestão do trabalho e educação nos Estados e Municípios, e seus componentes eram o financiamento para aquisição de equipamentos de informática e mobiliários, a capacitação de equipes e a oferta de um sistema de informações gerenciais na área (BRASIL, 2009a).

Passados mais de dez anos da criação do PROGESUS, Magnago *et al*. (2017) publicaram avaliação tendo como população de estudo os gestores responsáveis pela área de RH nas secretarias de saúde, e encontrou que nos municípios com população até 100 mil habitantes o grau de descentralização da área de RH ainda era pequeno, uma vez que pouco mais de 33% dos órgãos de RH estavam subordinados diretamente às prefeituras; também identificou que as principais atividades desenvolvidas eram a “administração de pessoal” e “avaliação de desempenho”. Esse programa priorizou municípios de maior porte para destinar investimentos para estruturação da área de Gestão do Trabalho, deixando de investir nesse componente nos MPP.

Esses resultados coincidiram com os do presente estudo, em que a descentralização da área de RH/GT para as secretarias municipais de saúde é praticamente inexistente no sentido de autonomia. Além de que a maior parte das atividades desenvolvidas pelas EG nessa área também são relativas a atividades burocráticas de administração de pessoal e, incipientemente, os processos de avaliação de desempenho. Mesmo com a experiência de instituição de uma

autarquia em um dos municípios, a área relativa ao RH/GT ainda fica centralizada na prefeitura, pois o município em questão, ainda não instituiu uma área de RH/GT própria para a autarquia de saúde.

Autarquias são serviços autônomos, com personalidade jurídica própria para executar atividades típicas da Administração Pública (BRASIL, 1967). É a forma de descentralização que mais se aproxima da Administração Direta por exercer competências privativas do Poder Executivo, e sua criação ou extinção é exclusiva do Chefe do Poder Executivo por meio de lei específica que fixe suas finalidades e competências, sua estrutura, patrimônio e receitas (SALGADO, 2012). Pela necessidade da instituição por lei específica, torna-se difícil sua extinção quando acontece alternância de poder. No entanto, o processo de instituição, a criação dos cargos de coordenação, necessários para o seu funcionamento (assessoria jurídica, contabilidade, financeiro, recursos humanos) e os custos decorrentes podem se constituir em uma dificuldade inicial para MPP.

A autarquia deve ter quadro de pessoal próprio organizado por carreiras, provido por concurso público para os cargos efetivos, regidos pelo regime jurídico estatutário ou por servidores nomeados em cargos comissionados. Ao mesmo tempo em que é uma unidade descentralizada, sua natureza é de Direito Público, fazendo com que sua autonomia administrativa seja relativa, pois sua gestão é regulada integralmente pelo regime administrativo que incide sobre os órgãos da Administração Direta (SALGADO, 2012). Suas despesas com pessoal também são computadas para o índice da LRF.

Consta que o DEGERTS da SGTES/MS é responsável pela proposição, incentivo, acompanhamento e elaboração de políticas de gestão e planejamento e regulação do trabalho em saúde, em todo o território nacional. Complementarmente, tem como função a coordenação da negociação para que tais políticas se efetivem em todas as esferas de governo (MINISTÉRIO DA SAUDE, sd). Mas reconhece-se que essa incumbência, em um território com mais de 5.000 municípios, não viabiliza sua capilaridade.

A SESA não possui uma estrutura de apoio aos municípios na área de Gestão do Trabalho, o que se replica nas Regionais de Saúde. O Grupo de Recursos Humanos Setorial (GRHS) da SESA faz a gestão dos servidores dessa instituição, da mesma forma que Seção de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde (SCTES) das RS. Portanto, as secretarias municipais de saúde encontram-se desprovidas de

espaços institucionais de apoio e cooperação técnica específicos nessa área. Sabe-se que o COSEMS-PR tem, por meio de seus apoiadores regionais, importante atuação visando aprimorar a gestão das secretarias municipais de saúde. Especificamente na temática gestão do trabalho, pelo menos no ano de 2017, não foi verificado no relatório desse conselho registro de atividades nessa área, o que pode ter se dado de forma pontual, localmente e sem formalidades.

A implantação dos programas e RAS seguiu o modelo de hierarquização e centralização das decisões, seja pelo MS ou SES. Nesse sentido, Moysés (2010) alertou que a gestão compartilhada entre os três entes federativos, mas com autonomia entre eles, seria um arranjo gerencial de difícil construção e implementação, pois ainda prevalecia a tradição centralizadora do Estado brasileiro, aqui entendida como o governo federal. E, para Wagner (2018) "têm sido utilizados mecanismos econômicos como estratégia de indução para que municípios adotem a prioridade e o modo de fazer da união ou dos estados" (p. 4). Os REG referiram a instituição do piso salarial nacional para a categoria de ACS e ACE (Lei 12.994/14) como uma imposição de outros entes federativos sem prévia discussão com os empregadores diretos, no caso, os municípios. Esse piso se constituiu, em muitos municípios, em um fator desencadeante de conflitos no interior das equipes, por ser mais elevado do que o salário-base de outras categorias com maior exigência de escolaridade, como técnicos e auxiliares de enfermagem, o que exigiu arranjos locais para minimizar a situação.

A necessidade de provimento dessas equipes por parte dos municípios e todas as suas implicações como concurso público, vínculo com o município, limites de gastos com pessoal da LRF, também eram questões que impactavam para a tomada de decisão na adesão aos programas (DOMINGOS, 2017). Outros condicionantes também não deixavam de ser avaliados, como legislações, disponibilidade de recursos financeiros para manutenção dos serviços até o recebimento de incentivos, particularidades socioeconômicas, geográficas e de oferta de profissionais, dentre outras**.**

A nomeação é a única forma de provimento originário atualmente compatível com a CF/1988 que, para cargos efetivos, depende sempre de aprovação prévia em concurso público de provas ou de provas e títulos (BRASIL, 1988). Existem duas exceções em que se dispensa o concurso: o cargo em comissão declarado de livre nomeação e exoneração e a contratação por tempo

determinado, para atender a necessidade temporária de excepcional interesse público (MARCONDES, 2016).

Constatou-se a predominância de características do modelo de gestão burocrático nos processos de admissão de pessoal por concursos públicos, pois as formas de seleção mais frequentemente aplicadas nos municípios em estudo foram os concursos públicos e os testes seletivos, sendo que a postura do MP foi relevante para este resultado. São características deste modelo os critérios válidos para toda a organização (impessoalidade), a meritocracia e seguimento de uma carreira na organização, o que difere do modelo de administração/gestão patrimonialista, em que os cargos são distribuídos e considerados como prebendas ou dádivas, o que favorece o nepotismo (QUEIROZ, 2009; PRATES, 2007). Mas, nem todos os trabalhadores dos serviços, nesses municípios, passaram por processo de seleção pública, pois os tipos de vinculação aos serviços são variados e com diferentes normas.

Para a maioria dos REG, a seleção por concurso público foi considerada como importante fator para fixação dos profissionais das equipes por proporcionar estabilidade frente as interferências políticas que dificultam a atuação nos serviços. Esta fragilidade é fortemente reconhecida pelos REG e relacionada às já citadas falta de autonomia local e incidência de interferências políticas em questões técnicas como forma de castigo e perseguições.

Entretanto, para alguns, essa modalidade de seleção nem sempre consiste em método eficiente para selecionar trabalhadores conforme as aptidões técnicas ou comportamentais que são esperadas para determinado cargo ou função. Nesses casos, a estabilidade decorrente de concursos públicos foi referida como um fator desmotivador por favorecer a ‘acomodação’ e, portanto, que afeta a autonomia da gestão no que diz respeito à permanência do servidor em seus quadros de pessoal, sugerindo que a opção por terceirizar seja mais indicada pela flexibilidade.

A estabilidade significa o direito do trabalhador de permanecer no cargo de provimento efetivo, após três anos da posse, com a condição de ter sido avaliado positivamente por comissão especial estabelecida para essa finalidade, conforme norma inserta no art. 41, *caput*, da CF/1988, pela EC 19/98. Esse período de três anos denomina-se estágio probatório ou confirmatório e consiste no período em que o servidor, nomeado e empossado para o cargo de provimento efetivo, permanece sob avaliação da Administração, a fim de se verificar o interesse em sua

manutenção nos quadros do serviço público, por meio da averiguação de requisitos estabelecidos em lei, tais como aptidão, idoneidade moral, disciplina, dedicação, assiduidade, pontualidade, eficiência, etc. (MARCONDES, 2016).

Merton (1978) quando estudou sobre as disfunções da burocracia, identificou que elementos como a estruturação de carreiras, pensões/aposentadorias, promoções por antiguidade e garantia de reajustes salariais podem levar os trabalhadores ao conformismo, acomodação e tecnicismo. Outra característica apontada por esse autor é a formação de associações de caráter informal (espírito de grupo) entre os funcionários que tanto podem se unir para defender o grupo quando sua integridade é ameaçada, como fazer oposição a mudanças na rotina, principalmente se propostas por pessoas alheias ao seu ambiente. Essa defesa pode levar os funcionários a se concentrarem mais em si mesmos e nas formalidades do que no atendimento às necessidades do público.

Quando Max Weber estabeleceu uma noção de atividades-meio e atividades-fim os recursos humanos ou as pessoas seriam, então, recursos ou insumos que se prestariam a dar condições para que os objetivos finais das organizações fossem atingidos. A ideia era adequar o homem aos fins (objetivos) do empreendimento por meio do trabalho, e a gestão desse ‘recurso’ também seria um meio para se atingir tais finalidades (CECCIM, 2007). No entanto, o trabalho em saúde está sempre sujeito a imprevistos, assenta-se sobre relações interpessoais e depende de certo grau de autonomia dos trabalhadores. Por isso exige improvisação, criatividade e iniciativa, o que é incompatível com um gerenciamento que segue uma normatização meramente burocrática, uma vez que produz agentes produtores burocratizados, com baixo grau de compromisso e responsabilização com a saúde das pessoas (CAMPOS, 1997).

Outras dificuldades percebidas pelos REG para a organização de concurso público foram os custos financeiros elevados para sua realização e também a sua morosidade e formalidade, muitas vezes incompatível com a natureza de serviços de saúde cujas vacâncias nem sempre podem ser previstas, mas que necessitam de provimento imediato. A gestão do trabalho do SUS requer a adoção de processos de seleção mais adequados e dirigidos às competências requeridas nos diferentes serviços e áreas de complexidade e para a construção de parâmetros para dimensionamento de pessoal e planejamento de longo prazo (CONASS, 2011).

Os MPP possuem oferta de profissionais de saúde em seus próprios territórios, o que inicialmente favorece o provimento das equipes. No entanto, por vezes, determinados programas correm o risco de ter seus incentivos financeiros suspensos por dificuldades de provimento de determinadas categorias.

Algumas legislações foram notadamente destacadas como limitadoras para o provimento de pessoal, sendo uma delas a LC n º 101, de 4/5/2000, conhecida como a LRF, que regulamenta a CF, na parte da Tributação e do Orçamento e determina limites para os gastos com pessoal no setor público: 50% da Receita Corrente Líquida (RCL) para a União e 60% da RCL para Estados e Municípios (NASCIMENTO E DEBUS, 2001). O limite de gastos com pessoal talvez não seja um importante agravante em termos de provimento de equipes se forem seguidos critérios técnicos para o provimento dos cargos de chefia e assessoramento, ou a substituição desses por cargos efetivos, o que poderá resultar em maior resolubilidade. Mas as EG não possuem governabilidade para atuar nessas questões.

Outra legislação citada como limitadora para o provimento das equipes foi a EC 41, de 19 de dezembro de 2003, que fixou limite remuneratório nacional para a remuneração dos servidores públicos. Após a promulgação dessa EC, nenhum servidor público pode receber mais que o chefe do respectivo poder ao qual está vinculado. Assim, no caso dos municípios, deve ser observada a remuneração mensal do prefeito como teto para o salário dos servidores municipais, aplicável para toda a Administração Pública, Direta e Indireta (MARCONDES, 2016). Essa limitação refere-se especialmente ao provimento da categoria médica, uma vez que o salário de mercado para esta categoria geralmente é mais elevado do que os vencimentos dos prefeitos dos MPP em estudo. Essa situação, em alguns municípios, contribui para a substituição da forma de admissão de profissionais médicos em cargos efetivos pela contração de empresas ou por credenciamentos.

Essas legislações também foram notadas como justificativa para a não realização de concursos públicos e consequente favorecedoras de terceirizações e um obstáculo para a implantação de PCCS no SUS nos municípios em estudo, especialmente a LRF, devido aos limites de gastos com pessoal. Essa limitação deve-se à necessidade de manter um equilíbrio dos recursos necessários à manutenção e ao atendimento das demandas sociais no setor público

(NASCIMENTO; DEBUS, 2001), mas é apontada como um obstáculo para esse atendimento quando do provimento das equipes de saúde.

A contratação de serviços de terceirizados foi considerada como alternativa para não sobrecarregar os limites da LRF, na expectativa de que esses gastos pudessem não ser computados, pois, segundo Nascimento e Debus (2001), existem dificuldades de entendimento com relação a interpretação da norma, com necessidade de ser melhor esclarecido se os serviços terceirizados devem ou não serem somados aos limites de pessoal.

O Tribunal de Contas da União (TCU) esclarece, por meio do Acórdão 2444/2016 - TCU, de 21/09/2016, que “se exige a contabilização dos gastos com contratos de terceirização que se referem à substituição de servidores e empregados públicos e à contratação de pessoal por tempo determinado.” (TCU, SD, p. 1). Para o TCE-PR essa questão já foi dirimida desde 2013 (TCE-PR, SD).

A nova PNAB explicita que compete às Secretarias Municipais selecionar, contratar e remunerar os profissionais que compõem as equipes multiprofissionais de ABS, em conformidade com a legislação vigente; assegurar o cumprimento da carga horária integral de todos os profissionais que compõem as equipes que atuam na Atenção Básica, de acordo com as jornadas de trabalho especificadas no CNES (BRASIL, 2017).

O CNES foi implantado pelo MS para fornecer informações para gestores, pesquisadores, trabalhadores e sociedade em geral acerca da organização, existência e disponibilidade de serviços, força de trabalho e capacidade instalada dos estabelecimentos de saúde e territórios (BRASIL, 2015). Serve de base para vários sistemas de Informações ao cruzar os dados dos profissionais e respectivas equipes como tipo de vínculo, data de admissão, carga horária, Código Brasileiro de Ocupações (CBO), ou mesmo Cadastro Nacional de Pessoas Jurídicas (CNPJ) e, ao serem encontradas inconsistências, poderá ocorrer a suspensão do envio de recursos financeiros (CNES, SD; BRASIL, 2010b).

Mesmo que os sistemas de informações tenham passado por estágios de aprimoramento, ainda não representam com exatidão a realidade em todos os municípios, pois além das discrepâncias entre os registros e a prática, também podem ocorrer atrasos na atualização e validação dos dados. Ainda assim, o CNES pode ser visto como um aliado da fixação das equipes, pela necessidade de inclusão e manutenção dos profissionais nesse sistema para a garantia da habilitação das

equipes/serviços e o recebimento dos recursos financeiros. Nesse sentido, pode-se dizer que o MS exerce, por meio do CNES, um controle à distância, de natureza normativa, dos serviços de saúde, principalmente os vinculados aos municípios, devido à adesão a programas e respectivos incentivos e habilitações.

As formas de admissão/vinculação utilizadas nos MPP para provimento dos cargos foram: estatuto do servidor público, também conhecido por RJU, sendo esta a modalidade mais identificada, e o emprego público (CLT). Tendo em vista as prevalências do provimento por RJU e CLT nos municípios em estudo, verificaram-se, neste aspecto, as características do modelo de gestão pública burocráticos, que recorre aos funcionários públicos para execução das tarefas tradicionais do Estado, diferentemente da APG, que busca a flexibilização das formas de contratação.

Para Bresser-Pereira, 2009, o RJU era um privilégio que os servidores públicos estatutários haviam adquirido na CF/1988 e que a EC 19/98 havia rejeitado pela introdução do emprego público. Posteriormente, parte dessa EC foi invalidada pela ADIN 2135 de 07/03/08 e o RJU retornou para provimento de cargos públicos. Da data da publicação da EC até a publicação do julgamento da liminar dessa ADIN era legal a admissão por emprego público, e os que foram assim admitidos e que permaneciam atuando, mantiveram esse tipo de vínculo.

Depois de 07/03/08, a única exceção em que se aceita fora do RJU, no caso da saúde refere-se às categorias de ACS e ACE que podem ser admitidos por emprego público via CLT (EC 51 de 14/02/06 e a EC 63 de 04/02/2010) exclusivamente no âmbito do SUS (BRASIL, 2006b). Os profissionais de outras categorias que já haviam sido admitidos como empregos públicos permaneceram como tal, e os municípios convivem com essa diversidade de vínculos dentro de uma mesma secretaria, e com os conflitos decorrentes dessas situações.

Em menor escala foram relatados contratos por prazo determinado com pessoas físicas; contratos com pessoas jurídicas (licitações); credenciamentos com pessoas físicas e jurídicas; Cargos Comissionados (CC); e contratos de estágios. A maioria dos municípios se vale de mais de uma modalidade concomitantemente.

Quando utilizadas as indicações para os cargos comissionados ou para os estágios de forma desvirtuada, com finalidades de atendimento a demandas pessoais ou político-partidárias, estas remetem ao controle hierárquico tradicional e personalista sob a forma de clientelismo ou fisiologismo. São atuações baseadas no intercâmbio de favores, no prevalecimento de interesses privados em detrimento do

interesse público, sem considerar o princípio constitucional da impessoalidade na administração pública (CAMPELO, 2010; PALUDO, 2016). Além de que, a finalidade do estágio não é de ser uma modalidade de provimento, mas sim um ato educativo escolar com supervisão, desenvolvido no ambiente de trabalho, para preparação do aluno para o trabalho (BRASIL, 2008).

Mesmo com a predominância dos vínculos estáveis e protegidos pela legislação persistem formas precárias de admissão nos serviços, ainda que não sejam para a maioria dos seus trabalhadores e consistam em vínculos precários, sem direito a benefícios e garantias trabalhistas e sem a adoção de seleção pública, como o credenciamento.

A modalidade de credenciamento é utilizada principalmente, mas não exclusivamente, para o provimento de profissionais médicos como Pessoas Jurídicas (PJ) tanto em unidades hospitalares como ambulatoriais, o que ficou conhecido como '*pejotização*'. Esta modalidade também está sendo utilizada para profissionais de nível superior de outras categorias como Pessoas Físicas (PF), sendo alternativa para contratação emergencial justificada em casos em que o município encontrava-se impossibilitado de abrir concurso público por estar no limite de gastos com pessoal pela LRF. Nessa modalidade, o profissional recebe por hora trabalhada, sem direito a benefícios, como férias, 13º salário, licenças médicas e proteção social.

O credenciamento é realizado mediante a publicação de um edital de chamamento para contratação de serviços, contendo os requisitos exigidos, bem como um valor previamente estabelecido. Dessa forma, não há competição entre os interessados e é declarada inexigibilidade de licitação, conforme art. 25, caput, da Lei nº 8.666/93 (BRASIL, 1993). Existe uma recomendação do TCU de que estas contratações devem ser realizadas apenas de forma complementar ou suplementar dos serviços, e não para admissão de equipes, o que deve ser feito por meio de concurso público (AMBITO JURÍDICO, sd).

Nos modelos de gestão pública burocráticos recorre-se aos funcionários públicos para executarem as tarefas tradicionais do Estado, conforme já comentado. Com as reformas mais recentes do setor público, sob a influência do gerencialismo, apresentou-se uma nova tendência, que é a delegação para outros setores executarem as atividades consideradas não exclusivas do Estado, a fim de diminuir seu tamanho em termos de pessoal, principalmente de estatutários (MATIAS-

PEREIRA, 2016; BRESSER-PEREIRA, 1997). Dasso Jr. (2014) aponta que isso demonstra uma percepção elitista de poder da NGP, ao enfatizar a "profissionalização da alta burocracia" com a diferenciação de tipos de vínculos que se pretendia implantar com a EC 19/98 e com a aceitação de regimes jurídicos de funcionários públicos para determinadas carreiras, desvalorizando a função pública.

Outra forma de delegação para outros setores para executar as atividades do estado são as OS e OSCIP, provenientes da última Reforma Administrativa do Estado. Estas não estão sendo utilizadas para provimento das equipes nos municípios em estudo. Quando de sua utilização havia intensa rotatividade de profissionais devido a questões de informalidades, interferências políticas e precariedade das formas de provimento e muitos municípios ainda arcam com um passivo trabalhista decorrente dessas situações. Com a atuação do MP e dos órgãos de controle externos é que tais situações foram se encaminhando para a prevalência da admissão das equipes por vínculos amparados pela legislação, conforme os identificados. A criação de entes descentralizados para desempenhar funções públicas nos serviços sociais e científicos para o denominado "setor público não estatal" representa como que uma privatização dos serviços (DASSO JUNIOR, 2014).

Essas práticas de flexibilização na admissão e/ou contratação de serviços condizem com o modelo de APG para tornar os serviços públicos mais acessíveis às necessidades do mercado, inclusive com a redução do número de servidores e principalmente de contratações de estatutários, uma vez que sua preocupação é com a flexibilização da gestão. Conforme alerta Carvalho, Santos e Campos (2013, p. 385), *o rebaixamento do SUS à condição de comprador de serviços reduz o sistema de saúde ao consumo de procedimentos médico-hospitalares e a uma política pública de inclusão seletiva de demandas.* Muitos se configuram em trabalho precário ou desprotegido, isto é, desprovido de benefícios assistenciais (aposentadoria, licença médica), ou outros benefícios relacionados à legislação trabalhista, como férias, 13º salário, horas extras e estabilidade (NUNES *et al*., 2015).

A possibilidade da utilização da terceirização pode consistir em um equívoco e um retrocesso, ao abrir caminho para a precariedade dos vínculos de trabalho, para a ampliação de interferências políticas e, consequentemente, afetar a fixação dos profissionais nas equipes de saúde. Além de que, condições e processos de

trabalho inadequados podem interferir no desempenho e na motivação dos trabalhadores. Vínculos precários de trabalho geram insegurança nos trabalhadores, e concorrem para a alta rotatividade e insatisfação profissional, o que pode comprometer a dedicação desses profissionais e, portanto, a qualidade dos serviços (MACHADO, OLIVEIRA E MOYSES, 2011).

A terceirização pode abrir um caminho para a precariedade dos vínculos de trabalho, pois está relacionada com alguma irregularidade nas relações de trabalho, como baixos vencimentos, inadequadas condições de trabalho ou situação em desacordo às legislações vigentes que versam sobre a proteção social do trabalho (BRASIL, 2009a). Existe também a possibilidade de se desorganizar serviços razoavelmente bem estruturados e intensificar condutas que não condizem com os princípios da Administração Pública como o nepotismo e o fisiologismo (ALCÂNTARA, 2006).

Conforme já apresentado, diferentes formas de contratação/admissão adotadas muitas vezes para trabalhadores com as mesmas funções vêm produzindo conflitos e desmotivação nas equipes de saúde, pela diversidade de fundamentos legais que as regem e pelo descumprimento da disposição constitucional do RJU, principalmente quanto a direitos trabalhistas, remuneração e carreira.

A variedade de tipos de vínculos gera insegurança para a implantação de um PCCS que contemple todos os servidores da área de saúde. Esse entendimento de que os empregos públicos não podem ser inseridos em PCCS também foi utilizado como justificativa para sua não implantação em alguns dos municípios pela dificuldade de compatibilização entre os tipos de vínculos. No entanto, entende-se que não haja impeditivo para que servidores admitidos por meio da CLT sejam inseridos em PCCS, uma vez que no artigo nº 39 da CF/1988 é explicitado o dever dos entes públicos de instituírem plano de carreira para seus servidores (BRASIL, 1988).

O entendimento por parte dos órgãos de RH/GT de que os servidores admitidos por meio da CLT não podem ser nomeados para FG, faz com que a gestão compense o exercício de atividades de coordenação sob outras formas, como o pagamento de plantões ou horas extras. Há de se destacar a insegurança jurídica que esse tipo de situação causa para a gestão, uma vez que essas despesas, por se tratarem de recursos públicos, devem ser justificadas, certificadas e comprovadas pelo gestor.

A multiplicidade de formas de inserção de trabalhadores, muitas vezes com salários e direitos diferenciados para as mesmas funções, tem produzido baixa efetividade para o trabalho em saúde, desrespeito aos direitos trabalhistas e mal-estar entre trabalhadores e usuários, acentuando o afastamento desses sujeitos sociais do projeto do SUS (WAGNER, 2018). Essa questão consiste em um desafio substancial principalmente para os MPP, notadamente por compartilhar o RH/GT com as demais secretarias dos municípios, assessoria jurídica e financeira, sem um apoio específico para a gestão do trabalho.

A categoria médica é considerada como a de maior dificuldade para provimento nos MPP. Ainda assim, essa dificuldade foi superada em alguns locais, uma vez que contam com profissionais de várias especialidades como pediatras, psiquiatras, ginecologistas, e outros. Essas situações demonstraram que muitos MPP possuem condições de atrair profissionais, mesmo de uma categoria considerada de difícil provimento, o que assegura o atendimento aos seus munícipes. O provimento foi realizado de diversas formas, inclusive com modalidades não estáveis e terceirizações.

A limitação de gastos com pessoal constantes na LRF foi apresentada como uma das justificativas para a contratação dos profissionais médicos por meio de terceirizações. Os concursos públicos ~~n~~ão chegavam a ser atraentes para esta categoria, devido aos salários não condizentes com as possibilidades dessa profissão no mercado de trabalho, tendo em vista a carga horária exigida. Atrelada a essa questão estava a limitação dos vencimentos aos subsídios dos prefeitos, conforme a EC nº 41/2003.

Para as terceirizações relativas à categoria médica, os REG percebem como vantagem a possibilidade de substituição imediata do profissional contratado, seja definitiva ou transitória. No entanto, essa vantagem depende do porte da empresa e do seu quadro de pessoal. Nota-se que geralmente esses profissionais não se submetem a uma escala previamente organizada e negociada de férias ou outros tipos de ausências do serviço, prevalecendo seus interesses e, nesse caso, o contrato não é uma garantia de assiduidade ou de provimento ininterrupto.

Outro fator relativo à terceirização é a instabilidade quando se aproxima o fim da validade do contrato, tanto para a gestão quanto para o profissional médico. Para a gestão, pela incerteza da procedência de nova empresa e de sua qualidade. Para o profissional médico, pela insegurança quanto ao planejamento da carreira e

possível fixação no local, apesar de a atuação por empresas terceirizadas ser considerada satisfatória em termos de ganhos financeiros imediatos. Verificou-se, assim, que o trabalho precário tem assumido novas e variadas formas, contaminando inclusive o setor público e insinuando-se também no interior de categorias profissionais tradicionalmente protegidas, como os das profissões liberais (MACHADO, OLIVEIRA E MOYSES, 2011).

Apesar de atualmente dispor de maior disponibilidade de profissionais da categoria médica, nem todos conseguem a média de, pelo menos, um médico para cada mil habitantes e algumas equipes da ESF correm o risco de ter seus incentivos financeiros federais suspensos pela falta desse profissional. Esse resultado poderá impactar sensivelmente na manutenção de toda equipe, uma vez que este incentivo é utilizado basicamente para o pagamento de salários.

Segundo dados da Demografia Médica, o Brasil apresenta uma razão de 2,11 médicos/1.000 hab. em 2014, mas esse indicador varia muito conforme o porte populacional e região, pois municípios com até 5.000 habitantes a razão é de 0,23 médico/1.000 habitantes; de 5.000 a 10.000 habitantes, 0,28; entre 10.000 e 20.000 habitantes, 0,36; entre 20.000 e 50.000, 0,64; entre 50.000 a 100.000 habitantes,1,08; de 100.000 a 500.000 habitantes, 1,98; e com mais de 500.000 habitantes, 4,25 (SCHEFFER, *et al*., 2015)

Na macrorregião em estudo, a razão de médicos por 1.000 habitantes, no ano de 2013, foi de 1,1 médico/1.000 habitantes, mas era relativamente heterogênea, conforme as características das regiões. Regiões melhor desenvolvidas socioeconomicamente, com municípios mais urbanizados, industrializados, populosos e com alta oferta de serviços de saúde, inclusive os de maiores complexidades tecnológicas e também as mais servidas de instituições de ensino superior apresentaram um índice entre 1,3 a 2,0 médicos/1.000 habitantes para o mesmo período. Regiões classificadas como de médio desenvolvimento socioeconômico e média oferta de serviços de saúde apresentaram indicador entre 0,8 a 0,9 médico/1.000 habitantes.

A região em que a maior parte de sua população residia em MPP, maior proporção de pessoas vivendo na área rural do que as demais, e classificada como de baixo desenvolvimento socioeconômico, com baixa oferta e menor capacidade instalada de serviços de saúde em relação a macrorregião, apresentou um contexto diferente. Para esta região, no ano de 2013, o índice foi de 0,6 médico/1.000

habitantes. A falta de estrutura local, seja em disponibilidade de equipamentos ou de apoio diagnóstico e de uma rede de referências organizada; a ausência de outros médicos para interagir; a maior distância dos centros urbanos; dificuldades de transporte; escassez de opções de lazer e de especialização na área, foram destacadas por Maciel Filho (2007) e ainda influenciam, conforme observado, a atração e fixação dos profissionais médicos.

As dificuldades de provimento foram apresentadas como justificativa para a aceitação do descumprimento da carga horária desse profissional e, assim, os sistemas de informações, cadastros públicos e indicadores baseados no número de médicos por habitantes acabam não condizendo com a realidade, pois os dados tendem a ser superestimados.

O desafio de fixar os profissionais médicos têm sido enfrentado pelos gestores de diferentes formas, como: concessão de plantões presenciais e/ou de sobreaviso e pagamento por procedimentos médicos como forma de complementar os salários; disponibilização de adequadas condições de trabalho; flexibilidade no cumprimento de carga horária e na concessão de períodos de folgas e férias; e na contratação para outros vínculos adicionais, em outros serviços no município, intercalando-se unidades hospitalares e UBS.

Alguns fatores consistem em importantes obstáculos para a fixação desses profissionais nos MPP, entre eles, os fatores econômicos e sociais, as condições de trabalho e a possibilidade de formação e capacitação (CARVALHO E SOUZA, 2013).

Há necessidade tanto de prover profissionais médicos para a AB como articular mecanismos para sua fixação. Mesmo que o salário seja um dos principais atrativos, essa questão, isoladamente, não tem garantido sua fixação, uma vez que geralmente as melhores propostas são em áreas distantes e com poucas condições de desenvolvimento econômico e sociocultural, sendo que essas condições são mais relevantes para a fixação (CARVALHO E SOUZA, 2013).

Um dos principais atrativos para os jovens médicos é o acréscimo na nota nos concursos para residência, assim como salário, moradia, acesso à internet, formação e boas condições de trabalho. Segundo Scheffer *et al.* (2015), no Brasil, 64,1% dos médicos trabalham na mesma cidade onde residem; 28,9% trabalham no município onde residem, mas também se deslocam para trabalhar em outra cidade; e 7,0% atuam apenas em município diferente de onde residem.

Feuerwerker (2013) sugeriu que na falta dos profissionais médicos poder-se-ia aproveitar para substituir a organização do trabalho médico centrado para o de trabalho em equipes e interprofissional e se reavaliar o que as equipes realizam em seus encontros com os usuários, no sentido da escuta e do acolhimento qualificado. Mas essa categoria é parte integrante das equipes mínimas de vários programas ou serviços e a sua ausência pode implicar na suspensão de incentivos financeiros para os programas e estratégias. No entanto, boas condições de trabalho no SUS devem ser pensadas não somente para os médicos, mas para todos os trabalhadores da saúde, onde se devem incluir espaços de construção compartilhada, de problematização e de encontros **(**FEUERWERKER, 2013).

Com a finalidade de apoiar os municípios e diminuir a carência de médicos nas regiões prioritárias para o SUS e com grande vulnerabilidade social sanitária, bem como reduzir as desigualdades regionais na área da saúde, o MS instituiu o PMM no ano de 2013. O PMM é um programa relacionado diretamente com o provimento de médicos para o SUS e nele constam ações voltadas para o aperfeiçoamento de médicos na ABS, mediante integração ensino serviço, inclusive com a possibilidade de intercâmbio internacional, conforme Lei nº 12.871/13. Nesse programa, o médico recebe auxilio moradia e sua permanência é de até três anos nas equipes da ESF (BRASIL, 2013).

O PMM foi instituído com base em evidências que indicavam carência de médicos na ABS, baixa cobertura de médicos por habitantes, má distribuição e dificuldades de atração e fixação para esses profissionais em regiões de maior necessidade (GIRARDI *et al*., 2016). Esse programa consiste em uma importante experiência para o provimento e para a assistência à saúde inerente à gestão do trabalho no SUS.

Os municípios estudados valiam-se do PMM para o provimento dessa categoria e com a adesão a esse programa foi atendida a expectativa dos MPP de suprir a carência dessa categoria profissional na ABS, mesmo sendo uma forma de provimento que não se constitui em um vínculo empregatício. Os profissionais do programa, com exceções, cumprem a carga horária preconizada pela ESF e atuam em período integral nas unidades de saúde. Segundo estudos de Kemper, Mendonça e Souza (2016), o alcance dos objetivos propostos para o PMM foi considerado exitoso, uma vez que os editais de chamamento cumpriram os seus

objetivos de contratação e provisão imediata de médicos e houve um aumento de adesão de médicos brasileiros ao programa.

Desenvolveram-se importantes conflitos no relacionamento dos profissionais estrangeiros do PMM com os médicos que já se encontravam nos serviços, especialmente decorrentes de diferenças de cumprimento da carga horária. Essas situações ocorreram principalmente no início da implantação do programa e foram relatadas em todas as RS da área de estudo.

Alguns municípios, com a adesão ao PMM, promoveram algumas substituições de médicos que compunham as equipes da ESF, ainda que a finalidade do programa fosse o provimento de áreas ou equipes desprovidas desse profissional e não para propiciar modificações nos quadros de pessoal. Muitos gestores aderiram na expectativa de economizar recursos financeiros, mesmo assumindo as despesas com moradia e alimentação, avaliadas como vantajosas, considerando-se os elevados custos com outros médicos, notadamente pela necessidade de dispor de mais de um profissional para o cumprimento da carga horária preconizada pela ESF. A forma de repasse de recursos financeiros do Governo Federal para os países de origem dos médicos estrangeiros causava desconfortos, mas não impediu a adesão. No entanto**,** o desconto no valor dos incentivos do governo federal foi um dos motivos pelos quais alguns gestores, pelo menos até a época da coleta de dados, não haviam aderido ao programa.

É preciso fortalecer iniciativas como o PMM e em políticas de médio e longo prazo que visem ampliar a formação de profissionais e garantir a sustentabilidade dessas iniciativas. Não menos importante é fortalecer a fixação dos profissionais de saúde, principalmente em municípios remotos e garantir que não haja simples substituição de médicos com contrato municipal para o federal (IPEA, 2018). O fato do PMM ter aumentado o acesso da população aos atendimentos médicos também proporcionou melhorias no acesso a ações e serviços de saúde que dependem da presença desse profissional (MENDONÇA *et al*., 2016), o que demonstra que a gestão do trabalho no SUS não pode ser apartada da gestão do cuidado.

A gestão da saúde tem, por um lado, a necessidade de provimento das equipes e da execução dos serviços, e por outro, as limitações legais e a diversidade de normas, que influenciam na rotatividade da força de trabalho e na possibilidade de desenvolvimento de estratégias de fixação nos municípios.

Os MPP desenvolveram algumas ações que podem ter contribuído para que a rotatividade não tenha sido considerada como um problema tão relevante para a macrorregião em estudo tais como a seleção por concurso público e modalidades de admissão que proporcionam estabilidade frente às interferências políticas.

Para assegurar a contratação de trabalhadores do próprio município, por vezes são utilizadas formas precárias de contratação como o credenciamento de pessoas físicas ou jurídicas, considerada até vantajosa para a gestão enquanto estratégia de fixação. No entanto, esses trabalhadores ficam à mercê das instabilidades políticas partidárias e das diferenças entre governos que se sucedem no poder e sem segurança no emprego, desestabilizando, dessa forma, o valor transformador do SUS (JUNQUEIRA *et al*., 2009). Nessa modalidade os trabalhadores não desfrutam de direitos trabalhistas e previdenciários, entre outros, mas se submetem, tendo em vista a falta de melhores oportunidades ou por comodidades pessoais. Alguns municípios não utilizam o credenciamento de pessoas físicas, por recomendação de suas assessorias jurídicas.

As condições de trabalho foram consideradas como elemento importante para favorecer a fixação dos profissionais nas equipes, mas a remuneração e os benefícios prevalecem como preponderantes. O que foi relatado pelos REG coincide com a recomendação da Organização Mundial de Saúde (OMS) de que estratégias de recrutamento e fixação de profissionais de saúde devem estar articuladas com a formação, regulação, incentivos, apoio profissional e pessoal (DAL POZ, 2013). Para se elaborar estratégias eficientes de fixação, além do conhecimento da realidade dos trabalhadores, deve-se analisar o mercado de trabalho em saúde e outros fatores que influenciam a permanência ou não dos profissionais nos serviços, pois, sem esse conhecimento, pode-se não atingir o sucesso idealizado (DAL POZ, 2013).

Esses municípios, atuando isoladamente, não conseguem resolver todas as questões que permeiam a fixação dos profissionais, o que envolve uma gama de condições que extrapolam a gestão do trabalho no SUS, como questões socioeconômicas, de infraestrutura e outras. Por isso dependem da atuação efetiva de outros entes federados para favorecer a fixação e evitar a rotatividade dos profissionais.

Mesmo que a rotatividade dos trabalhadores não tenha sido relatada como problema relevante para os REG, os desligamentos ocorrem, independentemente da categoria profissional, mas são mais frequentes nas seguintes situações: vínculos

não estáveis, em especial para enfermeiros, técnicos de enfermagem e médicos; falta de perspectiva da progressão na carreira e de melhores condições salariais, isto é, sem PCCS; profissionais provenientes de outros municípios e que não fixam residência nessas localidades; e quando há a exigência de cumprimento de carga horária contratual e o salário é incompatível com o praticado no mercado, especialmente para as categorias de médicos e odontólogos.

Os profissionais de nível superior, mesmo admitidos sob a forma de vínculos estáveis, tendem a procurar outras oportunidades de trabalho que ofereçam melhores perspectivas salariais, especialmente os mais jovens. O porte do município, sua distância com relação a outros centros, condições de acesso e de estudo para os filhos, a distância dos familiares, falta de atividades culturais e de lazer são fatores que contribuem para a não permanência dos profissionais, especialmente os de nível superior, que possuem maior mobilidade.

A rotatividade também acontece no cargo de gestores da saúde. Pasini (2014), em estudo com Secretários Municipais de Saúde, concluiu que gestores com formação na área da saúde e indicação baseada em critérios técnicos em vez de exclusivamente políticos, têm maior facilidade de compreensão dos problemas e mais familiaridade com os processos e sistemas do SUS, minimizando impactos na alternância da gestão.

Wagner (2018) apresenta uma proposta inovadora, que é a escolha dos dirigentes do SUS por meio de seleção pública, como uma banca, composta por especialistas da área de gestão, gestores e trabalhadores. Essa banca analisaria os candidatos fundamentados em currículo, formação, experiência, e outros requisitos. Dessa forma, não mais seriam utilizadas as indicações com base na confiança do poder executivo e do livre provimento, exceto para a alta direção, como ministros, secretários de estado, gabinete, que no caso, continuariam sendo cargos de confiança.

A rotatividade produz custos elevados e não previsíveis de várias naturezas, como os envolvidos com a reposição de pessoal, recrutamento e seleção; treinamentos introdutórios aos serviços; e posteriormente, com o próprio desligamento do profissional. Além disso, gera outros impactos como a perda de produtividade e de capital intelectual, a desmotivação das pessoas e o comprometimento do vínculo das equipes com a população. Também repercute no desenvolvimento dos serviços na medida em que as equipes ficavam desprovidas

de pessoal capacitado e experiente, e permanece a necessidade constante de se investir na qualificação de novos servidores, além do risco de suspensão de incentivos financeiros por parte dos instituidores dos programas.

Essas questões acima citadas geralmente prejudicam o alcance dos resultados esperados, especialmente na ESF, já que nesse modelo o foco da atenção está na família e na comunidade, e o vínculo estreito entre elas e os profissionais de saúde tende a contribuir para sua eficiência e efetividade (PIERANTONI *et al*., 2015).

A falta de oportunidade de progressão profissional e de vinculação a um PCCS foram considerados como fatores que dificultam a atração e a fixação de profissionais na área da saúde (SANTINI et al., 2017), e são relacionados às condições de trabalho e consequente valorização dos trabalhadores. Este ainda é um dispositivo pouco aplicado em MPP, conforme evidenciou o estudo de Nunes *et al.* (2015), realizado em 2010, com profissionais da ABS dos MPP de três RS da Macrorregião Norte do Estado do Paraná. Ali verificou-se que 79,5% deles não estavam incluídos em PCCS. Muitos trabalhadores ainda enfrentam condições de trabalho precárias, com salários irrisórios, insuficiente reconhecimento social e sem perspectivas de desenvolvimento na carreira (DAL POZ, 2013).

A implantação de um PCCS não significa somente a possibilidade de conquistas em termos remuneratórios, mas também, como um instrumento para melhorias nas condições de trabalho, qualificação profissional e de reconhecimento da importância do trabalhador. Sua implantação requer uma negociação complexa e delicada, especialmente para os trabalhadores e para os gestores públicos, pois normalmente envolve situações que causam impacto financeiro nas finanças públicas, pactuação de metas e de processos avaliativos, articulação de uma política de EPS, inserção de uma gama de categorias profissionais, sendo que esse processo não pode ser justificado apenas pela lógica administrativa e financeira, mas, principalmente, pelo seu caráter político, econômico, social e cultural (VIEIRA *et al*., 2017).

Os municípios estudados não dispõem de um PCCS-SUS e os desafios perpassavam pelas dificuldades econômico-financeiras e seus impactos nas contas das prefeituras; pelos limites com gastos de pessoal, impostos pela LRF; e pela falta de autonomia e capacidade gerencial para sua elaboração e implantação. Outro limitante é o grande contingente de trabalhadores da saúde e suas possibilidades de

progressão na carreira mediante tempo de serviço e participação em cursos, bastante comuns na área, tanto em função das constantes necessidades de atualização como pelo próprio interesse de seus servidores em se qualificarem. Neste caso, o que se poderia considerar como uma fortaleza constituiu-se em um obstáculo e uma contradição, pois as qualificações dos trabalhadores e a EPS, sob o ponto de vista da gestão do trabalho em saúde no SUS, deveriam estar preconizadas nos próprios PCCS (RIZZO; LACAZ, 2017).

A implantação de planos de carreira tem sido constantemente citada e defendida como fundamental para a consolidação do SUS e, mais especificamente, para o desenvolvimento gerencial dos serviços de saúde. É um instrumento que tem como objetivo garantir a profissionalização e a valorização de todos os trabalhadores do SUS na medida em que destaca as peculiaridades de setor e permite a constituição de um quadro de pessoal capacitado e adequado (BRASIL, 2009a). Com este instrumento os trabalhadores podem vislumbrar uma possibilidade de ascensão na carreira. Mas, segundo Rizzo e Lacaz (2017, p. 413), *em decorrência da restrição orçamentária, o PCCS configura-se como um instrumento que orienta prioritariamente a localização de cargos, funções e salários dos servidores*.

O dispositivo de planos de cargos, enquanto um sistema de organização de carreiras e de ascensão profissional na administração pública, baseado na meritocracia, ainda é limitado, pois não foi implantado em todos os municípios e onde já foi implantado não abrange todos os trabalhadores das equipes de saúde e esses desafios perpassam pelas dificuldades econômico-financeiras, de entendimento e aplicação da legislação, mas talvez, principalmente, pela falta de autonomia e capacidade gerencial para sua elaboração e implantação (SANTINI, *et al.*, 2017).

Wagner (2018) discute uma proposta ousada de organização de carreiras segundo a lógica das principais áreas dos sistemas do SUS, como a atenção básica; atenção de média e alta complexidade (rede secundária e terciária); rede de urgência e emergência; rede de vigilância à saúde; e apoio à gestão do SUS. Essas carreiras, ao mesmo tempo em que respeitariam a identidade das categorias e os direitos trabalhistas, também favoreceriam o trabalho colaborativo e interdisciplinar. Possibilitariam, ainda, a constituição de um novo tipo de trabalhador para o SUS e de um corpo permanente de especialistas em governo para assegurar qualidade à Administração Pública. Esse autor defende que essa estratégia seria um estímulo

para a prática interdisciplinar e o compartilhamento de responsabilidades e de tarefas, podendo enfraquecer o corporativismo entre as profissões de saúde, especialmente do médico, fortalecendo a relação com os usuários e interromperia a tradição de organizar carreiras com base nas categorias profissionais.

A falta de PCCS também pode estar relacionada com a carência de estrutura para o planejamento e à baixa capacidade de gestão para exercer a competência municipal constitucional, em especial nos MPP (NUNES *et al*., 2015), sendo que estes e vários outros fatores justificam a necessidade de preparo e qualificação adequados para os gestores da saúde e das áreas de RH/GT das respectivas prefeituras, o que deveria ser priorizado, pois o PCCS, segundo Lacaz *et al*. (2010) é importante instrumento para a qualidade de vida no e do trabalho e, consequentemente, para a atração e fixação de profissionais.

Para gerar o desenvolvimento das relações de trabalho na saúde e atingir melhores níveis de qualidade dos serviços faz-se necessário o aperfeiçoamento do aparato gerencial, com investimentos nas áreas de: recursos humanos, tanto em termos de contratação como de remuneração digna; qualificação de pessoal e condições materiais e físicas de trabalho (JUNQUEIRA *et al*., 2009). A PNAB também explicita a necessidade de se disponibilizar instrumentos técnicos e pedagógicos que facilitem o processo de gestão, formação e educação permanente dos gestores e profissionais da ABS, inclusive com a implementação de diretrizes de qualificação dos modelos de atenção e gestão (BRASIL, 2017).

Para enfrentar os problemas da baixa resolutividade dos serviços de saúde, tendo em vista o volume e as exigências das demandas sociais e a fragilidade dos modelos administrativos e concentrar esforços que se convertam em estruturas eficientes e eficazes, é necessário conhecer o seu perfil das equipes e suas condições de trabalho, implementar adequadas estratégias de capacitação e de busca de novos conceitos e práticas de gestão, assim como garantir recursos e apoio político e técnico e recursos apropriados (BRASIL, 2006c).

Assim, tornam-se necessários investimentos na formação e constituição de equipes gestoras dotadas de capacidade técnica e compromisso político com o processo da Reforma Sanitária e com a defesa do SUS. Paim e Teixeira (2007) chamaram de “profissionalização da gestão do SUS”, que poderia se dar por meio da criação da carreira de “gestor do SUS”, o que propiciaria a valorização desses

profissionais que atuam cotidianamente nas atividades gerenciais das diversas esferas de gestão e nos diversos níveis do sistema (PAIM; TEIXEIRA, 2007).

Observou-se que o conjunto de normas trazidas pela Reforma Administrativa de Estado e suas repercussões no setor saúde, não apenas modificou a forma de vínculo de muitos profissionais ao sistema, mas incluiu restrições orçamentárias por meio da LRF e da limitação do teto remuneratório dos servidores.

A EC 95/16 que instituiu o Novo Regime Fiscal, congelando por 20 anos os orçamentos fiscais e de seguridade social traz sérios reflexos para a área da saúde e tende a se intensificar com o passar do tempo, pois os custos e as necessidades de saúde são crescentes. Wagner (2018) aponta como agravante a falta de iniciativa das instituições oficiais em solucionar a situação em que se encontram as relações trabalhistas no SUS, o que se deve, em parte, a essas restrições orçamentárias e financeiras.

Pela análise das características da Nova Gestão Pública ou Administração Pública Gerencial é possível denominá-la como uma teoria de Administração Pública que se utiliza de um enfoque empresarial para a gestão, dando ênfase à redução de custos e ao cumprimento de metas**.** Avaliar a Administração Pública somente pelo cumprimento ou não de metas ou pelo atendimento de percentuais limitadores de gastos representa a aplicação do paradigma gerencial, desconsiderando a dimensão humana e valorizando unicamente a dimensão econômica e quantitativa do serviço público (DASSO JUNIOR, 2014)**.**

O controle burocrático da corrupção nos Estados contemporâneos é exercido a partir de uma lógica de vigilância permanente, ou seja, para se controlar a burocracia, cria-se mais burocracia. O principal risco desse ciclo pode ser uma ampliação desproporcional dos órgãos de controle, sem muita preocupação com questões de eficiência do Estado, o que acaba interferindo na gestão da Administração Pública. Assim, é fundamental o equilíbrio entre o respeito ao interesse público e a eficiência da Gestão Pública, uma vez que uma condição depende da outra (IPEA, 2010). E a necessidade de novas formas de controle de resultados, de custos, controle social e reforço do controle judicial também é um alcance desejado para a democracia.

Pela complexidade do trabalho em saúde e da gestão dessa força de trabalho é impossível que a responsabilidade pela construção e manutenção de políticas nessa área sejam transferidas única e exclusivamente a municípios ou a

prestadores locais. Para a organização e implementação das RAS no SUS, o MS reconheceu a necessidade de financiamento tripartite para a criação ou adequação de PCCS, para a desprecarização dos vínculos de trabalho e para a contratação de pessoal (BRASIL, 2010a).

Nesse sentido, Wagner (2018) sugere que as políticas de gestão do trabalho no SUS devam ser compartilhadas entre União, estados e municípios; e propõe que a Comissão Intergestores Tripartite (CIT) crie um órgão público (autarquia ou Fundação Pública) e um Fundo Orçamentário para Política de Pessoal.

Embora haja focos de excelências na gestão do SUS, há carência de recursos humanos em termos de quantidade, distribuição, qualificação e remuneração, bem como de outros recursos, como os logísticos e de infraestrutura (MATIAS-PEREIRA, 2016), conforme os relatos apresentados pelos REG.

Segundo Wagner (2018), o financiamento insuficiente do SUS tem sido compensado via precarização de vínculos, baixos salários e desrespeito aos direitos trabalhistas. E essa situação tem permitido ao Estado brasileiro prestar serviços de saúde à comunidade com metade dos recursos orçamentários necessários mediante exploração da força de trabalho em saúde. Por isso, existe a preocupação de se evitar contratos que garantam direitos sociais e previdenciários assegurados pela CF/1988, assim como o PCCS, a estabilidade e outros, evitando-se que o corpo efetivo de trabalhadores onere o orçamento público por meio do vencimento ou remuneração.

Ainda persiste o desafio de ampliar os conceitos e as práticas de RH para as de Gestão do Trabalho, articuladas com as funções de gestão da educação, e fortalecer essa área nas secretarias municipais de saúde dos MPP, dotando-as de maior autonomia, estrutura e qualificação (BRASIL, 2006c). Existe o anseio de que suas ações possam extrapolar os controles burocráticos e promover condições de trabalho e de valorização dos trabalhadores, assim como modernizar processos de gestão que os incluam nos processos decisórios e de avaliação.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Com o princípio organizativo de descentralização e aumento da responsabilidade sanitária, os municípios tornaram-se os maiores provedores da força de trabalho no SUS, principalmente na ABS. Os Municípios de Pequeno Porte (MPP) assumiram essa responsabilidade praticamente nos mesmos termos que os municípios de maior porte os quais possuem reconhecidamente maiores condições financeiras, de capacidade instalada e de gestão, inclusive com equipes específicas para atuar nessa área. Diferentemente, nos MPP os trabalhadores das equipes de saúde acumulam as funções dos cargos de carreira com as de apoio à gestão.

Geralmente as políticas de saúde detalham responsabilidades comuns a todas as esferas de governo, mas a execução dos serviços de saúde recai nos municípios, especialmente na ABS. E, mesmo que o financiamento do SUS seja tripartite, os MPP têm limitada capacidade de arrecadação, realizam investimentos em outros níveis de atenção além da ABS e investem recursos próprios em saúde muito além do percentual mínimo exigido. Assim, para um trabalho em rede necessitam de efetiva atuação de outros entes federativos, inclusive na área de GT.

No caso dos MPP estudados, a maior parte dos responsáveis pela área de RH/GT atua nas prefeituras, apartados da área da saúde, e desconhecem as particularidades e complexidades deste setor. Os que atuam nas Equipes Gestoras (EG) da saúde exercem diversas funções de gestão além dos cargos de carreira, ao contrário dos lotados nas prefeituras que têm dedicação quase que exclusiva para o RH.

As EG, por sua vez, não participam da elaboração e organização de vários processos na área de RH/GT, como dimensionamento da força de trabalho, concursos, deliberação para pagamento de benefícios e direitos, indicando um distanciamento entre essas equipes e o RH das prefeituras. Esse distanciamento entre as áreas meio e as áreas-fins, dificulta a gestão da saúde, provocando conflitos, comprometendo resultados e limitando a capacidade desses municípios em implementar ações na área de Gestão do Trabalho.

Faz-se necessário repensar e reorientar os processos de gestão de forma a minimizar os conflitos no interior das equipes, promover a valorização dos servidores e a integração da gestão, principalmente com as áreas de RH/GT, mas também com as de contabilidade, finanças e outras que fazem interface com

saúde. Os MPP dificilmente conseguirão dispor de setores específicos nessas áreas meio em suas secretarias de saúde, uma vez que estudos mostram que municípios desse porte consomem mais de 17,0% de seu orçamento somente com a manutenção da máquina pública (funções administrativa e legislativa) e têm poucas condições de arrecadação própria.

As práticas de EPS ou a instituição de espaços democráticos de gestão podem se constituir em possibilidades de enfrentamento desse distanciamento entre as áreas meio da prefeitura com a gestão da saúde, como também ser opção para motivar os trabalhadores da saúde para uma atuação mais proativa e participativa. Existe, inclusive, o dispositivo das Comissões de Integração Ensino Serviço (CIESC) que tem como um de seus objetivos o apoio para a construção de planos de EPS nos municípios. Sua implantação ainda se encontra incipiente no Estado do Paraná, mas é uma possibilidade viável, que encontra respaldo na PNEPS e, provavelmente, existe disposição das instituições de ensino em participar nesse processo.

Para tanto, ressalta-se que os MPP necessitam de apoio, seja de instituições de ensino superior, Secretarias de Estaduais de Saúde, Escolas de Saúde Pública e conselhos representativos como COSEMS e CONASEMS, para discussão conceitual e construção coletiva de propostas para qualificação dos espaços de gestão e de gestão do trabalho.

Por isso, é importante que as SES e suas regionais de saúde atuem em parceria com o MS e disponibilizem apoio na área de GT aos MPP, uma vez que essas instâncias estão mais perto dos municípios e já exercem funções de assessoria em outras áreas da gestão e da assistência. Temas como PCCS, modalidades de vínculo, legislações, estratégias de EPS e de possibilidades de gestões democráticas e participativas devem ser trazidas para discussão, fortalecendo o papel das SES na área de GT e nas gestões locais.

Nesse sentido, o MS ousou e inovou com criação da SGTES em 2003, que promoveu ações de incentivo à desprecarização dos vínculos de trabalho, elaborou Diretrizes para a implantação e implementação de PCCS-SUS, instituiu a Mesa de Nacional de Negociação Permanente e a PNEPS. Também lançou a NOB-RH-SUS, resgatando reivindicações das Conferências Nacionais de Saúde e de Gestão do Trabalho, valorizando o trabalhado e o trabalhador em saúde. Atualmente, não se tem observado muitos destaques nesse sentido, mas suas contribuições foram relevantes.

No âmbito das secretarias municipais de saúde pesquisadas verificou-se a influência dos três modelos de administração/gestão pública que subsidiaram a análise na Gestão do Trabalho, ou seja: Patrimonial, Burocrático e Gerencial.

Nos MPP ainda persistem resquícios da Administração Pública Patrimonial (APP), pois foram relatadas relevantes interferências e ingerências políticas vivenciadas pelas equipes da saúde. A introdução da Administração Pública Burocrática (APB) no serviço público e suas premissas de impessoalidade e de separação entre os funcionários e a propriedade dos meios de administração não conseguiu superar totalmente essa forma de atuação que confunde o patrimônio público com o privado.

As características da Administração Pública Burocrática (APB) mostraram-se evidentes na profissionalização dos responsáveis pela área de RH/GT, nos controles e formalidades dos processos de trabalho nesta área, como o contrato ou estatuto, o salário, a carreira, a documentação detalhada, a meritocracia e a estabilidade, dentre outras. Os Representantes das Equipes Gestoras (REG) reconheceram que sua atuação na área de RH/GT era muito burocrática, enfatizando, dessa forma, as disfuncionalidades da burocracia, como o excesso de formalidade, a lentidão nos processos, a falta de flexibilidade e deslocamento de objetivos.

Para a organização da gestão e dos serviços de saúde não se pode privilegiar apenas o formalismo burocrático, que produz disfuncionalidades, não admite imprevistos e não dá conta de responder com a agilidade e a eficiência que os serviços de saúde requerem.

Recentemente as equipes passaram a vivenciar influências da Administração Pública Gerencial (APG), sob a forma de legislações que delimitaram a área de atuação do estado e limitaram gastos com pessoal e investimentos, pós Reforma Administrativa do Estado. Essas legislações limitadoras refletiram nas formas de provimento das equipes, favoreceram terceirizações e precarização de vínculos e serviram de obstáculos para concessões de direitos e benefícios, mas não garantiram a qualidade dos gastos. Também causam insegurança para a gestão da saúde quanto à manutenção e ampliações de programas e equipes. Wagner (2018) alertou que as medidas restritivas acarretam dificuldades jurídicas e gerenciais e provocam a cultura da improvisação e da precarização das relações de trabalho, o que foi verificado com modalidades de provimento via credenciamento e outras terceirizações e contratos de estágio.

Essas diferentes modalidades de contratação, muitas vezes para as mesmas categorias profissionais e no mesmo local de trabalho, geraram conflitos no interior das equipes, refletindo em insatisfação e desmotivação no trabalho. A vigência de várias condutas normativas e bases legais dificultam tanto para a gestão, cujos gestores respondem, praticamente sozinhos, frente aos órgãos de controle e fiscalização, como para os trabalhadores e entidades representativas na negociação de reivindicações.

A reforma trabalhista instrumentalizada pela Lei nº 13.467/17 pode acentuar ainda mais o conflito entre servidores, tendo em vista as alterações decorrentes desta legislação, como o parcelamento de férias, as jornadas de trabalho intermitentes, o pagamento por hora trabalhada, dentre outros. Nessa toada, a nova PNAB apresenta uma nova modalidade de equipe, a Equipe de Atenção Básica, com composição de cargas horárias diferenciadas das tradicionalmente praticadas na ESF. Essas legislações e normativas podem abrir a possibilidade para outros arranjos na organização dos processos de trabalho e valer-se da reforma trabalhista, inclusive, para incrementar terceirizações. Mas ainda se constitui uma incógnita se na administração direta municipal e nas áreas da saúde tal reforma poderá ser aplicada, assim como o teor do Decreto 9.507/2018, que regulamente a terceirização na administração pública federal, sem a distinção entre atividades fins e atividades-meio (BRASIL, 2018).

O modelo de APG pretende a flexibilização administrativa e o controle social, com foco em resultados e na separação da política da administração, com adaptação das premissas da gestão privada para a gestão pública, e privilegiando as regras do mercado. Tendo em vista as ingerências políticas que ainda permeiam os serviços públicos, bem como as fragilidades do controle social e da gestão da saúde, parece de improvável efetividade, principalmente nos pequenos municípios. No SUS as pessoas não têm a opção de escolherem onde querem ser atendidas, por ser tratar de uma organização em redes hierarquizadas e regionalizadas, o que inviabiliza a teoria da escolha pública, que também é uma das bases do gerencialismo e que considera o usuário como um consumidor. Nem tampouco a saúde deve se constituir em um “bem de consumo”, operado pelas regras de mercado.

Os processos de gestão possuem características diferentes e dependendo do modelo de administração haverá um tipo de resposta para um determinado

problema. Nem sempre o que é bem sucedido em um determinado local ou situação terá igual resultado em outro lugar, por isso, existe a dificuldade de comprovar cientificamente padrões de qualidade aplicáveis a todas as situações e lugares. Mesmo as legislações podem ter diferentes aplicações.

Sugere-se, portanto, expandir pesquisas sobre a gestão da saúde em MPP para outras regiões do Estado, pois esse campo é complexo e tem muito ainda a ser estudado. As pesquisas podem se constituir em um espaço pedagógico, de discussão e reflexão sobre os processos de trabalho e de gestão, aí incluída a Gestão do Trabalho e assim contribuir para a sua qualificação. Nesses estudos seria interessante incluir como população de estudo os representantes de outros entes federados, na perspectiva da regionalização e das RAS.

Há necessidade de melhor aprofundamento de estudos sobre a categoria médica, uma vez que foi referida como a de maior dificuldade de provimento nos MPP, e seu mercado de trabalho apresenta características diferenciadas das demais categorias da área da saúde. Assim também para o Programa Mais Médicos (PMM) e seus impactos, pois se encontrava em fase de implantação quando da coleta de dados desta pesquisa. Este é um programa inovador e tem passado por modificações, inclusive com maior inserção de médicos brasileiros.

Destaca-se que o presente estudo partiu do entendimento de que a gestão da saúde não se faz somente pelo gestor formal, mas também pelos trabalhadores que constituem as equipes gestoras, bem como na perspectiva da aplicação dos modelos de gestão pública/administração pública na gestão do trabalho dos MPP.

Com toda complexidade da área da saúde e da gestão do trabalho nos MPP, em que concorrem diferentes categorias profissionais e legislações, demandas políticas e necessidades de saúde, deve-se reconhecer o esforço desses municípios e suas equipes para promover uma saúde universal, equânime e integral, conforme os princípios do SUS.

A gestão da saúde é entremeada por questões que recaem, inevitavelmente, sobre a gestão do trabalho, como as interferências políticas e as legislações limitadoras de gastos que afetam o provimento de pessoal, a fixação dos trabalhadores nos serviços, dentre tantas outras dificuldades. É sobre os municípios e suas EG que recaem o desenvolvimento da maior parte das políticas de saúde, no mínimo da ABS, e estes ainda se utilizam de muita criatividade para contornar os desafios que se apresentam, inclusive para motivar suas equipes e prestar o

atendimento às suas populações. Por isso carecem de maior apoio institucional e cooperação técnica e financeira na gestão e mais especificamente na gestão do trabalho e em MPP.

REFERÊNCIAS

ABRUCIO, Fernando Luiz. **O impacto do modelo gerencial na administração pública: Um breve estudo sobre a experiência internacional recente.** 52 p. (Cadernos ENAP; n. 10). Brasília, 1997.

_____. Trajetória recente da gestão pública brasileira: um balanço crítico e a renovação da agenda de reformas. **Revista de Administração Pública**, Rio de Janeiro, n 41, p. 67-86, 2007.

ALCÂNTARA, Christian Mendez. **Administração pública deliberativa:** a experiência do Município de Curitiba, Brasil 2013-2016 e a possibilidade de retrocesso burocrático-gerencial. In: XXII Congreso Internacional del CLAD sobre la Reforma del Estado y de la Administración Pública. 2017. Madrid, España. 2017. Disponível em: https://www.iappuebla.edu.mx/CLAD/pdfs/alcanchr.pdf. Acesso em: 28 jan. 18.

_____. **O Modelo Gerencial; Organizações Públicas Não-Estatais e o Princípio da Eficiência**. 2006. 225 f. Tese (Pós–Graduação em Direito, Setor de Ciências Jurídicas). Universidade Federal do Paraná, Curitiba, 2006.

ÂMBITO JURÍDICO. Disponível em http://www.ambito-juridico.com.br/site/index.php?n_link=revista_artigos_leitura&artigo_id=10573, Acesso em: 25 nov. 17. Sd.

ARAÚJO, Priscila Gomes de; PEREIRA, José Roberto. Análise da aplicabilidade do modelo gerencial na administração municipal**. Revista de Administração Pública,** Rio de Janeiro, v.46, n.5, p. 1179-1199, set./out. 2012.

ASSUNÇÃO, Ada Ávila. **Gestão das condições de trabalho e saúde dos trabalhadores da Saúde**. Belo Horizonte: Núcleo de Educação em Saúde Coletiva, 2012.

ASSUNÇÃO, Ada Ávila; JACKSON FILHO, José Marçal. Transformações do Trabalho no Setor Saúde e Condições para Cuidar. In: ASSUNÇÃO, Ada Ávila; BRITO, Jussara (org). **Trabalhar na Saúde: experiências cotidianas e desafios para a gestão do trabalho e do emprego**. Rio de Janeiro: Fiocruz, p. 45-65, 2011.

BANCO MUNDIAL. (sd) **Uma nova abordagem da reforma do serviço público.** Disponível em: www1. worldbank.org/prem/premnotes/pr/premnote31p.pdf. Acesso em: 28 jan. 18.

BANDEIRA, Luiz Alberto Moniz. As políticas neoliberais e a crise na América do Sul. **Revista Brasileira de Política Internacional***, v.* 45, n. 2, p. 135-146, 2002.

BONFIM, Maria Carolina Bot. **Autopercepção da equipe gestora sobre o preparo para o desempenho da função de gestão em saúde em municípios de pequeno porte. 2016.** 72 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva). Universidade Estadual de Londrina, Londrina, 2016.

BRANDÃO, Hugo Pena; GUIMARÃES, Tomás de Aquino. Gestão de Competências e Gestão de Desempenho: tecnologias distintas ou instrumentos de um mesmo constructo? **Revista de Administração de Empresas**, São Paulo, v. 41, n. 1, p. 8-15, jan./mar. 2001.

BRASIL. Constituição da república federativa do Brasil de 1988. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm. Acesso em: 01 fev. 18.

_____. Decreto-lei n. 200, de 25 de fevereiro de 1967.Dispoe sobre a organização da Administração Federal, estabelece diretrizes para a Reforma Administrativa e dá outras providências. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**, Brasília – D.F., 27 fev. 1967. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto-lei/Del0200.htm. Acesso em: 15 out. 2017.

_____.Decreto n. 9507, de 21 de setembro de 2018. Dispõe sobre a execução indireta, mediante contratação, de serviços da administração pública federal direta, autárquica e fundacional e das empresas públicas e das sociedades de economia mista controladas pela União. D.F., 21 set.2018. Disponível em http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2015-2018/2018/Decreto/D9507.htm. Acesso em 10 out 2018.

_____. Lei n. 8.666, de 21 de junho de 1993. Regulamenta o art. 37, inciso XXI, da Constituição Federal, institui normas para licitações e contratos da Administração Pública e dá outras providências. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília - D.F, 22 jun.1993, republicado em 6.jul.1994 e retificado em 6.jul.1994 Disponível em http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8666cons.htm. Acesso em: 15 out. 2017.

_____.Emenda Constitucional n. 19, de 04 de junho de 1998. Modifica o regime e dispõe sobre princípios e normas da Administração Pública, servidores e agentes políticos, controle de despesas e finanças públicas e custeio de atividades a cargo do Distrito Federal, e dá outras providências. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**, Brasília – D.F., 05 jun1998. Disponível em http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Emendas/Emc/emc19.htm. Acesso em: 16 out. 2017.

_____. Emenda Constitucional n. 95, de 15 de dezembro de 2016. Altera o Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, para instituir o Novo Regime Fiscal, e dá outras providências. **Diário Oficial da União, Brasília – D.F.,** Seção 1, 16 dez 2016, Página 2.

_____.Fundação Nacional de Saúde. **Manual de orientação para criação e organização de autarquias municipais de ·água e esgoto**. Brasília: 2001.136 p.

_____. Lei n. 12.871, de 22 de outubro de 2013. Institui o Programa Mais Médico e dá outras providências. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**, Brasília – D.F., 23 out 2013. Disponível em:

<http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2013/Lei/L12871.htm>. Acesso em: 29 jan. 2017.

_____. Lei n. 12.994, de 17 de junho de 2014. Altera a Lei n.11.350, de 5 de outubro de 2006, para instituir piso salarial profissional nacional e diretrizes para o plano de carreira dos Agentes Comunitários de Saúde e dos Agentes de Combate às Endemias. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil,** Brasília – D.F., jun 2014. Disponível em http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2014/lei/l12994.htm. Acesso em: 02 jan.18.

_____.Lei n. 11.788, de 28 de setembro de 2008. Dispõe sobre o estágio de estudantes; altera a redação do art. 428 da Consolidação das Leis do Trabalho – CLT, aprovada pelo Decreto-Lei n. 5.452, de 1º de maio de 1943, e a Lei n. 9.394, de 20 de dezembro de 1996; revoga as Leis n. 6.494, de 7 de dezembro de 1977, e 8.859, de 23 de março de 1994, o parágrafo único do art. 82 da Lei n. 9.394, de 20 de dezembro de 1996, e o art. 6ª da Medida Provisória n. 2.164-41, de 24 de agosto de 2001; e dá outras providências. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil,** Brasília – D.F., 26 set 2008. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2008/lei/l11788.htm. Acesso em 02 jan. 18**.**

_____. Lei complementar n. 101, de 4 maio de 2000. Estabelece normas de finanças públicas voltadas para a responsabilidade na gestão fiscal e dá outras providências. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**, Brasília – D.F., 05 mai 2000. Disponível em http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/LCP/Lcp101.htm. Acesso em: 12 out. 17.

_____. (a). Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. **Gestão do Trabalho e da regulação profissional em saúde: agenda positiva do Departamento de Gestão e da Regulação do Trabalho em Saúde**/Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. 3 ed. – Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

_____. (b). Ministério da Saúde. Secretaria Executiva de Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde. **Glossário temático; gestão do trabalho e da educação em saúde**/Ministério da Saúde. Secretaria executiva, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2009. 56p. (Série A Normas e manuais técnicos).

_____. (c). Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação em Saúde. **Política Nacional de Educação Permanente em Saúde**/Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, Departamento de Gestão da Educação em Saúde – Brasília: Ministério da Saúde, 2009. 64 p.

_____. (d). Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Subsecretaria de Planejamento e Orçamento. **Sistema de planejamento do SUS: uma construção coletiva: instrumentos básicos**. 2ª. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2009. 56 p.: il. – (Série B. Textos Básicos de Saúde) (Série Cadernos de Planejamento; v. 2).

_____. (a). Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão e da Regulação do Trabalho em Saúde. **Programa Nacional de Desprecarização do Trabalho no SUS: DesprecarizaSUS: perguntas & respostas: Comitê Nacional Interinstitucional de Desprecarização do Trabalho no SUS**– Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2006. 32 p.: il. – (Série C. Projetos, Programas e Relatórios).

_____. (b). Lei n. 11.350, de 5 de outubro de 2006. Regulamenta o § 5º do art. 198 da Constituição, dispõe sobre o aproveitamento de pessoal amparado pelo parágrafo único do art. 2º da Emenda Constitucional n. 51, de 14 de fevereiro de 2006, e dá outras providências. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília – D.F.,** 06 out 2006. Disponível em http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2006/lei/l11350.htm. Acesso em 02 jan. 18.

_____.(c). 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: Ministério da Saúde, 2006. 60 p.: il. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos) (Série Cadernos ProgeSUS; 1).

_____. (a)**.** Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome e Secretaria Nacional de Assistência Social. **Política Nacional de Assistência Social PNAS/ 2004 e Norma Operacional Básica NOB/SUAS**. Brasília-DF, nov., 2005. 175p.

_____. (b). Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Princípios e diretrizes para a gestão do trabalho no SUS (NOB/RH-SUS)** / Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Saúde. – 3ª. Ed. Rev. Atual. – Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

_____. Ministério das Cidades. Secretaria Nacional de Programas Urbanos. **Plano diretor em Municípios de Pequeno Porte.** Disponível em http://portal.cnm.org.br/sites/8800/8875/download/2_dia/PlanoDiretoremMunicipiosdepequenoporte_Modificada.pdf (sd) Acesso em: 02 jan. 2018.

_____. Ministério da Saúde. Portaria n. 198/GM Em 13 de fevereiro de 2004 Institui a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde como estratégia do Sistema Único de Saúde para a formação e o desenvolvimento de trabalhadores para o setor e dá outras providências. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil.** Brasília – D.F., 2004. Disponível em: https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/1832.pdf Acesso em 20 mar. 18.

_____. Ministério da Saúde. Portaria n. 1.646, de 2 de outubro de 2015, institui o Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**, Brasília – D.F., 2015. Disponível em http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2015/prt1646_02_10_2015.html. Acesso em: 02 jan. 18.

_____. (a). Ministério da Saúde. Portaria Nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**, Brasília – D.F., 2010. Disponível em http://conselho.saude.gov.br/ultimas_noticias/2011/img/07_jan_portaria4279_301210.pdf. Acesso em: 18 out. 17.

_____. (b). Ministério da Saúde Portaria n. 3.462, de 11 de novembro de 2010. Estabelece critérios para alimentação dos Bancos de Dados Nacionais dos Sistemas de Informação da Atenção à Saúde. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**, Brasília – D.F., 2010. Disponível em **http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt3462_11_11_2010.html. Acesso em: 10 abr. 17**.

_____. (a). Ministério da Saúde. Portaria n. 1.996, de 20 de agosto de 2007. Dispõe sobre as diretrizes para a implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil.** Brasília – D.F., 20 ago 2007**.** Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2007/prt1996_20_08_2007.html. Acesso em 20 mar. 18.

_____. (b). Ministério da Saúde. Portaria n. 1.318, de 5 de junho de 2007. Diretrizes Nacionais para a Instituição ou Reformulação de Planos de Carreiras, Cargos e Salários, a título de subsídios técnicos à instituição de regime jurídico de pessoal no âmbito do Sistema Único de Saúde, que se recomendam a seus gestores, respeitada a legislação de cada ente da Federação. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil.** Brasília – D.F., 06 jun 2007. Legis: Sistema de *Legislação da Saúde, 2007.* Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2007/prt1318_05_06_2007.html>. Acesso em: 14 fev. 2018.

_____. (c). Ministério da Saúde. Portaria n. 1.963, de 14 de agosto de 2007. Institui Comissão para assessorar os órgãos e as instituições integrantes do Sistema Único de Saúde (SUS) na elaboração ou na reformulação de Planos de Carreiras, Cargos e Salários. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**, Brasília – D.F., 2007. Disponível em http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2007/prt1963_14_08_2007.html. Acesso em: 14 fev. 2108.

_____. (a). Ministério da Saúde. Portaria n. 2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**, Brasília – D.F., 2017. Disponível em: https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/portaria2436.pdf. Acesso em 18 out. 17.

_____. (b). Ministério da Saúde. Portaria n. 3992, de 28 de dezembro de 2017. **Altera a Portaria de Consolidação n. 6/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, para dispor sobre o financiamento e a transferência dos recursos**

federais para as ações e os serviços públicos de saúde do Sistema Único de Saúde. Disponível em: http://portalfns.saude.gov.br/images/pdfs/PT-3992-2017.pdf. Acesso em: 10 jul. 2018.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção a Saúde. Departamento de Atenção Básica. Informação e Gestão da Atenção Básica. https://egestorab.saude.gov.br/páginas/acessoPublico/relatorios/relHistoricoCoberturaAB.xhtml. Acesso em: 10 jul. 18.

_____. **Decreto n. 7.508, de 28 de junho de 2011.** Regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. Disponível em http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/decreto/d7508.htm. Acesso em: 10 jul. 2018.

BRESSER-PEREIRA, Luiz Carlos. **A Reforma do estado dos anos 90: lógica e mecanismos de controle.** Brasília: Ministério da Administração Federal e Reforma do Estado, 1997. 58 p. (Cadernos MARE da reforma do estado; v. 1).

_____.**Construindo o Estado Republicano: Democracia e Reforma da Gestão Pública.** Rio de Janeiro: FGV, 2009, 416 p.

CALDAS, Igor Lúcio Dantas Araújo. **A avaliação periódica de desempenho do servidor público estável. Efeitos do princípio da eficiência sobre o desempenho do servidor público. In: Âmbito Jurídico.** Rio Grande, XIV, n. 87, abr 2011. Disponível em: <http://www.ambitojuridico.com.br/site/index.php?n_link=revista_artigos_leitura&artigo_id=9259>. Acesso: 18 out. 2017.

CALVO, Maria Cristina Marino et al. Estratificação de municípios brasileiros para avaliação de desempenho em saúde**. Epidemiologia e Serviços de Saúde**, Brasília, v. 25, n. 4, p.767-776, out./dez. 2016.

CAMPANTE, Rubens Goyatá. O Patrimonialismo em Faoro e Weber e a Sociologia Brasileira. **Dados**, Rio de Janeiro, v. 46, n. 1, p. 153-193, 2003.

CAMPELO, Graham Stephan Bentzen. Administração pública no Brasil: ciclos entre patrimonialismo, burocracia e gerencialismo, uma simbiose de modelos**. Ci. & Tróp.** Recife, v.34, n. 2, p.297-324, 2010.

CAMPOS, Gastão Wagner de Souza. **Um método para análise e cogestão de coletivos: a constituição do sujeito, a produção de valor de uso e a democracia em instituições: o método da roda**. São Paulo: Hucitec, 2000 – (Saúde em Debate, 131).

_____. **Subjetividade e administração de pessoal: considerações sobre modos de gerenciar o trabalho em equipes de saúde**. In. Emerson Elias Merhy e Rosana Onocko (org.). Praxis em Salud um desafio para lo público. Buenos Aires: Lugar Editorial e São Paulo: Hucitec, 1997.

CARNEIRO, R., MENICUCCI, TMG. Gestão pública no século XXI: as reformas pendentes. In FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. ***A saúde no Brasil em 2030 - prospecção estratégica do sistema de saúde brasileiro*: desenvolvimento, Estado e políticas de saúde [online].** Rio de Janeiro: Fiocruz/IPEA/Ministério da Saúde/Secretaria de Assuntos Estratégicos da Presidência da República, 2013. Vol. 1. p. 135-194. ISBN 978-85-8110-015-9.

CARNUT, Leonardo; NARVAI, Paulo Capel. Avaliação de desempenho de sistemas de saúde e gerencialismo na gestão pública brasileira. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v.25, n.2, p.290-305, 2016, DOI 10.1590/S0104-129020 16144614.

CARVALHO, Mônica Sampaio de; SOUSA, Maria Fátima de. Como o Brasil tem enfrentado o tema provimento de médicos? **Interface Comunicação Saúde Educação**, São Paulo, v.17, n.47, p.913-26, out./dez. 2013.

CARVALHO, Manoela de; SANTOS, Nelson Rodrigues dos; CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa. A construção do SUS e o planejamento da força de trabalho em saúde no Brasil: breve trajetória histórica**. Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 37, n. 98, p. 372-387, jul/set 2013.

CARVALHO, Brígida Gimenez et al. Equipes gestoras: perfil e gestão de trabalho. In: CARVALHO, B. G.; NUNES, E. F. P. A.; CORDONI JÚNIOR, L. (Org.). **Gestão da Saúde em pequenos municípios:** o caso do Norte do Paraná. Londrina: Eduel. 2018.

CECCIM, Ricardo Burg. “Um sentido muito próximo ao que propõe a educação permanente em saúde”: O devir da educação e a escuta pedagógica da saúde. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v. 11, n. 22, p. 358-361, ago. 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832007000200015&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 22 jul. 2018.

CHIAVEGATO FILHO, Luiz Gonzaga; NAVARRO, Vera Lúcia. A organização do trabalho em saúde em um conjunto de precarização e do avanço da ideologia gerencialista. **Revista Pegada**, São Paulo, v. 13, n. 2, dez/2012. Disponível em http://revista.fct.unesp.br/index.php/pegada/article/view/2023/192. Acesso em 12 jan. 18.

CHIAVENATO, Idalberto. Administração de Recursos humanos**.** In: Chiavenato, Idalberto. **Recursos Humanos:** subsistema de provisão de recursos humanos. São Paulo (SP): Atlas; p. 178-90, 2009.

_____. **Introdução à teoria geral da administração: uma visão abrangente da moderna administração das organizações**. 7ª. Ed. Rev. e atual. - Rio de Janeiro: Elsevier, 2003. 6ª reimpr. 634 p.

CLAD-Centro Latino-Americano de Administração para o Desenvolvimento. Uma nova gestão pública para a América Latina. **Revista do Serviço Público**, Brasília, v. 50, n. 1, jan./mar. 1999.

CNES. **Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde.** Disponível em http://cnes.datasus.gov.br/pages/sobre/institucional.jsp. Acesso em: 05 ago. 2018.

COELHO, Ricardo Corrêa. **O público e o privado na gestão pública.** Florianópolis: Departamento de Ciências da Administração / UFSC; Brasília: CAPES: UAB, 78p. 2009.

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

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

_____. **Nota técnica 29/2013**, PROGESTORES, Discutindo Carreiras no SUS. Disponível em www.conass.org.br/biblioteca/wp.../NT-29-2013-Discutindo-Carreiras-no-SUS.pdf. Acesso em: 14 fev. 2018.

_____. **A Gestão do SUS** / Conselho Nacional de Secretários de Saúde. – Brasília: CONASS, 2015.133 p.

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. **Resolução n. 287** de 08 de outubro de 1998. Disponível em Http://Conselho.Saude.Gov.Br/Resolucoes/Reso_98.Htm. Acesso em 10 fev. 2018.

_____. **Pactos pela Saúde.** Série Pactos pela Saúde 2006. Conselho Nacional de Saúde. Esplanada dos Ministérios, Bloco G, Anexo B. Sala 104B. CEP 70.058-900 Brasília-DF "Efetivando o Controle Social".
Disponível em http://conselho.saude.gov.br/webpacto/index.htm. Acesso em: 15 jul. 2018.

COSEMS. Conselho dos Secretários Municipais de Saúde do Paraná. **Avaliação do Plano de Trabalho do COSEMS ano 2017.** Disponível em http://cosemspr.org.br/index.php/notícias/384-resultados-cosems-pr. Acesso em: 15 jul. 2018.

DAL POZ, Mario Roberto. A Crise da Força de Trabalho em Saúde. **Cad. Saúde Pública.** Rio de Janeiro, v. 29, n.10, p. 1924-1926, out. 2013.

DASSO JÚNIOR, Aragon Érico. **Nova Gestão Pública (NGP):** A Teoria de Administração Pública do Estado Ultraliberal. In: XXIII Encontro Nacional do Conselho Nacional de Pesquisa e Pós-Graduação em Direito no Brasil (CONPEDI). 2014. Florianópolis. Disponível em: www.publicadireito.com.br/artigos/?cod=d05c25e6e6c5d489. Acesso em: 11 jan. 2018.

_____. **Reforma do Estado com participação cidadã? Déficit democrático das agências reguladoras brasileiras.** 2006. 460 f. Tese (Curso de

Pós-Graduação em Direito). Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2006.

DOMINGOS, Carolina Milena. **Estratégias Fortalecedoras da Atenção Básica no SUS em Municípios de Pequeno Porte da Macrorregião Norte do Paraná**. 2017. 217 f. Tese (Programa de Pós-Graduação Stricto Sensu em Saúde Coletiva). Universidade Estadual de Londrina, Londrina, 2017.

EPI INFO. **Centers for Disease Control and Prevention.** 3.5.1./ August 18,2008. Disponível em WWW.cdc.gov/EpiInfo. Acesso em: 15 jul. 2018.

_____. **Em busca de um modelo alternativo de administração pública: críticas à hegemonia do gerencialismo.** Anais do I Encontro Nacional de Ensino e Pesquisa do Campo de Públicas, no eixo “CONCEPÇÕES TEÓRICO-METODOLÓGICAS E MODELOS DE ADMINISTRAÇÃO E GESTÃO PÚBLICA” Disponível em http://www.anepcp.org.br/acp/c/Anais. Acesso em 11 jan. 18. Brasília - DF, 2015.

ESPAÇO JURÍDICO. Disponível em: https://www.espacojuridico.com/blog/direito-administrativo-os-tipos-de-provimento/, datado de 13/03/2013. Acesso em: 04 jan. 2018.

FEUERWERKER, Laura Camargo Macruz. Médicos para o SUS: gestão do trabalho e da educação na saúde no olho do furacão! **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v.17, n. 47, p. 929-30, out/dez. 2013.

FGV. Fundação Getúlio Vargas. Centro de Pesquisa e Documentação de História Contemporânea do Brasil (CPDOC). **A era Vargas:** dos anos 20 a 1945. Diretrizes do Estado Novo 1937-1945: Departamento Administrativo do Serviço Público. 2017.Disponível em: http://cpdoc.fgv.br/producao/dossies/AEraVargas1/anos37-45/PoliticaAdministracao/DASP. Acesso em: 02 jun. 2018.

GIRARDI, Sabado Nicolau et al. O Trabalho Precário em Saúde: Tendências e Perspectivas na Estratégia da Saúde da Família**. Divulgação em Saúde para Debate**, Rio de Janeiro, n. 45, p.11-23, mai. 2010.

GIRARDI, Sabado Nicolau et al. Impacto do Programa Mais Médicos na redução da escassez de médicos em Atenção Primária à Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 9, p. 2675-2684, set. 2016.

GONÇALVES, Alcindo. **O conceito de governança**. sd. Disponível em www.publicadireito.com.br/conpedi/manaus/arquivos/anais/XIVCongresso/078.pdf. Acesso em: 27 jan. 2018.

GUERREIRO RAMOS. **Uma introdução ao histórico da organização racional do trabalho.** Brasília: Conselho Federal de Administração, 2008.132 p. Tese apresentada ao concurso para provimentos em cargos da carreira de Técnico de Administração do quadro permanente do Departamento Administrativo do Serviço Público -1949 – enquadrada na seção I–Organização, item a da letra a, das instruções do referido concurso. Republicação do original publicado em 1950.

HARDT M. O trabalho afetivo. In: Pelbart PP, Costa R, organizador. **Cadernos de Subjetividade: o reencantamento do concreto.** São Paulo: Hucitec; 2003. p.143-57.

IBANEZ, Nelson et al. Organizações Sociais de saúde: o modelo do Estado de São Paulo**. Ciência & Saúde Coletiva**, São Paulo, v. 6, n. 2, p. 391-404, 2001.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Diretoria de Pesquisas. Coordenação de População e Indicadores Sociais. **Indicadores Sociais Municipais 2010.** Uma análise dos resultados do universo do CENSO Demográfico 2010. Rio de Janeiro, nov. 2011. Disponível em: https://ww2.ibge.gov.br/home/presidencia/notícias/imprensa/ppts/000000064757111420115714168994 73.pdf. Acesso em: 01 jun. 2018.

_____. **Estimativas da população residente nos municípios brasileiros com data de referência em 1º de junho de 2014.** Disponível em: https://ww2.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/estimativa2014/estimativa_tcu.shtm. Acesso em: 01 jun. 2018.

IPEA, Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. **Estado, Instituições e Democracia: República**. Livro 9, volume 1. Brasília: IPEA, 2010.

_____. **Perfil das organizações da sociedade civil no Brasil.** Org. Felix Garcia Lopez. Brasília: IPEA, 2018. 176 p.

_____.**Desafios da Nação**. v 1. Brasília, 2018. 184p.

JORGE, Maria Salete Bessa et al. Gestão em Saúde: modelos, desafios e possibilidades. In. **Planejamento, gestão e avaliação nas práticas de saúde** [livro eletrônico] / Raimunda Magalhães da Silva, Maria Salete Bessa Jorge, Aluísio Gomes da Silva Júnior (orgs). − Fortaleza: EDUECE, 2015. 548 p. ISBN: 978-85-7826-322-5

JUNQUEIRA, Túlio da SILVA et al. Saúde, democracia e organização do trabalho no contexto do Programa Saúde da Família: desafios estratégicos. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Rio de Janeiro, v. 33, n. 1, p. 122-133, jan./mar. 2009.

JUNQUEIRA, Virgínia et al.O Pacto pela Saúde e a gestão da força de trabalho na Atenção Básica do SUS: um retrato da situação de alguns municípios no Estado de São Paulo**. Physis Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 2, p. 675-693, 2011.

KEMPER, Elisandréa Sguario; MENDONÇA, Ana Valeria Machado; SOUSA, Maria Fátima de. Programa Mais Médicos: panorama da produção científica. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 9, p. 2785-2796, set. 2016.

KUSCHNIR, Rosana Chigres; CHORNY, Adolfo Horácio; LIMA E LIRA, Anilska Medeiros. **Gestão dos sistemas e serviços de saúde**. Florianópolis: Departamento de Ciências da Administração / UFSC; [Brasília]: CAPES: UAB, 2010.180p.

LACAZ, Francisco Antonio de Castro et al. Qualidade de vida, gestão do trabalho e plano de carreira como tecnologista em saúde na atenção básica do Sistema Único de Saúde em São Paulo, Brasil**. Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 2, p. 253-263, fev. 2010.

LIMA, Luciana Dias de. Gestão Descentralizada da Saúde e Relações Intergovernamentais. In. Lucchese, Patrícia T. R. **Políticas públicas em Saúde Pública.** Coord. Dayse Santos Aguiar, Tatiana Wargas, Luciana Dias de Lima, Rosana Magalhães, Giselle Lavinas Monerat. São Paulo: BIREME/OPAS/OMS, 2004.90 p.

LIMA, Ana Paula Gil de. Os Consórcios intermunicipais de Saúde e o Sistema Único de Saúde. **Cad. Saúde Pública,** Rio de Janeiro, v. 16, n. 4, p. 985-998, out./dez. 2000.

LORENZETTI, Jorge et al. Gestão em saúde no Brasil: diálogo com gestores públicos e privados. **Texto Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 23, n. 2, p. 417-25, abr./jun. 2014.

LUCCHESE, Patrícia T. R. **Políticas públicas em Saúde Pública.** Coord.Dayse Santos Aguiar, Tatiana Wargas, Luciana Dias de Lima, Rosana Magalhães, Giselle Lavinas Monerat. São Paulo: BIREME/OPAS/OMS, 2004.90 p.

MACHADO, Cristiani Vieira; LIMA, Luciana Dias de; BAPTISTA,Tatiana Wargas de Faria. Princípios organizativos e instâncias de gestão do SUS (capítulo do livro). **Qualificação de gestores no SUS.** Organizado por Roberta Gondim, Victor Grabois e Walter Mendes. 2ª. Ed. Rev. Ampl. Rio de Janeiro – RJ: EAD/ENSP, 2011.

MACIEL FILHO, Rômulo. Estratégias para a distribuição e fixação de médicos em sistemas nacionais de saúde. Tese apresentada no Curso de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, área de concentração em Planejamento e Administração em Saúde, do Instituto de Medicina Social da Universidade do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, 2007, 262 f.

MACHADO, Maria Helena; OLIVEIRA, Eliane dos Santos de; MOYSES, Neuza Maria Nogueira. Tendências do mercado de trabalho em saúde no Brasil**.** In: Célia Pierantoni, Mario Roberto Dal Poz, Tania França. (Org.). **O Trabalho em Saúde: abordagens quantitativas e qualitativas**. Rio de Janeiro: CEPESC, UERJ, 2011, v. 001, p. 103-116.

MAGNAGO, Carinne et al. Política de Gestão do Trabalho e Educação em Saúde: a experiência do ProgeSUS**. Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 5, p.1521-1530, mai. 2017.

MARCONDES, Pedro Carlos Bitencourt. **Servidor Público:** Teoria e Prática. Belo Horizonte: Fórum, 2016. 325 p.

MARTINS, Maria Inês Carsalade; DAL POZ, Mario. A qualificação de trabalhadores de saúde e as mudanças tecnológicas**. Physis: Rev. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 8, p. 2, p.125-146, 1998.

MASCARENHAS, Gisela da Costa; SHIMIZU, Helena Eri. Os desafios do planejamento regional compartilhado à luz do Decreto n° 7508: um estudo de caso Sobral – Ceará. In. **Planejamento, gestão e avaliação nas práticas de saúde** [livro eletrônico] / Raimunda Magalhães da Silva, Maria Salete Bessa Jorge, Aluísio Gomes da Silva Júnior (orgs). Fortaleza: EDUECE, 2015. 548 p. ISBN: 978-85-7826-322-5.

MATIAS-PEREIRA, José. **Manual de gestão pública contemporânea**. São Paulo, Atlas, 2007.197 p. ISBN: 9788522446421.

_____. **Manual de Gestão Pública Contemporânea.** 5ª. Ed. Rev. Atual. São Paulo: Atlas, 2016.

_____.**Manual de Gestão Pública Contemporânea**. 2ª. Ed. São Paulo: Atlas, 2009.

MENDONÇA, Fernanda de Freitas et al. Participação dos municípios de pequeno porte no Projeto Mais Médicos para o Brasil na macrorregião norte do Paraná. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 21, n.9, p. 2907-2915, set. 2016.

MERTON, Robert King. Estrutura Burocrática e Personalidade. In: **Sociologia da Burocracia.** Org. Edmundo Campos. 4ª. Ed. Rio de Janeiro. 1978. p. 107 a 124.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **O desafio do Conhecimento. Pesquisa Qualitativa em Saúde.** 13ª Ed. São Paulo: Hucitec, 2013. 407 p.

HOUAISS, Antonio; VILLAR, Mauro de Salles. **Minidicionário Houaiss da língua portuguesa.** Elaborado no Instituto Antonio Houaiss de Lexicografia e Banco de Dados da língua portuguesa S/C ltda. 3ª Ed. Rev. Aum. Rio de Janeiro: objetiva, 2008.

MINISTÉRIO DA SAÚDE**.** Disponível em: http://cnes.saude.gov.br/, Acesso em: 10 abr. 2017.

_____. Disponível em: http://dab.saude.gov.br/portaldab/ape_nasf.php. Acesso em: 10 abr. 2017 e Disponível em: http://dab.saude.gov.br/dab/historico_cobertura_sf/historico_cobertura_sf_relatorio.php. Acesso em: 10 abr. 2017.

_____. Disponível em http://dab.saude.gov.br/portaldab/ape_pmaq.php. Acesso em 10/04/17 e 31/08/18.

_____. Disponível em: http://dab.saude.gov.br/portaldab/ape_pmaq.php. Acesso em: 10 abr. 2017.

_____. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde e Conselho Nacional de Saúde. **Série D. Reuniões e Conferências.** Brasília – DF, 2005. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cartilha3conf_pdf.pdf. Acesso em: 14 jul. 2018.

_____.**Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde.** Disponível em: http://portalms.saude.gov.br/sgtes/departamentos. Acesso em: 15 jul. 2018.

_____. (sd). **Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH).** Disponível em http://www.ebserh.gov.br/web/portal-ebserh/história. Acesso em: 02 ago. 2018.

MINTZBERG, Henry. **Managing:** Desvendando o dia a dia da gestão. Porto Alegre: Bookman, 2010. 364 p.

MOYSES, Neuza Maria Nogueira. Políticas de Gestão do Trabalho no SUS: O desafio sempre presente. **Divulgação em Saúde Para o Debate**. Rio de Janeiro, n. 45, p. 33-41, Maio 2010.

NASCIMENTO, Edson Ronaldo; DEBUS, Ilvo. Entendendo a Lei de Responsabilidade Fiscal. **Revista Jurídica Virtual**-Brasília, vol. 3, n. 24, mai. 2001. Disponível em https://revistajuridica.presidencia.gov.br/index.php/saj/article/viewFile/1084/1067. Acesso em: 12 out. 2017.

NICOLETO, Sônia Cristina Stefano. **As Comissões Intergestores Regionais e a Gestão Interfederativa no Norte do Paraná, 2011 a 2013.** Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Estadual de Londrina, como requisito parcial para a obtenção do título de Doutora em Saúde Coletiva. Londrina – Pr. 2015. 180f.

NOGUEIRA, Roberto Passos. Problemas de Gestão e Regulação do Trabalho no SUS**. Revista Serviços Social e Sociedade.** Editora Cortez, n. 87, 2006.

NUNES, Elisabete de Fátima Polo de Almeida et al. Força de trabalho em saúde na Atenção Básica em Municípios de Pequeno Porte do Paraná**. Saúde em Debate**. Rio de Janeiro, v. 39, n. 104, p. 29-41, jan./mar. 2015.

_____. Gestão do Trabalho em Saúde no Sistema Único de Saúde. In: ANDRADE, Selma Maffei de et al. (Org.). **Bases da Saúde Coletiva**. 2ª Ed. Londrina: Eduel, 2017, p. 187-210.

_____. O modelo estrutural de gerência pública. **Revista de Administração Pública.** Rio de Janeiro 42(2):391-410, Mar./abr. 2008.

OLIVEIRA, Catia et al. Avaliabilidade do Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica (PROVAB): desafios para gestão do trabalho. **Ciência & Saúde Coletiva,** Rio de Janeiro, v. 20, n.10, p. 2999-3010, out. 2015.

OLIVEIRA, Gustavo Justino. **Modelos Teóricos de Administração Pública**. IESDE BRASIL S.A. sd. Disponível em: https://nepmaranhao.jimdo.com/app/.../Adm+Pública++Modelos+Teóricos.pdf?t.. Acesso em: 14 jan. 2018.

OLIVEIRA, André Browne Ribeiro e; SILVA, Uilcleides Braga Da; BRUNI, Adriano Leal. Gerencialismo e desafios contemporâneos da gestão dos custos Públicos no Brasil**. Revista de Estudos Contábeis**, Londrina, v. 3, n. 5, p. 63-82, jul./dez. 2012.

OLIVEIRA, Dalila Andrade. Nova Gestão Pública e Governos Democrático-Populares: Contradições entre a Busca da Eficiência e a Ampliação do Direito à Educação. **Educ. Soc**., Campinas, v. 36, n. 132, p. 625-646, set. 2015.

OLIVEIRA, Roberta Gondim de (Org.); GRABOIS, Victor; MENDES JÚNIOR. Walter Vieira. **Qualificação de gestores do SUS.** Rio de Janeiro, RJ: EAD/Ensp, 2009. 404 p., il. P.56 e 57.

PAIM, Jairnilson Silva; TEIXEIRA, Carmen Fontes. Configuração institucional e gestão do Sistema Único de Saúde: problemas e desafios**. Ciência e saúde coletiva.** Rio de Janeiro, n. 12, supl., p. 1819-1829, nov. 2007.

PAIVA, Carlos Henrique Assunção. **A Burocracia no Brasil:** as bases da administração pública nacional em perspectiva histórica (1920-1945). HISTÓRIA, 776 São Paulo, 28 (2): 2009. P. 775-796.

PALUDO, Augustinho Vicente. **Administração Pública.** 5ª. Ed. Rev. Atual. e Ampl. Rio de Janeiro: Forense; São Paulo: Método. 2016. 637 p. Disponível em http://www.academia.edu/27254185/Administra%C3%A7%C3%A3o_P%C3%BAblica_Augustino_Paludo. Acesso em: 09 set. 2017.

PARANÁ. Secretaria de Estado da Saúde do Paraná. Disponível em: http://www.saude.pr.gov.br/arquivos/File/Manual_Selo_Bronze_2018.pdf. Acesso em: 08 ago. 2018.

_____. Sistema Único de Saúde. **Plano Diretor de Regionalização.** 2015. Disponível em: http://www.saude.pr.gov.br/arquivos/File/PDR_Compilado_Final_correcao_em_08_07_2016.pdf. Acesso em: 10 jul. 2018.

PASINI, Eliana. **Gestão:** Ouvindo os Gestores que participaram do curso de qualificação de Gestores do Sistema Único de Saúde em Rondônia. 2014. Dissertação (Programa de Mestrado Profissional em Ensino em Ciências da Saúde). Fundação Universidade Federal de Rondônia, Porto Velho, 2014.

PEREIRA, Elisabeth Teixeira de Almeida; REZENDE, Denis Alcides. Planejamento e gestão estratégica municipal: estado de caso do controle interno da prefeitura municipal de Curitiba**. Revista Economia & Gestão,** Belo Horizonte, v. 13, n. 31, jan./abr. 2013.

PIERANTONI Célia Regina; França, Tania; Garcia, Ana Cláudia, Santos, Maria Ruth. Varela, Thereza Cristina, Matusumoto, Karen dos. Gestão do trabalho e da educação em saúde. Ed.– Rio de Janeiro: CEPESC: IMS/UERJ: ObservaRH, 2012.

PIERANTONI, Célia Regina et al. Gestão do trabalho e da educação na saúde: recursos humanos em duas décadas do SUS. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 4, p. 685-704, 2008.

_____.;FRANÇA, Tania; GARCIA, Ana Claudia; DOS SANTOS, Ruth; VARELLA, Thereza Christina; MATSUMOTO, Karen dos Santos. **Gestão do trabalho e da educação em saúde.** Rio de Janeiro: CEPESC: IMS/UERJ: ObservaRH, 2012.156 p.

_____.; VARELLA, Thereza C.; FRANÇA, Tania. Recursos humanos e gestão do trabalho em saúde: da teoria para a prática. In: REGO, André F. (org.). **Observatório de recursos humanos em saúde no Brasil: estudos e análises.** Brasília: Ministério da Saúde, 2004. v. 2. p. 51-70. Disponível em: WWW.obsnetims.org.br./uploaded/24 01 20141-70. Acesso em: 09 fev. 2018.

_____.et al. Rotatividade da força de trabalho médica no Brasil**. Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 39, n. 106, p. 637-647, jul./set. 2015.

_____. et al. **Políticas de recursos humanos no sistema de saúde brasileiro: estudo avaliativo.** 2º Congresso Brasileiro de Política, Planejamento e Gestão em Saúde. Belo Horizonte, 2013.

PINTO, Isabela Cardoso de Matos; TEIXEIRA, Cármen Fontes. Formulação da Política de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde: o caso da Secretaria Estadual de Saúde da Bahia, Brasil, 2007-2008. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 27(9):1777-1788, set, 2011.

PRATES, Antonio Augusto Pereira. Administração Pública E Burocracia. Capítulo 4. In: **Sistema Político Brasileiro: uma introdução**. Org. Lúcia Avelar e Antonio Octávio Cintra. 2ª. Ed. Rio de Janeiro: Konrad-Adenauer-Stiftung; São Paulo: Unesp, 2007. 496 p.

QUEIROZ, Roosevelt Brasil. **Formação e gestão de políticas públicas**. 2. ed. revisada, Atualizada e ampliada. – Curitiba – Pr. IBPEX, 2009. 260 p.

_____. **Recursos Humanos: o capital humano das organizações.** Rio de Janeiro: Campus: Elsevier, 2009.

REZENDE, João Batista; PEREIRA, José Roberto. 4º Congresso internacional governo, gestão e profissionalização em âmbito local frente aos grandes desafios de nosso tempo. Eixo temático2: fortalecimento do governo municipal. **Gestão pública em municípios de pequeno porte: velhas questões, leis modernas e práticas patrimonialistas.** Belo Horizonte, out. 2013. Disponível emhttp://www.fjp.mg.gov.br/index.php/docman/eventos-1/4o-congresso-

internacional/eixo-2/410-2-4-fiormat-gestao-publica-em-municipios-de-pequeno-porte-velhas-format/file. Acesso em 27 jan. 2017.

_____. **Administração Pública em Municípios de Pequeno Porte do sul de Minas Gerais: velhas questões, modernas leis e práticas patrimonialistas.** 2011. Tese (Programa de Pós-graduação em Administração, área de concentração em Gestão Social, Ambiente e Desenvolvimento). Universidade Federal de Lavras, Lavras, 2011.

RIZZO, Tamiris Pereira; LACAZ, Francisco Antonio de Castro. Limites dos Planos de Cargos, Carreiras e Salários para Desprecarização das Relações de Trabalho do SUS. **Trab. Educ. Saúde**, Rio de Janeiro, v. 15 n. 2, p. 399-420, mai./ago. 2017.

RIZZOTTO, Maria Lucia Frizon et al. Força de trabalho e gestão do trabalho em saúde: revelações da Avaliação Externa do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica no Paraná. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 38, n. especial, p. 237-251, out. 2014.

ROSENBERG, Gerson; OHAYON, Pierre. **Um Novo Modelo de Gestão para as Instituições Públicas de Ciência, Tecnologia e Inovação:** o Caso da Fundação Oswaldo Cruz – Fiocruz. 30º Encontro do ANPAD. 23 a 27 de setembro de 2006. Salvador – BA.

SALLES, Helena da Motta. Município e Democracia Participativa. In. **Administração Pública Contemporânea:** Política, Democracia e Gestão. Org. Marcos Tanure Sanabio, Gilmar José dos Santos, Marcus Vinicius David. Juiz de Fora, Ed. UFJF, 2013, 246p.

SALGADO, Valéria Alpino Bigonha. **Manual de Administração Pública Democrática. Conceitos e formas de organização.** Campinas – SP: Saberes Editora, 2012. 561 p.

SALM, José Francisco; MENEGASSO, Maria Ester. Os Modelos de Administração Pública como Estratégias Complementares para a Coprodução do Bem Público. **Revista de Ciências da Administração**, Florianópolis, v. 11, n. 25, p. 97-120, set./dez. 2009.

SANO, Hironobu; ABRUCIO Fernando Luiz. Promessas e Resultados da Nova Gestão Pública No Brasil: O Caso das Organizações Sociais de Saúde em São Paulo**. Revista de Administração de Empresas,** São Paulo, v. 48, n. 3, p.64-80, jul./set. 2008. Disponível Em Http://Www.Scielo.Br/Pdf/Rae/V48n3/A07v48n3.Pdf. Acesso em 29 jan. 2018.

SANTINI, Stela Maris Lopes et al. Dos 'Recursos Humanos' à Gestão do Trabalho: Uma análise da literatura sobre o trabalho no SUS**. Trabalho Educação e Saúde**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 2, p. 538-559, mai./ago. 2017.

SANTOS, Nelson Rodrigues dos. A Reforma Sanitária e o SUS: Tendências e Desafios após 20 anos. **Revista Saúde em Debate**, Rio de Janeiro. v. 33. n. 81, p. 13-26, jan/abr. 2009.

SCHEFFER, Mario et al. **Demografia Médica no Brasil 2015**. Departamento de Medicina Preventiva, Faculdade de Medicina da USP. Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo. Conselho Federal de Medicina. São Paulo: 2015. 284 páginas. ISBN: 978-85-89656-22-1. Disponível em https://www.usp.br/agen/wp-content/uploads/DemografiaMedica30nov2015.pdf. Acesso em 21 abr. 2018.

SCHULTZ, Glauco. **Introdução à gestão de organizações.** Coordenado pela SEAD/UFRGS. Porto Alegre: Editora da UFRGS, 2016. 159 p.

SILVA, Luiz Anildo Anacleto et al. Desafios na gestão pública de saúde: realidade dos municípios de pequeno porte. **Revista Eletrônica Gestão & Saúde,** v. 5, edição especial, p.2479-95, 2014. Disponível em periodicos.unb.br/index.php/rgs/article/download/13805/9739. Acesso em 08 fev. 2018.

_____.et al. Educação permanente em saúde e no trabalho de enfermagem: perspectiva de uma práxis transformadora. **Revista Gaúcha de Enfermagem,** Porto Alegre, v. 31, n. 3, p. 557-6, set. 2010.

SODRÉ, Francis et al. Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares: um novo modelo de gestão?. **Serviço Social e Sociedade**, São Paulo, n. 114, p. 365-380, abr./jun. 2013.

SOUZA, Helton Saragor de. **A interpretação do trabalho em enfermagem no Capitalismo Financeirizado:** um estudo na perspectiva teórica do fluxo tensionado. Dissertação apresentada ao programa de Pós-Graduação em Saúde Pública da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo para obtenção do título de mestre em ciências. São Paulo, 2015. 238 p.

STROSCHEIN, Karina Amadori; ZOCCHE, Denise Antunes Azambuja. Educação permanente nos serviços de saúde: um estudo sobre as experiências realizadas no Brasil. **Trabalho Educação Saúde,** Rio de Janeiro, v. 9 n. 3, p. 505-519, nov.2011/fev. 2012.

TCE-PR. **Tribunal de Constas do Estado do Paraná.** Disponível em: http://www1.tce.pr.gov.br/noticias/terceirizacao-de-mao-de-obra-integra-despesa-com-pessoal/2750/N. Acesso em 12 nov. 2017.

TCU. Tribunal de contas da União. **Acórdão 2444/2016 /TCU,** de 21/09/2016,. Disponível em: http://portal.tcu.gov.br/imprensa/noticias/contratacao-de-terceiro-setor-nao-esta-nos-limites-de-gastos-com-pessoal-1.htm, Acesso em: 12 nov. 2017.

TORRES, Marcelo Douglas de Figueiredo. **Estado, democracia e administração pública no Brasil.** Rio de Janeiro: FGV. 2004, 224p.

VAITSMAN, Jeni. Gerencialismo, cultura e expectativas entre servidores públicos de saúde. **Revista de Administração Pública,** Rio de Janeiro, v. 35, n.1, p. 29-47, jan./Fev. 2001.

VIANA, Laplaca Viana. **Gestão do Trabalho em Saúde: revisão da literatura por meio de scoping review.** 2013. Tese (programa de pós-graduação em Saúde Pública). Faculdade de Saúde Pública. Universidade de São Paulo, São Paulo, 2013.

VIDOR, Ana Cristina; FISHER, Paul Douglas; BORDIN, Ronaldo. Utilização dos sistemas de informação em saúde em municípios gaúchos de pequeno porte. **Revista Saúde Pública,** São Paulo, v. 45, n. 1, p. 24-30, fev. 2011.

VIEIRA, Swheelen de Paula et al. Planos de carreira, cargos e salários no âmbito do Sistema Único de Saúde: além dos limites e testando possibilidades. **Saúde Debate.** Rio de Janeiro, v. 41, n. 112, p. 110-121, jan./mar. 2017.

WAGNER, Gastão. **Uma Política de Pessoal para o SUS-Brasil-Contribuição para o Debate do Abrascão 2018**. Ensaios & Diálogos. Disponível Em: Https://Www.Abrasco.Org.Br/Site/Wp-Content/Uploads/2017/11/Ensaios-Di%C3%81logos-5_Artigo-1.Pdf. Acesso em: 12 jan. 2018.

WARGAS, Tatiana. A Saúde como política pública. In. Lucchese, Patrícia T. R. **Políticas públicas em Saúde Pública.** Coord. Dayse Santos Aguiar, Tatiana Wargas, Luciana Dias de Lima, Rosana Magalhães, Giselle Lavinas Monerat. São Paulo: BIREME/OPAS/OMS, 2004.90 p.

WEBER, Max. **O que é a burocracia?** Versão traduzida em português. Conselho Federal de Administração. Disponível em www.cfa.org.br/.../o-que-e-a-burocracia/livro_burocracia_diagramacao_final.pdf. Acesso em: 27 set. 2017 (sd).

_____. **Economia e sociedade: fundamentos da sociologia compreensiva.** Tradução de Regis Barbosa e Karen Elisabete Barbosa; Revisão técnica de Gabriel Cohn - Brasília, DF: Editora Universidade de Brasília: São Paulo: Imprensa Oficial do Estado de São Paulo, 1999. 586 p.

_____. Os fundamentos da organização burocrática: Uma construção do tipo ideal. In. **Sociologia da Burocracia.** Org. Edmundo Campos. 4ª. Ed. Zahar Editores. Rio de Janeiro: Zahar Editores, 1978.

ZORRINHO, Carlos. **Serviço Público Para Uma Cultura De Gestão Na Administração Pública.** 2001. Disponível em: Http://Dspace.Uevora.Pt/Rdpc/Bitstream/10174/2514/1/Recriar%20o%20servi%C3%A7o%20p%C3%Bablico%20junho%202001.Pdf. Acesso em: 28 set. 2017.

APÊNDICES

APÊNDICE A

TERMO DE AUTORIZAÇÃO INSTITUCIONAL

Londrina, 12 de junho de 2013.

Ilmo(a) Sr.(ª)
Secretário(a) Municipal de Saúde de _____
Prezado(a) Senhor(a):

Estamos realizando uma pesquisa intitulada: **A gestão do trabalho no SUS em Municípios de Pequeno Porte do Paraná a partir do olhar da Equipe Gestora.** Esta pesquisa conta com a participação de docentes e alunos de graduação e pós-graduação da Universidade Estadual de Londrina e de profissionais de 16ª, 17ª, 18ª, 19ª e 22ª Regionais de Saúde, foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UEL e aprovada e financiada pela Fundação Araucária.

O objetivo desse estudo é o de analisar o processo de gestão do trabalho no SUS em pequenos municípios, a partir da percepção da equipe gestora. Cabe destacar que a gestão em saúde e da sua força de trabalho em municípios de pequeno porte é complexa e pouco pesquisada empiricamente. Pode-se dizer que o desenvolvimento do SUS passa necessariamente pelo desenvolvimento da gestão. E para este desenvolvimento é fundamental o conhecimento do que ocorre neste campo. Desta forma, esta pesquisa oportunizará compreender este processo, bem como contribuir para o desenvolvimento de tecnologias de gestão em saúde.

Para tanto, solicitamos a autorização de V.SA., para coletar os dados junto aos profissionais que compõe as equipes de gestão de seu município.

Em caso de dúvidas, estarei à disposição para esclarecê-lo(a) pelos telefones (43) 33712398, (43) 99966597.

Atenciosamente

Brígida Gimenez Carvalho
Coordenadora da Pesquisa

Ciente e de acordo:
Secretario(a) Municipal de Saúde de _____
Data: _____/_____/_____.

APÊNDICE B

Identificação da Equipe Gestora pelo(a) Secretário(a) Municipal de Saúde

Nome:_____

Município em que é Secretário Municipal de Saúde:_____

Regional de Saúde:_____Data: ____/____/_____.

Informe o nome das pessoas que exercem as atividades abaixo listadas:

Operação do Fundo Municipal de Saúde:_____

_____

Operação dos Sistemas de Informação:_____

_____

_____

Responsável pela área de RH:_____

_____

Responsável pela Vigilância Sanitária:_____

_____

Responsável pela Epidemiológica:_____

_____

Gerência dos Serviços de Saúde:_____

_____

Coordenação de Programas: _____

_____

_____

Coordenação da Estratégia Saúde da Família:_____

_____

Responsável pela Regulação ou contato com outros serviços (agendamentos de exames e consultas especializadas, etc): :_____

_____

Responsável pelo Planejamento e Avaliação:_____

APÊNDICE C

INSTRUMENTO PARA CARACTERIZAÇÃO DA EQUIPE GESTORA

1.Município_____ **RS**_____: **DATA**:___/___/___

2. **Iniciais do entrevistado**:

3. **Idade**: _____anos

4. **Fone**:

5. **Sexo:** (1)F(2)M

6. **Formação:**
(1)Ensino fundamental (1º grau) incompleto
(2)Ensino fundamental (1º grau) completo
(3)Ensino médio (2º grau) incompleto
(4)Ensino médio (2º grau) completo
(5)Superior incompleto
(6)Superior completo
(7)Pós graduação

7. Tem ou está cursando o ensino superior?
(1) Sim
(2) Não

8.**Qual (s) curso(s) de graduação?**_____

9. **Se tem pós-graduação, qual o curso**?

Residência ou Especialização:
1) _____
2)_____
Mestrado: _____
Doutorado: _____

10.**Há quanto tempo você trabalha na área da saúde?** _____meses

11.**Qual é a modalidade de sua admissão?**

(1)Estatuto do Servidor Público
(2)Contrato temporário
(3)Convênio/terceirizado com associação comunitária, ONG, OSCIP (CLT)
(4)Prestação de serviços/Autônomo
(5)Cargo Comissionado
(6)CLT (vinculo municipal)
(7)Outras(especificar):_____
(8) Não Sabe

12. **Você ingressou neste emprego através de:**
(1) Concurso Público (2) Teste seletivo (3) Indicação (4) Entrevista
(5)Curriculum Vitae (6)Outra forma: (digitar) _____

13. **Tem Plano de Carreira no município?**
(1) Sim (2) Não (3) Não Sabe

14.**Qual a sua carga horária semanal contratada**: _____horas/semana

15. **Qual a carga horária semanal que você cumpre**: _____horas/semana

16. **Qual sua remuneração mensal bruta pelo seu trabalho (que recebeu no último mês)**?
R$_____

17. **Possui outro vínculo de trabalho?**
(1) Sim (2) Não

18. **Se sim, especifique:** (função, instituição, carga horária semanal, há quanto tempo, tipo de vínculo).
_____
_____

19. **Função exercida atualmente no município: (Preencher com sim ou não)**

Sim ou Não	FUNÇÕES
	Secretário(a) de Saúde
	Responsável pela Vigilância Epidemiológica
	Gerenciado fundo municipal de saúde
	Coordenador de hospital
	Coordenador de clínica
	Coordenador de UBS
	Responsável pelo SIM
	Responsável pelo SAI
	Responsável pelo SIH
	Responsável pelo SINASC
	Responsável pelo SIPNI
	Responsável pelo SIAB
	Responsável pelo SISCAT
	Responsável pelo SISVAN
	Responsável pelo SINAN
	Coordenação da Estratégia Saúde da Família/PSF ou APS
	Responsável pela área de Recursos Humanos
	Responsável pelo planejamento e avaliação de ações e serviços (Plano Mun.Saúde, RAG, COAP);
	Responsável pela Vigilância Sanitária
	Responsável por agendamentos de exames e/ou consultas especializadas, etc;
	Coordenação da Saúde Bucal
	Coordenação da Saúde Mental
	Coordenação pela Assistência Farmacêutica
	Responsável por compras e licitações
	Outra (digitar)

20. Você foi nomeado formalmente para o exercício dessa função?
(1) Sim (2) Não (3) Não sabe

21. **Além de seu salário, o município lhe paga algum outro valor como incentivo para o exercício desta função?**
(1)Sim (2)Não (3) Não sabe

22. **Como foi a indicação para a função que exerce na gestão no município?**
(1)Indicado pelo prefeito
(2)Indicado pelo secretário de saúde
(3)Outra forma (especificar): _____

23. Há quanto tempo exerce esta função no município? _____ meses

24. **Se sente preparado para desempenho desta função?**
(1) Integralmente (2) Parcialmente (3) Não

25. Se sim, o preparo foi obtido:

( ) Por curso?Qual_____

( ) Por experiência anterior, qual? _____

( ) De outra maneira, qual?_____

26. Já exerceu este ou outra função de gestão neste ou em outro município/serviço?
(1) Sim (2) Não

27. Se sim, qual (is) cargo (s), por quanto tempo e onde?

30. Conhece os seguintes instrumentos de Gestão?	(1) Sim	(2) Não
a) Plano Municipal de Saúde		
b) Programação Anual de Saúde		
c) Relatório Anual de Gestão		
d) SISPACTO		
e) Relatório quadrimestral de prestação de contas em audiência pública		
f) Contrato Organizativo da Ação Pública		
g) Plano Plurianual		
h)Lei de Diretrizes Orçamentárias		
i)Lei Orçamentária Anual		

28. Local de atuação?
(1) Secretaria Municipal de Saúde (2) Prefeitura

29. Observações: _____

31.Participou da elaboração/discussão desses instrumentos?	(1) Integral	(2)Parcial	(3) Não participou	(4) Não se aplica
a) Plano Municipal de Saúde				
b) Programação Anual de Saúde				
c) Relatório Anual de Gestão				
d) SISPACTO				
e) Relatório quadrimestral de prestação de contas em audiência pública				
f) Contrato Organizativo da Ação Pública				
g)Plano Plurianual				
h)Lei de Diretrizes Orçamentárias				
i)Lei Orçamentária Anual				

32. Qual o objetivo dos instrumentos de gestão? (PMS, RAG, SISPACTO, PAS, RQPC)	(1) Sim	(2) Não	(3) Não se aplica
(1) Definir e planejar ações			
(2) Atingir metas			
(3) Orientar a aplicação de recursos			
(4) Elaboração de diagnósticos			
(5) Territorialização			
(6) Levantamento de necessidades			
(7) Implementação de políticas			

33. Como foi sua participação? (PMS, RAG, SISPACTO, PAS, RQPC)	(1) Sim	(2) Não	(3) Não se aplica

(1) Proposição de ações e metas			
(2) Fornecimentos de dados			
(3)Discussão de conteúdo e forma			
(4)Redação do documento			
(5)Apresentação e divulgação			
(6)Acompanhamento e monitoramento			

34. No seu município estão em desenvolvimento:	(1) Sim	(2) Não	(3) Não sabe
Estratégia Saúde da Família			
Programa Nacional de Melhoria do Acesso e Qualidade da Atenção Básica			
Programa de Qualificação da Atenção Primária à Saúde			
Núcleo de Apoio ao Saúde da Família			
Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica – PROVAB			
Mais Médicos			
VIGIASUS			
Redes Atenção Materno Infantil			
Redes de Urgência e Emergência			
Rede de Saúde Mental			
Rede de Doenças Crônicas			
Rede de Atenção ao Deficiente Físico			
Outros (especificar)			

APÊNDICE D

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

PESQUISA: “A gestão do trabalho no SUS em Municípios de Pequeno Porte do Paraná a partir do olhar da Equipe Gestora”

Você está sendo convidado a participar como voluntário em uma pesquisa sobre a “A gestão do trabalho no SUS em Municípios de Pequeno Porte do Paraná a partir do olhar da Equipe Gestora”, que tem como objetivo analisar a gestão em saúde a nível municipal de acordo com a percepção da equipe gestora. Trata-se de um estudo investigativo e é referente a projeto de pesquisa da Universidade Estadual de Londrina (UEL). No caso de aceitar fazer parte da mesma, você deverá responder a um questionário e/ou entrevista, que não terá sua identificação, e não lhe trará qualquer custo financeiro.

Sua participação será de grande valor para melhor entendimento da gestão em saúde a nível municipal. Gostaríamos de acrescentar que você terá todas as suas dúvidas esclarecidas, bem como o sigilo das informações garantido e que também poderá desistir de participar da pesquisa no momento que ler o questionário e se sentir constrangido com alguma de suas questões. As conclusões que resultarão desta pesquisa serão apresentadas em instâncias públicas como congressos, periódicos e afins garantindo o anonimato dos entrevistados.

Em caso de dúvidas, você poderá esclarecê-las com o coordenador da pesquisa, docente Brígida Gimenez Carvalho pelo telefone (43) 33712398, ou contatar com o Comitê de Ética em Pesquisa através do telefone (43)3371-2490, às quintas-feiras, no período matutino. Você tem a liberdade de aceitar ou não responder ao questionário ou a quaisquer questões que lhe constranjam.

Eu_____de declaro que, após conveniente esclarecimento pelas pesquisadoras responsáveis e de ter compreendido com clarezas suas finalidades, procedimentos metodológicos e o destino final das informações recolhidas, consinto em participar livremente do estudo a que se refere este consentimento informado.

_____,___,_____de 2013.

_____
Dr. Brígida Gimenez Carvalho

_____
Pesquisado

ANEXO

ANEXO A - Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos nº 146/2012

Universidade Estadual de Londrina

PARANÁ

COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA ENVOLVENDO SERES HUMANOS
Universidade Estadual de Londrina
Registro CONEP 5231

Parecer CEP/UEL:	146/2012
CAAE:	06099412.3.0000.5231
Processo:	20860/2012
Pesquisador(a):	João José Batista de Campos
Unidade/Órgão:	CCS - Departamento de Saúde Coletiva

Prezado(a) Senhor(a):

O "**Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos da Universidade Estadual de Londrina**" (Registro CONEP 5231) – de acordo com as orientações da Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde/MS e Resoluções Complementares, avaliou o projeto:

"A gestão do trabalho no SUS em Municípios de Pequeno Porte do Paraná a partir do olhar da Equipe Gestora"

Situação do Projeto: **Aprovado**

Informamos que deverá ser comunicada, por escrito, qualquer modificação que ocorra no desenvolvimento da pesquisa, bem como deverá ser encaminhado ao CEP/UEL relatório final da pesquisa, conforme prevê a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde/MS e Resoluções Complementares.

Londrina, 14 de setembro de 2012.

Profa. Dra. Alexandrina Aparecida Maciel Cardelli
Coordenadora do Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos
Universidade Estadual de Londrina