



Trabalho, Educação e Saúde

ISSN: 1678-1007

ISSN: 1981-7746

Fundação Oswaldo Cruz, Escola Politécnica de Saúde
Joaquim Venâncio

Rizzo, Tamiris Pereira; Lacaz, Francisco Antonio de Castro
LIMITES DOS PLANOS DE CARGOS, CARREIRAS E SALÁRIOS
PARA DESPRECARIZAÇÃO DAS RELAÇÕES DE TRABALHO NO SUS
Trabalho, Educação e Saúde, vol. 15, núm. 2, 2017, Maio-Agosto, p. 00
Fundação Oswaldo Cruz, Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio

DOI: 10.1590/1981-7746-sol00066

Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=406756957004>

- ▶ Como citar este artigo
- ▶ Número completo
- ▶ Mais informações do artigo
- ▶ Site da revista em redalyc.org

UNEM redalyc.org

Sistema de Informação Científica Redalyc
Rede de Revistas Científicas da América Latina e do Caribe, Espanha e Portugal
Sem fins lucrativos acadêmica projeto, desenvolvido no âmbito da iniciativa
acesso aberto

LIMITES DOS PLANOS DE CARGOS, CARREIRAS E SALÁRIOS PARA DESPRECARIZAÇÃO DAS RELAÇÕES DE TRABALHO NO SUS

LIMITS OF THE POSITION, CAREER, AND WAGE PLANS FOR THE IMPROVEMENT OF LABOR RELATIONS IN THE UNIFIED HEALTH SYSTEM

LÍMITES DE LOS PLANES DE CARGOS, CARRERAS Y SALARIOS PARA LA DESPRECARIZACIÓN DE LAS RELACIONES DE TRABAJO EN EL SISTEMA ÚNICO DE SALUD

Tamiris Pereira Rizzo¹

Francisco Antonio de Castro Lacaz²

Resumo O estudo objetivou avaliar o papel do plano de cargos, carreiras e salários do Sistema Único de Saúde de Guarulhos, no estado de São Paulo, como possível instrumento de desprecarização das relações de trabalho, segundo preconiza o Ministério da Saúde. A investigação, realizada entre 2013 e 2014, baseou-se na coleta e análise de conteúdo de entrevistas realizadas com gestores e grupo focal de trabalhadores da saúde. Observou-se que o plano de cargos, carreiras e salários possui forte viés técnico-administrativo, compreendido como instrumento para organização do quadro de trabalhadores em cargos/funções nos equipamentos de saúde. Ressalta-se que iniciativas que poderiam promover fixação e valorização profissional no intuito de uma carreira sofreram restrições orçamentárias que comprometeram sua aplicação nos termos da lei. A contratação nele prevista por meio de concurso público incluiu apenas os trabalhadores da administração direta, tendo sido concomitante à sua implantação a contratação de recursos humanos por meio de parcerias públicas não estatais. Concluiu-se que o plano de cargos, carreiras e salários é uma ferramenta importante, porém limitada, para a desprecarização do trabalho no Sistema Único de Saúde, havendo a necessidade de ampliação de discussões sobre os efeitos da Reforma Administrativa de Estado na saúde e seus impactos na organização da força de trabalho e do próprio conceito de trabalho precário, vinculado apenas à observância de direitos trabalhistas e sociais.

Palavras-chave trabalho precário; plano de cargos, carreiras e salários; gestão do trabalho em saúde; Sistema Único de Saúde.

Abstract The study aimed to evaluate the role played by the Unified Health System's position, career, and wage plan in Guarulhos municipality, in the state of São Paulo, Brazil, as a possible tool to improve labor relations, as recommended by the Ministry of Health. The research carried out between 2013 and 2014 was based on the collection and the analysis of the content of interviews conducted with managers and health worker focus groups. It was noted that the position, career, and wage plan has a strong technical and administrative bias, being seen as a tool for organizing workers in positions/jobs at health service locations. It is emphasized that initiatives that could promote professional fixation and development towards a career were affected budgetary restrictions that have compromised their application under the law. Hiring under it, which takes place via a public contest, included only direct administration employees, and the hiring of human resources through non-state partnerships was concomitant with its implementation. It was concluded that the position, career and wage plan is an important, albeit limited tool to improve work in the Unified Health System, and it is necessary to expand discussions on the effects of the State's Administrative Reform in health and its impacts on the organization of the workforce and on the concept of precarious work, linked only to the observance of labor and social rights.

Keywords precarious work; position, career and wage plan; management of work in health; Unified Health System.

Introdução

O estabelecimento de planos de cargos, carreiras e salários (PCCSs) no Sistema Único de Saúde (SUS) foi assumido pela 8ª Conferência Nacional de Saúde (CNS) como uma política essencial para os trabalhadores do SUS, que veio a ser estabelecida pela lei n. 8.080/1990 (Brasil, 1990).

A 8ª Conferência, em consonância com os princípios e diretrizes do SUS, apontava como fundamental para a ampliação e a estruturação do novo sistema de saúde que surgia uma política que oferecesse, por meio da admissão via concurso público, estabilidade no emprego; direito de greve e sindicalização; cumprimento de carga horária e estímulo à dedicação exclusiva; formação integrada ao sistema de saúde; capacitação permanente e estabelecimento de plano de cargos e salários (Brasil, 1986).

Segundo Nogueira (2010a), a grande diversidade das novas tarefas atribuídas ao recém-criado SUS pela lei federal n. 8.080/1990 exigia uma ampliação substantiva do estoque dos recursos humanos, especialmente nos municípios. Esperava-se, assim, que os anos 1990 inaugurassem a regulação das relações de trabalho de acordo com as normas constitucionais recém-promulgadas, organizando o regime de trabalho dos servidores da saúde, suas carreiras e os processos de ingresso por meio de concurso.

No entanto, a década de 1990 foi o palco do projeto de implantação da Reforma Administrativa de Estado iniciada em 1995, na presidência de Fernando Henrique Cardoso, a qual também incidiu sobre a saúde e visava, entre outros objetivos, reconfigurar o papel do Estado, 'enxugando' sua máquina administrativa, de modo a restabelecer e reconfigurar suas funções, avançando na compreensão 'gerencialista' de Estado (Bresser-Pereira, 1998).

Na mesma época, o próprio Banco Mundial recomendava a adoção de várias diretrizes para a regulação do setor saúde: reduzir investimentos na assistência médica de média e alta complexidades; focalizar os serviços no atendimento às populações mais pobres; priorizar ações de prevenção; definir prioridades mediante análise da relação custo/benefício; promover reformas institucionais e nos mecanismos de financiamento de modo a propiciar maior descentralização, com a mobilização de recursos privados, adoção do repasse de recursos para as populações mais pobres e utilização de técnicas de gestão modernas (Rizotto, 2000).

Tal cenário acabou favorecendo o desinvestimento nas instituições públicas e estatais de saúde, não só permitindo a implementação de políticas de saúde destinadas aos mais pobres, mas também criando o terreno ideal para justificar, pelo viés da má administração e da baixa qualidade, a entrega da gerência dos serviços públicos de saúde à iniciativa privada (Laurell, 1995). Observou-se um processo tumultuado de

Desconstrução da capacidade administrativa e reguladora do Estado, realizada sob o pressuposto de que os serviços públicos padeciam de um excesso de funcionários e que havia uma elite que desfrutava de salários abusivos. Com seus planos de demissão de pessoal e suas medidas de diminuição do tamanho da máquina estatal, o governo Collor instaurou um clima político e ideológico desfavorável à valorização e expansão da força de trabalho na administração pública, o que seria uma condição indispensável ao cumprimento da missão do SUS nas esferas estaduais e municipais (Nogueira, 2010a, p. 48).

Dentre as principais diretrizes do Plano Diretor da Reforma Administrativa de Estado para gestão pública e políticas de pessoal, estava a implementação da emenda constitucional n. 19/1998, que fixava: autonomia gerencial nas entidades públicas não estatais por meio de contratos de gestão; criação de vínculo de emprego público, regido pela Consolidação das Leis do Trabalho (CLT), com trabalhadores admitidos por processo seletivo público; estágio probatório de três anos para qualquer servidor ou empregado público admitido, com avaliação de desempenho como requisito para efetivação no cargo; possibilidade de demissão por insuficiência de desempenho e por excesso de despesas, avaliado segundo limites fiscais; e fixação de limites legais para despesas com pessoal por meio da Lei de Responsabilidade Fiscal, a lei complementar n. 101/2000 (Nogueira, 2010a, 2010b).

Os constrangimentos orçamentários impostos tanto pela emenda constitucional n. 29/2000 – que regulamentava o ‘pacote mínimo’ de recursos a serem destinados para o setor saúde – quanto pela Lei de Responsabilidade Fiscal (n. 101/2000) conformaram uma situação ideal para o favorecimento da pactuação de distintos contratos de gestão firmados pela administração direta nos municípios e estados com entes privados, públicos não estatais ou filantrópicos, para o fornecimento de serviços – e, conseqüentemente, para o crescimento das contratações intermediadas, por terceiros, de pessoal para os serviços públicos de saúde municipais (Nogueira, 2010a).

A expansão mais significativa de recursos humanos no SUS deu-se acompanhada por contratos espúrios de trabalho. Estudos como o *Avaliação normativa do Programa Saúde da Família no Brasil: monitoramento da implantação e funcionamento das equipes de saúde da família*, realizado em 2001/2002 pelo Departamento de Atenção Básica (DAB) do Ministério da Saúde (MS), identificou que cerca de 20% a 30% de todos os trabalhadores inseridos nessa estratégia apresentavam vínculos precários de trabalho (Brasil, 2004). Ainda segundo dados do DAB/MS, em novembro de 2005, dos 206.564 agentes comunitários de saúde (ACSs) em atividade no país, a grande maioria recebia o equivalente a um salário mínimo, apresentava inserção precária no sistema de saúde e encontrava-se desprotegida em relação à legislação trabalhista (Brasil, 2006).

Com base nesses estudos, o trabalho precário passa a ser considerado como uma situação em que os trabalhadores possuem vínculos que não garantem direitos trabalhistas e previdenciários consagrados em lei, seja pela administração direta, seja pela indireta. Alguns exemplos envolvem contratos temporários, contratos informais, contratos verbais, dentre outras modalidades. No caso do Programa Saúde da Família, por exemplo, lideravam as formas de vínculo as contratações temporária, celetista, por prestação de serviços e o trabalho informal, seguidos de outras formas de vinculação (Brasil, 2006).

Nesse cenário caótico, foi proposto o Programa Nacional de Desprecarização do Trabalho no SUS (DesprecarizaSUS), criado pela portaria n. 2.692 GM/MS, de 23 de dezembro de 2004 (Brasil, 2006), de responsabilidade da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde (SGTES) do MS, criada durante o primeiro ano do governo Lula, em 2003. Entre alguns dos objetivos do programa estavam: fixar diretrizes e cadastramento dos trabalhadores em situação precarizada; monitorar as formas de substituição do trabalho precarizado, bem como dimensionar e estipular a realização de concurso público nas três esferas de governo e elaboração de diretrizes para o PCCS no âmbito do SUS (Brasil, 2006).

Considera-se fundamental expor que o entendimento sobre a natureza do processo de trabalho em saúde e eventuais referenciais relativos à sua precarização é tema de intensos debates e elaborações no interior da saúde coletiva, que extrapolam a compreensão da precarização apenas como a inobservância de vínculos trabalhistas e previdenciários (Ayres, 2004; Cecílio e Matsumoto, 2006; Merhy, 2002).

Como referencial teórico para análise do processo de trabalho em saúde e possíveis elementos para sua precarização, utilizam-se as elaborações que situam esse processo de trabalho nos marcos de uma prática social, vinculada historicamente e socialmente às distintas compreensões do processo saúde-doença, necessidades de saúde das populações e formas de organização da atenção à saúde (Donnangelo, 1975; Cordeiro, 1981; Mendes-Gonçalves, 1992).

Assumem-se como componentes constituintes da análise do trabalho em saúde, após o advento do SUS, suas dimensões relativas às políticas de saúde, aos arranjos organizacionais e da gestão do trabalho em saúde alicerçadas na universalidade, equidade, participação popular e democratização (Campos, 1992; Benevides e Passos, 2005; Fleury, 2008; Paim, 2008). Acrescenta-se a esses constituintes sua dimensão vinculada às práticas e cuidados em saúde, baseada nas relações estabelecidas entre profissionais, usuários e comunidade, em uma percepção que coloque em foco a integralidade, o acolhimento, a centralidade do cuidado e a busca pela autonomia dos sujeitos e comunidades (Merhy, 1997; Nogueira, 2003; Ayres, 2006).

Segundo Lacaz (2000), questões como a autonomia de decisão dos profissionais, a responsabilização individual ou coletiva, a carga de trabalho e as relações de poder dentro das equipes – que podem ou não propiciar o surgimento de relações intersubjetivas protetoras ou nocivas à saúde desses trabalhadores – constituem temas fundamentais a serem enfrentados para a integralidade do cuidado e para a saúde dos trabalhadores da saúde.

Do ponto de vista da gestão do trabalho em saúde no SUS, o estabelecimento de PCCSs que preconizam a capacitação e a educação permanente; mesas de negociação para subsidiar o processo decisório e de representação; formas de contratação e ingresso, progressão, fixação e critérios de avaliação, segundo o Programa DesprecarizaSUS (Brasil, 2006), deveriam estar em consonância com as dimensões e os objetivos do processo de trabalho em saúde.

Assim, objetivou-se estudar a situação vivida pelos servidores da Secretaria Municipal de Saúde (SMS) de Guarulhos. Localizado na região metropolitana, além de ser um dos municípios mais populosos do estado e possuir a oitava maior economia do país, tem uma importante rede de saúde pública, abarcando cerca de 9.500 profissionais da saúde (Lacaz et al., 2014). Ademais, o município implantou o PCCS em 2008, por meio do projeto de lei n. 6.359, aprovado em 3 de abril de 2008, revisado nos termos da lei n. 6.820/2011 (Guarulhos, 2008a).

A assistência à saúde no município está organizada com base em quatro regiões de saúde e a força de trabalho em saúde no município era composta, em 2011, por cerca de 9.500 profissionais, com trabalhadores alocados na administração direta municipal, trabalhadores municipalizados contratados pelos governos estadual e federal e trabalhadores contratados por instituições parceiras, por meio de convênios ou contratos de prestação de serviços (Guarulhos, 2011a; Lacaz et al., 2014).

Ao se levar em consideração os dados de 2011, pode-se afirmar que as contratações pela administração direta representavam 68% da força de trabalho da SMS de Guarulhos e localizavam-se prioritariamente na atenção básica. Já as contratações com a intermediação de terceiros (parceiros/contratadas/conveniadas) localizados prioritariamente nos serviços de média e alta complexidades chegavam a 24,5% do total de trabalhadores da saúde, sendo que somente as organizações sociais na gestão da saúde respondiam por 64% de toda a força de trabalho contratada por meio de intermediários (Guarulhos, 2011a; Lacaz et al., 2014).

Diante de tal realidade, o estudo aqui apresentado propôs a reflexão, com base na experiência de Guarulhos, sobre os aspectos potencialmente favoráveis do PCCS como possível ferramenta para a desprecarização do trabalho no SUS.

Percurso metodológico

A investigação baseou-se na realização de entrevistas semiestruturadas com dois representantes da equipe de gestão do Departamento de Recursos Humanos da SMS de Guarulhos e em quatro grupos focais (GFs) com os trabalhadores de saúde da rede municipal, entre 2013 e 2014.

As entrevistas com os gestores foram gravadas e posteriormente transcritas. As questões buscavam identificar suas opiniões com relação ao PCCS, incluindo as questões: como foram as discussões para a elaboração do plano? Qual era a expectativa da gestão da Secretaria Municipal de Saúde na produção desse plano e como foi sua implantação? Como foi avaliado o desenho das carreiras e os mecanismos de valorização do trabalho e das equipes multiprofissionais nessa ferramenta?

Os GFs foram realizados com quatro categorias profissionais, diretamente envolvidas na assistência na atenção básica e que numericamente compõem os maiores contingentes no quadro de pessoal das SMSs: enfermeiros, auxiliares de enfermagem, ACSs e servidores administrativos, que se encarregam da recepção de usuários nos serviços, além de executarem outras atividades administrativas. Estava também previsto um GF com os profissionais médicos, o qual não foi efetivado pela falta de quórum.

Os grupos focais tiveram duração aproximada de uma hora e meia cada, compostos por três a 15 integrantes e desenvolvidos por um coordenador, um observador e um apoiador técnico, sendo realizados fora do ambiente de trabalho. O conteúdo das falas dos participantes dos GFs foi gravado e posteriormente transcrito. Perguntas norteadoras dos GFs abordaram descrição do trabalho; sentido/significado das tarefas realizadas; relação com o gestor/direção e com colegas; reconhecimento do trabalho realizado pelo gestor e usuários; eventuais mudanças observadas ao longo do tempo e repercussões dessas mudanças; possibilidades de interferir nas condições e organização do trabalho e o enfrentamento/resistência a elas.

A análise do material colhido apoiou-se na metodologia qualitativa apoiada no referencial da análise de conteúdo (AC) proposto por Bardin (1995).

Respeitaram-se as três etapas de organização da AC: pré-análise; exploração do material; tratamento dos resultados e interpretação. Na sequência, realizou-se a leitura flutuante do material das transcrições. Posteriormente, os dados brutos do texto expressos nas falas dos participantes foram codificados, o que permitiu atingir-se uma representação do conteúdo segundo um processo dedutivo. Nesse momento da análise, surgiram os núcleos temáticos que emergiram do material analisado, mas que também atenderam a critérios relativos à matriz teórica e aos objetivos da pesquisa. Por fim, atribuíram-se os núcleos de sentido a cada tema, buscando-se o aprofundamento das diferentes opiniões e percepções dos participantes (Bardin, 1995).

Os participantes assinaram termo de consentimento livre e esclarecido, e o projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de São Paulo (Unifesp), sob o número 11795612.0.0000.5505.

A visão dos gestores e profissionais da saúde sobre o PCCS

As entrevistas com os responsáveis pela gestão de pessoal e a realização dos GFs abrangeram diversas questões. Apresentamos aqui as mais relevantes aos objetivos propostos, que incluíram as expectativas em torno do PCCS por parte dos gestores e trabalhadores e as relações entre as condições e o sentido atribuído ao trabalho pelos profissionais de saúde (Quadro 1).

Quadro 1

Sistematização da análise das entrevistas com gestores e dos grupos focais com os trabalhadores da saúde de Guarulhos	
Núcleos temáticos comuns	Núcleos de sentido
1. Expectativas com o PCCS	Previsibilidade na carreira e valorização
2. Sentido do trabalho	Alienação e fragmentação
3. Condição e gestão do trabalho	Sobrecarga de trabalho e assédio

Fonte: Os autores.

Nota: PCCS - Plano de cargos, carreiras e salários.

A gestão do Departamento de Recursos Humanos em Saúde de Guarulhos compreendia as expectativas no momento da elaboração do plano como centralmente vinculadas ao núcleo de sentido da previsibilidade da carreira. Esta era entendida como aspecto prioritariamente técnico-administrativo/orçamentário da organização do quadro de pessoal e no atendimento das demandas de cargos/funções profissionais, de acordo com as necessidades de captação/fixação profissional conforme as demandas dos equipamentos de saúde – o que se evidenciou na seguinte fala:

Pra nós, o plano organiza. Organiza com um contrato, com um salário. Concretamente. Como a que pessoa evolui? Como a gente deve gratificar? A pessoa está atuando onde? Fazendo o quê? Como que a gente gratifica isso? Então, muito técnico. Como ele [o plano] não tinha uma viabilidade financeira, a gente não ia poder fazer aquilo que a gente gostaria. Mas muitas vezes não é possível atender à expectativa de quem é a pessoa que vai se beneficiar com o plano, isso é muito difícil para qualquer empregador. E aí não importa se é público ou privado. Porque nossas expectativas mudam a cada dia (Gestor A).

Em última instância, o interesse de permanecer, evoluir e construir uma perspectiva de carreira profissional dentro do serviço público foi demonstrado como um sentido comum de obtenção de previsibilidade na carreira entre gestores e trabalhadores. Sem dúvida, apontou para o interesse na busca de formas mais estáveis e transparentes de vinculação com o serviço público de saúde, como se pôde inferir de fala extraída do GF realizado com os profissionais da enfermagem:

Eu trabalhava por parceria, aí o novo secretário acabou com as parcerias. Aí graças ao meu bom Deus eu tinha feito um concurso e consegui voltar, muitos não voltaram. Hoje, por eu estar dentro, eu considero que foi uma mudança para melhor. Porque tirou das mãos de pessoas que ganhavam dinheiro, enfim, e colocou pessoas concursadas que, a meu ver, é o mais correto (Enfermeira B).

No entanto, as expectativas em torno do PCCS não se restringiam a buscar formas mais transparentes e legítimas de entrada no serviço público mediante processo seletivo e estabelecimento de vínculos assim entendidos como não precários de trabalho. Ao se considerar o núcleo de sentido da valorização, expresso sobretudo na percepção dos trabalhadores, referia-se à necessidade do estabelecimento de cargos e um quadro de pessoal compatível com as necessidades do serviço, bem como vislumbrava-se a possibilidade de desenvolver carreiras dentro do serviço público e, principalmente, o estabelecimento de mecanismos de valorização profissional. Tal situação pôde ser observada em fala extraída do GF realizado com auxiliares de enfermagem e com ACSs:

Então eu acho que é errado nós, auxiliares, cobrirmos a farmácia; é errado, não existe nenhuma lei que proteja a gente a respeito disso. Prático de farmácia está de férias? Outro prático de farmácia tem que vir assumir, essa é minha opinião (Auxiliar de enfermagem D).

Você estuda, estuda, estuda. Eu mesma, quando eu entrei, é para ter dois anos. Eu estava no último ano da faculdade. E aí eu peguei e falei assim. “Poxa, vai ter plano de carreira, ó que legal, né? Vou me esforçar bastante pra isso, para avançar na carreira”, entendeu? Sabe, você tenta ser estimulada. Mas depois você vai passando, você vai ver que fica só no papel (ACS B).

Eu penso que tinha que ser valorizado financeiramente. (...) O ACS não recebe nada. Nenhuma gratificação. Nem a gratificação de risco de atividade que muitos ACS deveriam receber, né? A prefeitura não paga. Ela paga hoje para as duas unidades de saúde do município. E as demais não recebem. Eu estou oficialmente hoje de férias e meu vale-refeição já está automaticamente cortado. Quer dizer, eu

não preciso comer nesse mês de junho, ok? Acho que teria que brigar pelo aumento de salário, um salário digno. Não vir com essa história de aceitar essa de gratificação (ACS D).

Tais expectativas não foram atendidas, uma vez que o PCCS foi implantado num momento com fortes restrições orçamentárias que impossibilitaram a implementação de importantes dispositivos previstos na lei n. 6.359/2008: padrão mínimo de lotação para o funcionamento dos equipamentos de saúde, possibilidade da progressão vertical nas carreiras e valorização salarial para todos os profissionais. Foi o que se pôde observar na fala extraída da entrevista com os responsáveis pela gestão do Departamento de Recursos Humanos da Secretaria de Saúde de Guarulhos:

Nós trabalhamos na comissão de RH, mas nós trabalhamos muito internamente e tecnicamente. Porque a gente estava em um momento que se não fizesse quando a gente tinha viabilidade, (...) não tínhamos [apoio] financeiro, mas tínhamos político, iríamos perder a chance. A revisão do PCCS teve um recorte muito forte em relação à função médica. E por incrível que pareça, a gente fez isso, onerou a folha, aumentou o salário, mas a gente não teve essa categoria do nosso lado (Gestor B).

O dispositivo 'padrão de lotação' que estabelece em lei a existência e permanente atualização de requisitos mínimos para formação do quadro de recursos humanos para as unidades e serviços de saúde nem sempre foi aplicado, segundo relato dos representantes da gestão de pessoal. O mesmo ocorreu com o dispositivo da 'progressão vertical', restando apenas o mecanismo da 'progressão horizontal', ainda assim condicionado ao resultado obtido no processo de avaliação de desempenho e à observância de abranger no máximo 30% dos empregados posicionados no mesmo grau da carreira, conforme prevê o decreto n. 31.008/2013 (Guarulhos, 2013).

Quanto às gratificações, foram concedidas para profissionais que ocupavam postos de trabalho relativos à vigilância em saúde, às unidades de difícil acesso ou de difícil provimento, em que o regime de trabalho era de dedicação integral e exclusiva na atenção básica. E também para aqueles profissionais que ocupavam postos relacionados à urgência e emergência com adicional de plantão, gratificações atribuídas exclusivamente aos médicos, conforme preveem respectivamente os decretos n. 25.577/2008; n. 25.507/2008; 25.508/2008; n. 25.509/2008; n. 25.537/2008 e a lei n. 6.820/2011 (Guarulhos, 2008b, 2008c, 2008d, 2008e, 2008f, 2011b).

É por meio das gratificações que o PCCS aproxima o profissional das demandas reais do serviço de saúde, com base no cenário concreto das regiões/unidades de saúde. No entanto, ao não incorporar as gratificações diretamente

em termos de acréscimos no salário básico ou ainda como critérios para evolução na carreira, permanecia seu caráter fluido e temporário.

Observou-se, também, que os relatos que emergiram dos GFs permitiram a constatação de outras questões que influenciavam diretamente no trabalho. Tais questões não estavam previstas inicialmente na investigação do PCCS, mas julgou-se necessário considerá-las, uma vez que surgiram como possíveis elementos de precarização do processo de trabalho. Assim, os núcleos temáticos descritos na sequência expressaram parte dessas percepções.

O núcleo temático referente ao sentido do trabalho agrupou relatos que se referiam a duas compreensões de significado do trabalho, vinculadas às noções de ‘alienação’ e ‘fragmentação’. Constatou-se que o sentido da ‘alienação’ é entendido mediante desconexões entre o profissional de saúde e o objeto de seu trabalho, de forma que se pode observar, no sentido da prática profissional, momentos de ausência da centralidade do cuidado no usuário para maior enfoque nos instrumentos e procedimentos, condicionando objetivos que, por vezes, não corresponderiam às necessidades dos que demandam atenção na opinião dos servidores – como pôde ser visto nos relatos a seguir, que emergiram do GF realizado com enfermeiros e atendentes do SUS, respectivamente:

Tem aquele calhamaço que a gente tem que preencher [Rede Cegonha], desumano, um livro. Mas a gestante quer falar alguma angústia dela na consulta e você não tem tempo para ouvir. “Calma aí, que eu tenho outras perguntas que eu tenho que preencher aqui, porque isso aqui tem que ser preenchido a rigor”. (...) E aí tem que ter muitos braços para fazer muita coisa, mas a cabeça não acompanha, o sentimento não acompanha (Enfermeira A).

Tem que correr atrás de número. Na verdade, as metas, o projeto que aparentemente é muito bonito, na verdade eles viram o quê? Diminuir o custo da saúde. (...) Você tem que fazer a visita ao idoso, não pra ver a saúde dele, mas pra saber se ele morreu pra desligar o oxigênio. Porque teve um prejuízo de R\$ 8 mil de oxigênio que estava na casa do idoso e que não foi desligado e ele já tinha falecido. Você tem que visitar a gestante para ela vir fazer seis consultas e tomar a vacina e fazer o puerpério, não pela saúde da gestante ou do feto, mas pelos R\$ 60,00 que o ministério manda para gente. Isso acaba acontecendo, você começa a ver as pessoas numa nota de cem, uma nota de duzentos (Servidor administrativo D).

Pode-se dizer que os objetos de trabalho e o cuidado dispensado pelos profissionais, que deveriam remeter às necessidades de saúde dos usuários, perdiam-se entre os indicadores quantitativos que avaliariam a qualidade do processo de trabalho. Nessa situação, os usuários eram tomados como ‘notas de cem’, e os profissionais como ‘preenchedores de planilhas’.

Constatou-se que a perda do sentido do trabalho também pode se relacionar com a falta da visão global da ação desenvolvida ou o próprio distanciamento dos profissionais com os usuários/coletividades. A relação de afastamento, como se observou no relato anterior, dificulta o processo de tradução das necessidades de saúde dos sujeitos e o estabelecimento de projetos de cuidados terapêuticos integrais à saúde da população.

Notou-se tal expressão também no núcleo de sentido da 'fragmentação' do processo de trabalho, evidenciando a presença de rupturas nos projetos de cuidado e na limitada possibilidade de resolução e de ações corretivas sobre o próprio trabalho, uma vez que não se percebia o retorno das ações desenvolvidas, conforme revelado na fala extraída do GF realizado com auxiliares de enfermagem:

Meu paciente foi encaminhado para a especialidade, mas eu não sei dizer se ele passou na especialidade, essa contrarreferência às vezes não volta, eu não sei o que foi feito. E isso vai se perdendo. Para mim, a impressão que eu tenho é que não tenho condição de avaliar o que está acontecendo em volta (Auxiliar de enfermagem C).

Do núcleo temático referente às condições e gestão do trabalho emergiu a inobservância de ajustamento entre as condições de trabalho e as possibilidades de gestão dos conflitos entre as equipes, o que provocava sentimentos de 'sobrecarga' e 'assédio' no trabalho.

O aumento da oferta de serviços, acompanhado da falta de condições de trabalho (instrumentos, espaço físico, ambiência, recursos humanos), acabou por influenciar diretamente na rotina de trabalho. A 'sobrecarga' surgia como contradição entre a relação 'demanda x condições de trabalho' e apontava para o sentido da ampliação de tensões nas relações e baixa resolutividade dos problemas, como se pôde notar nas falas extraídas dos GFs realizados com enfermeiros e ACSs:

Aumentou o número de equipes e conseqüentemente mais agentes comunitários na rua. Eu trago mais gente para dentro da unidade porque eu estou oferecendo serviço, eu faço vacina, Papanicolau. A mudança parou aí. Eu comecei a falar de um serviço, trouxe paciente para dentro da unidade e não consigo atender a demanda porque eu não estou fazendo só o básico, chega uma hora que é secundário e terciário e a gente não tem referencial (Enfermeiro C).

Eu estou trabalhando em três empregos lá no posto agora. Estou fazendo três funções. De manhã eu sou ACS. Aí eu volto do almoço, sou atendente SUS lá na frente. Atendo as pessoas e tal, né, encaminho. E no final do dia eu sou auxiliar administrativo. (...) Porque está em falta os outros funcionários. Está faltando atendente e auxiliar administrativo (ACS A).

Para os servidores, seguir correspondendo à demanda sem alteração das condições para o desempenho do trabalho denotava um dos primeiros sentidos para o 'assédio', mediante situações em que os profissionais encontravam-se não apenas pressionados pelas gerências para a execução de tarefas múltiplas, mas também em momentos de vulnerabilidade e exposição às agressões físicas, verbais e psicológicas. Em determinados momentos, o sofrimento gerado por esse tipo de situação laboral ultrapassava o ambiente de trabalho e se estendia para a vida pessoal, como se observou nas falas que emergiram do GF realizado com ACSs e atendentes SUS:

E essa família de dependentes químicos tem uma criança pequena. Parece que a mãe não estava cuidando direito da criança. E entrou questão do Conselho Tutelar. Só que ninguém tem uma estratégia cuidadosa para fazer isso. E aí sobra para quem? Para o agente comunitário. E essa agente comunitária chegou a ser ameaçada de morte. Porque não tiveram o cuidado de preservar, né? E a gente não pode esquecer que o agente comunitário, além de envolver a questão da doença, mora lá. Aí o cara fica sem dormir (ACS C).

Somos três atendentes SUS na recepção e somos dois que ficamos além do horário. Eu sou um ser humano, se a máquina não funciona, por que eu não posso parar de dar senha às 15h30 se o posto está lotado? Recentemente um rapaz chegou lá e quebrou tudo por causa da demora. Foi feito um boletim de ocorrência. O cara pegou uma cadeira, quebrou todo o computador, quebrou a cadeira total e jogou em mim ainda (Servidor administrativo A).

Discussão dos resultados e do conceito de precarização

Pode-se afirmar que o município de Guarulhos compartilhava, anteriormente à implantação do PCCS, o mesmo cenário aberto com a Reforma Administrativa da Saúde. Além de comportar um perfil populacional e de adoecimento semelhante à realidade epidemiológica de outros municípios brasileiros, apresentava fortes iniquidades em saúde e uma rede de serviços de atenção à saúde que concentrava na esfera da administração pública direta uma parte significativa dos serviços de atenção primária – na rede de média e alta complexidades os serviços eram geridos na forma de contratos de gestão com a iniciativa privada ou entidades filantrópicas.

O PCCS, entre os seus principais méritos, teve o de ser responsável pela definição obrigatória de processo seletivo público como única forma de ingresso na carreira, ao lado de ter promovido a inclusão da categoria de ACS, inexistente antes da revisão do plano pela lei n. 6.820/2011 (Guarulhos, 2011b). Essa medida está em consonância com os objetivos propostos nas

diretrizes nacionais para o PCCS no SUS no sentido da desprecarização das relações de trabalho (Nogueira, Baraldi e Rodrigues, 2004; Brasil, 2006).

Apesar de ter representado tal avanço, o PCCS, após a revisão de 2011, tornou-se uma ferramenta de abrangência limitada a 68% de todos os trabalhadores do setor da saúde. Tal dado mostra que a existência do PCCS não coincidiu com outras políticas que priorizassem a contratação de profissionais da administração direta, exceto no caso dos ACSs e dos médicos de família (Vieira, 2014). Esses dados podem ser verificados no Quadro 2:

Quadro 2

Quadro de pessoal da SMS por modalidade de contratação – Guarulhos, SP, 2009-2011.			
Número de servidores contratados por:	2009	2010	2011
Administração direta	5.961	6.432	6.486
Municipalizados	183	175	158
Convênio com entidade filantrópica (AJJM)	366	369	420
Convênio com entidades parceiras (policlínicas, CAPS e Hospital Bonsucesso)	1.390	1.653	1.914
Contratados por parceiros ESF	104	5	-
Contrato de prestação de serviços	202	443	566
Total	8.206	9.077	9.544
Incremento da administração direta		7,90%	0,76%
Incremento do total da força de trabalho		10,61%	5,08%

Fonte: Secretaria da Saúde do Município, 2011a, p. 4.

Nota: AJJM - Associação Beneficente Jesus, José e Maria; CAPS - Centro de Atenção Psicossocial; ESF - Estratégia Saúde da Família.

Ao se compararem as contratações segundo as modalidades de gestão, observou-se que houve 871 novas contratações em 2010; destas, 58,2% mediante convênios com entidades parceiras, entidades filantrópicas e contratos de prestação de serviços.

De 2010 a 2011, a força de trabalho na administração direta aumentou somente 0,57%, enquanto o número de profissionais contratados por meio de convênios, contratos e parcerias aumentou 17,40%. Dados como esses evidenciaram a tendência de crescimento das contratações com intermediação de terceiros na rede de saúde do município, como verificado em estudos anteriores (Lacaz et al., 2010; Vieira, 2014).

Os contratos de gestão englobavam, no município, estabelecimentos inteiros, inclusive a direção e a gestão de unidades de saúde, algo semelhante ao modelo de gestão adotado em estabelecimentos de saúde do SUS estadual, conforme indicado por Lacaz e colaboradores (2010). Apesar de ter sido reforçada pelo PCCS a exigência de processo seletivo público, não foram implementadas

políticas por parte da SMS-GRU que expandissem a abrangência dessa ferramenta por meio de contratações via administração direta e, assim, ampliassem a perspectiva de acesso a uma real carreira na administração pública para os demais profissionais que atuam no setor saúde.

Além disso, o município, ao assumir o regime celetista como condicionante para preenchimento dos cargos de emprego público criados no PCCS, excluiu cerca de 780 trabalhadores da saúde do compartilhamento dessa nova carreira, os quais permaneceram restritos aos cargos já existentes e às regras específicas de evolução, enquanto ocorria a aplicação de outro regime de trabalho e carreira para os demais profissionais.

Havia em curso um debate sobre projeto de lei de iniciativa do Executivo do município estudado, que propunha a retomada do Regime Jurídico Único (RJU) para todos os servidores da administração direta, mas sua tramitação na Câmara Municipal foi interrompida pela manifestação contrária dos servidores por ele atingido, sendo retirado para novas avaliações e negociações, após a eleição da nova gestão municipal.

Ademais, acrescenta-se contrariedades referentes a esses vínculos estabelecidos mediante processos seletivos públicos serem assim considerados não precários pelo programa DesprecarizaSUS, uma vez que não deixam de ser vínculos de trabalho temporário em que a estabilidade no emprego é mais fluida e até passível de se questionar. Problematiza-se que o Estado se encontra, ao privilegiar a contratação pelo regime CLT, na condição de patrão-privado e não pautado pelo interesse da *res publica*. A propósito, Costadello (1999) sistematiza de maneira interessante essa questão:

Em linhas genéricas, o empregado, em relação ao patrão, é destituído de poder e a disciplina contida na CLT e toda a legislação trabalhista é estruturada para protegê-lo, visando dar-lhe enquanto parte mais fraca da relação condições jurídicas de defesa e garantias dos seus direitos. (...) Já em relação ao servidor público, a Administração Pública e a disciplina jurídico-administrativa vêm para atender ao interesse público imediato e aos administrados, e não aos servidores. Há, evidentemente, um arcabouço jurídico disciplinando o vínculo, mas não é o interesse do servidor o primeiro a ser atendido pelo Estado. (Costadello, 1999).

Portanto, há que se convir, seguindo esse raciocínio, que a relação implícita nesse regime de contratação induz à compreensão de que a estabilidade pode concretizar-se menos pela necessidade dos serviços e dos usuários em manter vínculos com os profissionais de um determinado serviço do que pelos interesses das relações entre Estado (patrão/empresa) e servidores públicos (empregados).

Pode-se dizer que o PCCS de Guarulhos, como ferramenta que, por meio dos processos seletivos públicos, conferiu direitos trabalhistas e proteção

social aos servidores da saúde por ele contemplados, atendeu às expectativas propostas no Desprecariza SUS. No entanto, sua limitada abrangência, ante o universo de trabalhadores do setor e o caráter de seu regime de contratação, deixa a desejar quanto a sua capacidade de promover formas mais estáveis de vínculos e do desenvolvimento da perspectiva de carreira na saúde para os profissionais que atuam no município.

Cabe frisar que, em decorrência da restrição orçamentária, o PCCS configura-se como um instrumento que orienta prioritariamente a localização de cargos, funções e salários dos servidores. Desse modo, afasta-se da perspectiva da implantação de dispositivos que auxiliariam na despreciação do trabalho com a garantia de desenvolvimento da carreira no setor público e a garantia de mecanismos de valorização de todos os profissionais, como forma de favorecimento da construção de equipes de trabalho de acordo com as necessidades de cada equipamento de saúde. Tal situação corrobora outros estudos que mostram as limitações do PCCS segundo constrangimentos orçamentários em outros municípios paulistas (Lacaz et al., 2010; Vieira, 2014).

Nesse sentido, o PCCS de Guarulhos, que sequer pode ser viabilizado por completo, seguiu coexistindo com políticas que foram aprofundadas desde a Reforma Administrativa da Saúde implementada em meados dos anos 1990, como o subfinanciamento com a Lei de Responsabilidade Fiscal e a emenda constitucional n. 29, limitado pelo crescimento significativo dos contratos de gestão celebrados entre a administração direta municipal e parceiros para a gerência e contratação de recursos humanos para os serviços de saúde. Assim, pode-se afirmar que o PCCS não se desvincula de todas essas contradições, da mesma forma como a dinâmica concreta dos processos de trabalho em saúde se submete a essa lógica. A análise dos GFs demonstrou que as condições de trabalho atuais e o próprio processo de trabalho em saúde também se adequaram ao referencial adotado pela Reforma Administrativa da Saúde.

Segundo Mendes-Gonçalves (1992), o trabalho em saúde, como prática social, não pode ser realizado de forma independente ou autônoma das próprias diretrizes de produção e reprodução social que o sustentam. Assim, pôde-se observar que a 'Reforma' Administrativa de Saúde em Guarulhos, expressa na implantação do PCCS, não apenas alterou a forma de relação do município com a gestão dos serviços e as iniciativas para contratação da força de trabalho na saúde, mas o próprio processo de trabalho modificou-se a partir dessas mudanças.

Notou-se, com base nos relatos dos GFs, que as condições em que o processo de trabalho era realizado, bem como a forma com que as relações de trabalho se organizavam, atendiam à premissa da eficiência com redução de custos, utilizando para tal um controle rígido sobre os fluxos da produção em saúde dos serviços e dos profissionais, transformando os indicadores do processo, as metas, no próprio objetivo final do trabalho em saúde.

Tal observação pôde ser feita com base na análise do núcleo temático referente ao 'sentido do trabalho'.

A perda do sentido do trabalho por parte dos servidores, seja pelo distanciamento/fragmentação entre os objetos e os produtos de seu trabalho, seja pelo estranhamento devido à redução dos usuários e coletividades atendidas a relatórios ou números, são fatores que não se originam no 'interior' do processo de trabalho, nem são um processo particular de Guarulhos. Observou-se que existia uma importante vinculação das finalidades e necessidades do PCCS e do próprio trabalho em saúde com os componentes 'externos' e orientadores dos processos de trabalho. Notou-se uma profunda, contínua e desagregadora influência da política trazida pela Reforma de Estado na Saúde (Mendes-Gonçalves, 1992).

A fragmentação do projeto de cuidado em saúde, tanto no campo de ampliação das especificidades da assistência médica – que frequentemente compartimentalizam os indivíduos e seus órgãos enfermos – quanto na acentuada fragmentação entre os subsistemas de atenção à saúde gera distanciamentos na busca da integralidade do cuidado (Cecílio e Matsumoto, 2006; Campos e Mishima, 2005; Ayres, 2004).

Deve a perda do sentido do trabalho e do vínculo ser tomada como uma problemática para o estabelecimento do processo de trabalho, sendo também observada como referencial para sua precarização, uma vez que esse processo só pode ser estabelecido com base na noção de simultaneidade, copresença e coprodução entre usuários e equipes de profissionais da saúde. Tal se dá visando ao auxílio na tradução das necessidades e ao estabelecimento do projeto de cuidado, para assim, por meio da técnica, dos instrumentos e da força de trabalho, satisfazer tais necessidades (Meirelles, 2006; Orban, 2005). Dessa forma, o vínculo seria um elemento fundamental para que o processo se estabelecesse de maneira satisfatória (Cecílio e Matsumoto, 2006; Merhy, 2002).

Considerações finais

Considera-se que a compreensão de desprecarização do trabalho no SUS, tomada com base na definição de Nogueira, Baraldi e Rodrigues (2004) e orientada segundo o programa Desprecariza SUS, apenas pelo viés da inobservância do processo seletivo público e conseqüente garantia de direitos trabalhistas e sociais, embora seja relevante, ainda é limitada para se entender a amplitude do processo de precarização do trabalho em saúde como medidas estratégicas que podem ser tomadas visando transformá-lo.

Nesse sentido, deve-se considerar a precarização do trabalho no SUS como um amplo processo vinculado, principalmente, aos obstáculos trazidos pela Reforma Administrativa de Estado e suas repercussões no setor saúde, o qual não apenas modificou a forma de vínculo dos profissionais ao sistema, mas também interferiu na forma de organização e gestão dos serviços de saúde e da realização do próprio processo de trabalho.

Os PCCSs no SUS, ainda que possam sinalizar para um enfrentamento desses obstáculos, devem ser entendidos nos marcos de uma profunda disputa com as políticas contidas na Reforma Administrativa da Saúde, contraditórias ao seu desenvolvimento na perspectiva da desprecarização das relações de trabalho. É necessário considerar as novas formas de contrato de gestão celebradas com a iniciativa privada e entidades filantrópicas, ao que se associam a fragmentação dos serviços de atenção à saúde e as políticas de subfinanciamento. Portanto, o PCCS e a desprecarização do trabalho em saúde não podem ser considerados apenas na dimensão dos vínculos de trabalho, tampouco devem vir dissociados de um conjunto de ações que visem intervir sobre a própria gestão do trabalho nos serviços de saúde.

Deve-se retomar a compreensão do processo de trabalho em saúde como uma prática social indissociável das formas de reprodução da sociedade, com o objetivo da busca pelo trabalho em saúde não precário, desde as iniciativas que enfrentam as políticas de subfinanciamento do SUS (Mazza e Mendes, 2014) e as formas de gestão antidemocráticas não republicanas dos serviços de saúde até a construção de projetos terapêuticos que retomem a busca pela integralidade, universalidade e equidade no cuidado. Assim, voltariam à cena discussões adormecidas mas que seguem latentes e extremamente atuais, como a relativa à determinação social do processo de saúde-doença, inclusive para compreender o trabalho dos profissionais de saúde em tal cenário.

Sugere-se a ampliação da escassa produção na área da saúde coletiva referente ao tema, sobretudo pela relevância que o processo de precarização do trabalho em saúde vem adquirindo nos últimos anos.

Colaboradores

O primeiro autor elaborou a ideia e a redação do texto. O segundo autor colaborou na elaboração da ideia, na redação e realizou a revisão final do texto.

Resumen El estudio buscó evaluar el papel del plan de cargos, carreras y salarios del Sistema Único de Salud en el municipio de Guarulhos, del estado de São Paulo, Brasil, como un posible instrumento de desprecariación de las relaciones de trabajo, según lo preconiza el Ministerio de la Salud. La investigación llevada a cabo entre 2013 y 2014, se basó en la recopilación y el análisis de contenido de entrevistas realizadas con gestores y grupo focal de trabajadores de la salud. Se observó que el plan de cargos, carreras y salarios tiene un fuerte carácter técnico y administrativo, comprendido como instrumento para la organización del cuadro de trabajadores en cargos/funciones en los equipos de salud. Se destaca que iniciativas que podrían fomentar la fijación y la valoración profesional para hacer carrera sufrieron restricciones presupuestarias que comprometieron su aplicación según la ley. La contratación prevista en el mismo por medio de concurso público incluyó solamente los trabajadores de la administración directa, y concomitantemente a su implementación la contratación de recursos humanos mediante asociaciones públicas no estatales. Se concluyó que el plan de cargos, carreras y salarios es una herramienta importante, aunque limitada, para la desprecariación del trabajo en el Sistema Único de Salud, habiendo necesidad de ampliar las discusiones sobre los efectos de la Reforma Administrativa del Estado en la salud y sus impactos en la organización de la fuerza de trabajo y del propio concepto de trabajo precario, vinculado apenas al cumplimiento de los derechos laborales y sociales.

Palabras clave trabajo precario; plan de cargos, carreras y salarios; gestión del trabajo en salud; Sistema Único de Salud.

Notas

¹ Universidade Federal do Rio de Janeiro-Campus Macaé, Curso de Nutrição, Macaé, Rio de Janeiro, Brasil.

<tami.rizzo16@gmail.com>

Correspondência: Universidade Federal do Rio de Janeiro, Campus Macaé, Av. Aluizio da Silva Gomes, 50, CEP 27930-560, Novo Cavaleiros, Macaé, Rio de Janeiro, Brasil.

² Universidade Federal de São Paulo, Escola Paulista de Medicina, Departamento de Medicina Preventiva, São Paulo, São Paulo, Brasil.

<f.lacaz@unifesp.br>

Referências

- AYRES, José R. Cuidado e reconstrução das práticas de saúde. *Interface: Comunicação, Saúde e Educação*, Botucatu, v. 8, n. 14, p. 73-92, 2004.
- AYRES, José R. Cuidado e humanização das práticas de saúde. In: DESLANDES, Suely F. (org.). *Humanização dos cuidados em saúde: conceitos, dilemas e práticas*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2006, p. 49 a 84.
- BARDIN, Laurence. *Análise de conteúdo*. Lisboa: Edições 70, 1995, p. 40-50.
- BENEVIDES, Regina; PASSOS, Eduardo A. Humanização como dimensão pública das políticas de saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 10, n. 3, p. 561-571, 2005.
- BRASIL. Ministério da Saúde. CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 8. *Relatório final*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 1986. Disponível em: <http://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/8_conferencia_nacional_sau_relatorio_final.pdf>. Acesso em: 26 jan. 2016.
- BRASIL. Lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 20 de setembro de 1990. Disponível em: <www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8080.htm>. Acesso em: 26 jan. 2016.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Avaliação normativa do Programa Saúde da Família no Brasil: monitoramento da implantação e funcionamento das equipes de saúde da família: 2001-2002*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2004, p. 60-85. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/avaliacao_normativa_psf.pdf>. Acesso em: 26 jan. 2016.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão de Regulação do Trabalho. Comitê Nacional Interinstitucional de Despreciação do Trabalho no SUS. *Programa Nacional de Despreciação do Trabalho no SUS: DespreciaçãoSUS – perguntas e respostas*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2006. Disponível em: <http://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/desprec_cart.pdf>. Acesso em: 26 jan. 2016.
- BRESSER-PEREIRA, Luiz C. A reforma do Estado dos anos 90: lógica e mecanismos de controle. *Lua Nova [on line]*, n. 45, p. 49-95, 1998. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0102-64451998000300004>>. Acesso em: 7 ago. 2014.
- CAMPOS, Célia M. S.; MISHIMA, Silvana M. Necessidades de saúde pela voz da sociedade civil e do Estado. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 21, n. 4, p. 1.260-1.268, 2005.
- CAMPOS, Gastão W. S. *Reforma da Reforma: repensando a saúde*. São Paulo: Hucitec, 1992.
- CECÍLIO, Luiz C.; MATSUMOTO, Norma F. Uma taxonomia operacional de necessidades de saúde. In: PINHEIRO, Roseni; FERLA, Alcindo A.; MATTOS, Ruben A. (orgs.). *Gestão em redes: tecendo os fios da integralidade em saúde*. Rio Grande do Sul: EdUCS/UFGRS; Rio de Janeiro: IMS/Uerj/Cepesc, 2006. p. 37-50.
- CORDEIRO, Hésio A. *As empresas médicas: um estudo sobre as transformações capitalistas da prática médica no Brasil*. 175fls. Tese (Doutorado em Medicina) – Universidade de São Paulo, São Paulo, 1981.
- COSTADELLO, Cássia A. O regime jurídico dos agentes públicos e a emenda constitucional n. 19/1998. *Resenha Eleitoral*, v. 6, n. 1, 1999. Disponível em: <www.tre-sc.jus.br/site/resenha-eleitoral/revista-tecnica/edicoes-impresas/integra/2012/06/o-regime-juridico-dos-agentes-publicos-e-a-emenda-constitucional-n-191998/indexcf80.html>.

no_cache=1&cHash=4af21363d98b2a0bdb698bdc28e2c85b>. Acesso em: 26 de jan. 2016.

DONNANGELO, Maria C. F. *Medicina e sociedade: o médico e seu mercado de trabalho*. São Paulo: Pioneira, 1975.

FLEURY, Sonia. Reforma do Estado, seguridade social e saúde no Brasil. In: MATTA, Gustavo C.; LIMA, Júlio C. F. (orgs.). *Estado, sociedade e formação profissional em saúde: contradições e desafios em 20 anos de SUS*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2008. p. 49-87.

GUARULHOS (Prefeitura). Lei n. 6.359, de 3 de abril de 2008a. Dispõe sobre a estrutura, organização e funcionamento da carreira e remuneração dos profissionais da saúde da Secretaria da Saúde do município de Guarulhos. Disponível em: <www.guarulhos.sp.gov.br/sites/default/files/Lei-n%C2%BA-6.359-de-03-de-Abril-de-2008_0.PDF>. Acesso em: 26 jan. 2016.

GUARULHOS (Prefeitura). Decreto n. 25.577, de 3 de junho de 2008b. Dispõe sobre a gratificação de vigilância em saúde prevista no artigo 50 da lei municipal n. 6.359, de 3 de abril de 2008. Disponível em: <<https://leismunicipais.com.br/a/sp/g/guarulhos/decreto/2008/2558/25577/decreto-n-25577-2008-dispoe-sobre-a-gratificacao-de-vigilancia-em-saude-prevista-no-artigo-50-da-lei-municipal-n-6359-de-3-de-abril-de-2008>>. Acesso em: 26 jan. 2016.

GUARULHOS (Prefeitura). Decreto n. 25.507, de 12 de junho de 2008c. Dispõe sobre a gratificação de difícil acesso prevista no artigo 52 da lei municipal n. 6.359, de 3 de abril de 2008. Disponível em: <<https://leismunicipais.com.br/a2/sp/g/guarulhos/decreto/2008/2551/25507/decreto-n-25507-2008-dispoe-sobre-a-gratificacao-de-dificil-acesso-prevista-no-artigo-52-da-lei-municipal-n-6359-de-3-de-abril-de-2008>>. Acesso em: 26 jan. 2016.

GUARULHOS (Prefeitura). Decreto n. 25.508, de 12 de junho de 2008d. Dispõe sobre a gratificação de difícil provimento prevista

no artigo 53 da lei municipal n. 6.359, de 3 de abril de 2008. Disponível em: <<http://consultaguarulhos.sinoinformatica.com.br/Arquivos/DecretosMunicipais/25508.html>>. Acesso em: 26 jan. 2016.

GUARULHOS (Prefeitura). Decreto n. 25.509, de 12 de junho de 2008e. Dispõe sobre a gratificação de dedicação integral e exclusiva à atenção básica, prevista no artigo 57 da lei municipal n. 6.359, de 3 de abril de 2008. Disponível em: <http://leis.guarulhos.sp.gov.br/06_prefeitura/leis/decretos_2008/25509decr.pdf>. Acesso em: 26 jan. 2016.

GUARULHOS (Prefeitura). Decreto n. 25.537, de 23 de junho de 2008f. Gratificação de incentivo de urgência e emergência prevista no artigo 49 da lei municipal n. 6.359, de 3 de abril de 2008. Disponível em: <http://leis.guarulhos.sp.gov.br/06_prefeitura/leis/decretos_2008/25537decr.pdf>. Acesso em: 26 jan. 2016.

GUARULHOS (Prefeitura). Secretaria Municipal de Saúde. *Relatório de gestão*, 2011a. Disponível em: <www.guarulhos.sp.gov.br/sites/default/files/Relatorio_de_Gestao_2011_0.pdf>. Acesso em: 26 jan. 2016.

GUARULHOS (Prefeitura). Lei n. 6.820, de 28 de março de 2011b. Dispõe sobre alteração de dispositivos e anexos da lei n. 6.359/08, revoga o art. 2º da lei n. 6.501/09 e dá outras providências. Disponível em: <<http://consultaguarulhos.sinoinformatica.com.br/Arquivos/LeisOrdinarias/06820c.html>>. Acesso em: 26 jan. 2016.

GUARULHOS (Prefeitura). Decreto n. 31.008, de 4 de julho de 2013. Regulamenta o Programa de Avaliação de Desempenho na Secretaria de Saúde e dá outras providências, nos termos do Capítulo VI, art. 26 a 29, 39 e 40, da lei municipal n. 6.359, de 3 de abril de 2008. Disponível em: <http://leis.guarulhos.sp.gov.br/06_prefeitura/leis/decretos_2013/31008decr.pdf>. Acesso em: 26 jan. 2016.

LACAZ, Francisco A. C. Qualidade de vida no trabalho e saúde/doença. *Ciência & Saúde*

- Coletiva, Rio de Janeiro, v. 5, n. 1, p. 151-161, 2000.
- LACAZ, Francisco A. C. et al. Qualidade de vida, gestão do trabalho e plano de carreira como tecnologia em saúde na atenção básica do SUS em São Paulo, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 26, n. 2, p. 253-263, 2010.
- LACAZ, Francisco A. C. et al. Gestão do trabalho em saúde em dois sistemas municipais do estado de São Paulo: implicações operacionais e psicossociais para uma política de pessoal. *Relatório final*. Projeto n. 11/50609-6. Edital de Políticas Públicas Fapesp. São Paulo, 2014. Disponível em: <www.bv.fapesp.br/pt/bolsas/136905/gestao-do-trabalho-em-saude-em-dois-sistemas-municipais-do-estado-de-sao-paulo-implicacoes-operacio>. Acesso em: 12 mar. 2015.
- LAURELL, Asa Cristina. Avançando em direção ao passado: a política social do neoliberalismo. In: LAURELL, Asa C. *Estado e políticas sociais no neoliberalismo*. São Paulo: Cortez, 1995. p. 151-178.
- MAZZA, Francisco; MENDES, Áquilas. O fundo público e os impasses do financiamento da saúde universal brasileira. *Saúde e Sociedade*, São Paulo, v. 23, n. 2, p. 1.183-1.197, 2014.
- MEIRELLES, Dimária S. The concept of service. *Revista de Economia Política*, São Paulo, v. 26, n. 1, p. 119-136, 2006.
- MENDES-GONÇALVES, Ricardo B. Práticas de saúde: processos de trabalho e necessidades. *Cadernos Cefor*, São Paulo, p. 1-58, 1992. Série de textos 01.
- MERHY, Emerson E. Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde. In: MERHY, Emerson E.; ONOCKO, Rosana (orgs.). *Agir em saúde: um desafio para o público*. São Paulo: Hucitec, 1997. p. 2-34.
- MERHY, Emerson E. *Saúde: a cartografia do trabalho vivo*. São Paulo: Hucitec, 2002.
- NOGUEIRA, Roberto P. *A saúde pelo avesso*. Natal: Seminare Editora, 2003.
- NOGUEIRA, Roberto P.; BARALDI, Solange; RODRIGUES, Valdemar A. Limites críticos da noção de precariedade e despreciação do trabalho na administração pública. In: BARROS, André F. R. et al. (orgs.). *Observatório de recursos humanos em saúde no Brasil*. v. 2. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. p. 81-103.
- NOGUEIRA, Roberto P. Problemas de gestão e regulação do trabalho no SUS. In: NOGUEIRA, Roberto P. et al. (orgs.). *Tendências na evolução do emprego e nas relações de trabalho em saúde: a gestão de recursos humanos no Sistema Único de Saúde*. Brasília: UnB/CEAM/NESP/ObservaRH, 2010a. p. 45-67. Disponível em: <http://capacidadeshumanas.org/observarh/wp-content/uploads/2016/04/05_Tendencias-na-evolucao-do-emprego-e-nas-relacoes-de-trabalho-em-saude-END.pdf>. Acesso em: 26 jan. 2017.
- NOGUEIRA, Roberto P. O desenvolvimento federativo do SUS e as novas modalidades institucionais de gerência das unidades assistenciais. In: SANTOS, Nelson R.; AMARANTE, Paulo E. C. (orgs.). *Gestão pública e a relação público-privado na saúde*. Rio de Janeiro: Cebes, 2010b. p. 24-47. Disponível em: <www.idisa.org.br/img/File/GC-2010-RL-LIVRO%20CEBES-2011.pdf>. Acesso em: 26 jan. 2017.
- ORBAN, Edouard. O serviço é um produto? In: DEPARTAMENTO Intersindical de Estatísticas e Estudos Socioeconômicos; CENTRO de Estudos Sindicais e Economia do Trabalho (Dieese/Cesit) (orgs.). *O trabalho no setor terciário: emprego e desenvolvimento tecnológico*. São Paulo: Dieese/Cesit, 2005. p. 11-20.
- PAIM, Jairnilson S. *Reforma Sanitária Brasileira: contribuição para a compreensão e crítica*. Salvador: EDUFBA; Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2008.
- RIZZOTO, Maria L. F. *O Banco Mundial e as políticas de saúde no Brasil nos anos 90: um*

projeto de desmonte do SUS. 260 f. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2000.

VIEIRA, Nelson P. *Gestão do trabalho em saúde: planos de carreira, cargos e salários como demanda histórica na saúde pública e características de sua implantação em municípios paulistas*. 241 f. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Universidade Federal de São Paulo, São Paulo, 2014.

Recebido em 09/11/2015
Aprovado em 07/04/2016