



Physis - Revista de Saúde Coletiva

ISSN: 0103-7331

publicacoes@ims.uerj.br

Universidade do Estado do Rio de Janeiro

Brasil

Junqueira, Virgínia; Tato Cortizo, Carlos; Passagem Vieira, Nelson; Lopes dos Santo, Ana Paula; Souza dos Santos, Fabio; de Castro Lacas, Francisco Antonio

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, vol. 21, núm. 2, abril-junio, 2011, pp. 675-693

Universidade do Estado do Rio de Janeiro

Rio de Janeiro, Brasil

Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=400838232018>

- ▶ [Como citar este artigo](#)
- ▶ [Número completo](#)
- ▶ [Mais artigos](#)
- ▶ [Home da revista no Redalyc](#)

 **redalyc.org**

Sistema de Informação Científica

Rede de Revistas Científicas da América Latina, Caribe, Espanha e Portugal
Projeto acadêmico sem fins lucrativos desenvolvido no âmbito da iniciativa Acesso Aberto

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

I ¹ **Virgínia Junqueira, ² Carlos Tato Cortizo, ³ Nelson Passagem Vieira, ⁴ Ana Paula Lopes dos Santos, ⁵ Fabio Souza dos Santos, ⁶ Francisco Antonio de Castro Lacaz** I

Resumo: Este artigo aborda o cumprimento, em oito municípios do Estado de São Paulo, dos compromissos concernentes à gestão do trabalho inscritos no Pacto de Gestão, assinado em 2006 por gestores dos três níveis do SUS. Entre os municípios estudados, três são polos de regiões metropolitanas; e cinco tinham, em 2008, população acima de 500 mil habitantes. Foram realizadas coletas de dados e análise documental, particularmente dos Planos de Carreira, Cargos e Salários (PCCS) de três municípios e entrevistas com gestores e representantes de trabalhadores e usuários nos Conselhos Municipais de Saúde. As categorias analisadas derivaram do Pacto de Gestão: democratização das relações de trabalho, direitos sociais e previdenciários, regime jurídico e vínculo, carreira, progressão funcional e educação permanente. Os resultados mostraram repercussão pouco relevante das decisões das mesas de negociação na política de gestão do trabalho; incorporação parcial das diretrizes do PCCS-SUS apenas em três municípios; política de formação de pessoal caracterizada por iniciativas pontuais dissociadas da progressão funcional. Foram também identificados: visão restrita dos conselheiros sobre sua participação na discussão do tema gestão do trabalho, expressa numa abordagem periférica pelos Conselhos Municipais de Saúde dos temas relativos à gestão da força de trabalho; deficiências na descentralização da gestão dos cargos no SUS municipal; tendência ao tratamento privado, pelos gestores, dos dados relativos ao quadro de pessoal. Embora seja incipiente a implementação dos compromissos formulados no Termo de Compromisso de Gestão, cabe destacar o ineditismo da inclusão no Pacto de Gestão das questões relativas à gestão do trabalho como uma política definida.

► **Palavras-chave:** gestão; força de trabalho; Pacto pela Saúde; Sistema Único de Saúde.

¹ Doutora; professora adjunta, Unifesp, Campus Baixada Santista. Endereço eletrônico: virginiaj@uol.com.br

² Mestre; pesquisador, Instituto de Saúde, Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo. Endereço eletrônico: tato@isaude.sp.gov.br

³ Mestre e doutorando em Saúde Coletiva, Unifesp. Endereço eletrônico: nelsonpassagem@gmail.com

⁴ Mestre e doutora em Saúde Coletiva, Unifesp. Endereço eletrônico: analuar@gmail.com

⁵ Instituto de Saúde, Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo. Endereço eletrônico: fabiosouzasantos@gmail.com

⁶ Doutor; professor associado II, Departamento de Medicina Preventiva da Unifesp. Endereço eletrônico: f.lacaz@unifesp.br.

Recebido em: 03/08/2010.
Aprovado em: 01/06/2011.

Introdução

O Pacto pela Saúde foi assinado em fevereiro de 2006 pelo Ministério da Saúde, pelo Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde (Conass) e pelo Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (Conasems). Em um de seus componentes, o Pacto de Gestão, enfatizou de modo inédito a importância das responsabilidades sanitárias na gestão do trabalho (BRASIL, 2006a). Segundo a Portaria n. 699/GM, de 30/03/2006 (BRASIL, 2006b), a assinatura do Termo de Compromisso de Gestão (TCG) deve se traduzir nos seguintes compromissos:

- a. promover e desenvolver políticas de gestão do trabalho considerando os princípios de humanização, participação e de democratização das relações de trabalho;
- b. adotar vínculos de trabalho que garantam os direitos sociais e previdenciários, com adequação de vínculos onde necessário;
- c. promover espaços de negociação permanente entre trabalhadores e gestores;
- d. desenvolver estudos e propor estratégias e financiamento tripartite com vistas à adoção de políticas de pessoal descentralizadas;
- e. considerar as diretrizes nacionais para Planos de Carreira, Cargos e Salários (PCCS) para elaboração, implementação e/ou reformulação dos PCCS;
- f. propor e pactuar diretrizes de educação e de gestão do trabalho que favoreçam o provimento e a fixação de trabalhadores da saúde, sobretudo onde a restrição de oferta afetar diretamente a implantação de ações estratégicas para a atenção básica.

A Lei Federal n. 8142 (BRASIL, 1990) e as Normas Operacionais Básicas de 1993 e 1996 (BRASIL, 1993 e 1996) já explicitavam a necessidade de implantação do Plano de Carreira, Cargos e Salários (PCCS). Essa lei previa o PCCS como condição para recebimento de repasses do Fundo Nacional de Saúde, com prazo máximo de dois anos para sua implantação. Como parte do processo de implementação dessa proposta, em 2004 foram editadas as Diretrizes Nacionais para o PCCS-SUS (BRASIL, 2004). Destaque-se que, um ano antes, em 2003, o gestor federal havia criado a Secretaria da Gestão do Trabalho e Educação na Saúde – SGTES (BRASIL, 2003). Posteriormente, em 2006, a Mesa Nacional de Negociação Permanente do SUS, em seu Protocolo nº 06/2006, estabeleceu as Diretrizes Nacionais para a instituição de Planos de Carreira, Cargos e Salários no âmbito do Sistema Único de Saúde (PCCS-SUS).

As Diretrizes Nacionais acima referidas visam a garantir a equidade de oportunidades de desenvolvimento profissional, associando evolução funcional a um sistema permanente de qualificação. Para tanto, foi estabelecido um conjunto de princípios:

- I. Universalidade dos planos de carreira, ou seja, deve abranger todos os trabalhadores do Sistema Único de Saúde.
- II. Equivalência dos cargos ou empregos: correspondência dos cargos criados nas três esferas de governo.
- III. Concurso público como única forma de ingresso.
- IV. Mobilidade: possibilidade de trânsito do trabalhador nas diferentes esferas de governo.
- V. Flexibilidade: possibilidade de adequação dos planos às necessidades e dinâmica do SUS.
- VI. Gestão partilhada de carreira, como garantia de participação dos trabalhadores na formulação e gestão do respectivo plano de carreiras.
- VII. Carreira como instrumento de gestão: o plano deve se constituir num instrumento gerencial de política de pessoal, integrado ao planejamento e desenvolvimento organizacional.
- VIII. Educação permanente: necessidade de oferta permanente de educação aos trabalhadores do SUS.
- IX. Avaliação de desempenho: entendido como um processo pedagógico focado no desenvolvimento profissional e institucional.
- X. Compromisso solidário, em prol da qualidade dos serviços, do profissionalismo e da adequação técnica do profissional às necessidades dos serviços de saúde.

Em relação à gestão partilhada de carreira, as diretrizes preveem a constituição de comissões paritárias de carreira, com o objetivo de formular o anteprojeto de lei do PCCS, acompanhar e avaliar, periodicamente, a implantação dos planos e propor ações para seu aperfeiçoamento, visando a adequá-los à dinâmica do SUS.

Transcorrido, portanto, período já significativo desde estas formulações e desde a assinatura do Pacto, cabe avaliar em que extensão tais dispositivos legais e compromissos acordados estão sendo efetivados pelos gestores. Tendo como referência as responsabilidades sanitárias pactuadas, foram objetivos centrais da

investigação que originou este artigo a identificação e a análise de instrumentos de gestão do trabalho como tecnologia do SUS em municípios do Estado de São Paulo. Buscou-se identificar e estudar a existência e/ou formas de negociações coletivas, de contratação, tipo de vínculo e jornada, implantação de carreiras e de políticas de formação de pessoal, bem como o *modus operandi* desses instrumentos de gestão do trabalho pelos gestores do SUS nos municípios estudados. O ponto de ancoragem foi a Atenção Básica (AB), tendo em vista seu papel estruturante no SUS (BODSTEIN, 2002; Brasil, 2006c).

Método

A pesquisa que deu origem a este artigo, *Avaliação da Gestão do trabalho como tecnologia em saúde na atenção básica do sistema único de saúde no Estado de São Paulo*, foi apoiada pela Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo (Fapesp), no âmbito do Edital Projeto para a Pesquisa do SUS (PPSUS). Foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Unifesp/EPM, conforme parecer CEP 0825/07, emitido no dia 15/06/2007.

Considerando a centralidade da Atenção Básica para a estruturação do SUS municipal, a investigação da força de trabalho foi empreendida pelo recorte da realidade estudada com foco nesta dimensão do sistema. Tratando-se de um estudo de caso, os critérios para a seleção dos municípios a serem estudados dentro do universo de 645 municípios paulistas obedeceram aos seguintes aspectos:

1. dimensão significativa da força de trabalho na rede básica;
2. existência de representação sindical dos trabalhadores da saúde ou de participação dos trabalhadores nos processos decisórios da Secretaria Municipal de Saúde;
3. envolvimento do gestor municipal na implementação do Pacto pela Saúde;
4. representação de regiões do estado com relevância econômica e política.

Dentre os oito municípios selecionados três eram polos de regiões metropolitanas do Estado de São Paulo. Cinco apresentavam população estimada pelo IBGE para 2008 na faixa superior a 500 mil habitantes e dois estavam na faixa entre 200 e 500 mil habitantes. A seleção de um município de porte populacional inferior a 100 mil habitantes se deveu ao fato de este ter sido o pioneiro na assinatura do Pacto pela Saúde no Estado de São Paulo.

O plano de análise foi baseado em matriz desenvolvida a partir das categorias nucleares dos compromissos assumidos no Pacto de Gestão, buscando responder às questões de investigação. Tais categorias foram desdobradas, por sua vez, em variáveis e indicadores, como apresentado no quadro 1:

Quadro 1. Matriz analítica das principais categorias concernentes à gestão da força de trabalho conforme o Pacto de Gestão

Processo/Categoria	Variável	Indicador
Democratização	Negociação	Mesas de negociação Periodicidade Registro em atas Composição da mesa Processo de decisão (consenso e votação) Representatividade
Direitos sociais e previdenciários Contratação	Vínculo Formas de contratação Fixação	Percentual de trabalhadores contratados por concurso público, processo seletivo e outras formas Percentual de rotatividade
Carreira/emprego público Progressão funcional	PCCS Modalidades de avaliação	Percentual de trabalhadores incluídos em carreira Critérios de avaliação funcional
Educação permanente	Formação/ Capacitação	Percentual de trabalhadores com formação no período

Fonte: Lacaz et al (2008) adaptado de Breilh e Granda (1986).

A coleta de dados referentes às variáveis discriminadas na matriz foi realizada através de planilhas preenchidas pelos gestores, detalhando a composição do quadro de pessoal, com quantitativos por categoria, jornada de trabalho, tipo de vínculo, bem como o número de trabalhadores envolvidos em projetos de formação de pessoal. Além disso, questionários cuja estruturação foi orientada pela matriz construída foram utilizados nas entrevistas com gestores, representantes dos usuários que fossem membros dos Conselhos Municipais de Saúde e representantes dos trabalhadores do SUS municipal, somando 26 entrevistas. Foi também analisada documentação relativa à gestão do trabalho disponibilizada pelos gestores municipais, com destaque para os Planos Municipais de Saúde, Relatórios de Gestão e os Planos de Carreira, Cargos e Salários de três municípios.

A organização e o tratamento do material obtido foram orientados pela proposta de Bardin (1995), procedendo-se à descrição, ao agrupamento e à análise do conteúdo, buscando continuamente levantar os temas principais e secundários articulados segundo seu significado para os objetivos analíticos assumidos e estabelecer convergências e divergências, com a finalidade de confirmar e conferir a classificação do material, ou seja, reatualizar as categorias previamente definidas em função das temáticas apresentadas.

O período da investigação abrangeu as administrações municipais no período de 2005-2008. O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética da Universidade Federal de São Paulo, conforme parecer CEP 0825/07, emitido no dia 15/06/2007 e também foi submetido ao Comitê da Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo. Cada um dos entrevistados leu e assinou o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

Resultados

Os resultados são apresentados segundo as categorias do plano de análise. Ainda que tenham sido obtidos pela investigação e análise da gestão de pessoal a partir do recorte da Atenção Básica, apontam para uma tendência predominante de *modus operandi* da gestão do trabalho em todos os níveis de atenção do SUS municipal, uma vez que vários dos instrumentos gerenciais utilizados abrangem toda a força de trabalho vinculada ao sistema público municipal de saúde.

Inicialmente, cabe discutir o papel desempenhado pelos Conselhos Municipais de Saúde, tal como emerge na investigação, considerando que os sujeitos entrevistados integravam o Conselho de seu município e porque, segundo o marco legal, esta instância deve “atuar na formulação de estratégias e no controle da execução das políticas de saúde” (BRASIL, 1990 e 2003). O Pacto pela Saúde reafirma a participação como princípio doutrinário do SUS, assegurado constitucionalmente e pelas leis federais que regem o SUS (BRASIL, 2006).

Os Conselhos Municipais de Saúde: alguns elementos para análise

A composição dos CMS era de conhecimento dos entrevistados, com exceção do gestor do município que não havia ainda assinado o Pacto. A periodicidade de reuniões dos Conselhos era mensal em todos os casos. Em alguns municípios, a

Comissão Executiva parecia assumir papel de maior protagonismo do que o próprio pleno do Conselho. O critério verificado de ocupação da função de presidente dos CMS foi variável, sendo que ocupavam a presidência em quatro municípios os Secretários de Saúde ou representantes da Secretaria Municipal de Saúde.

Quanto ao processo de decisão, houve discordância entre os entrevistados, mas predominava o voto. No entanto, alguns depoimentos desqualificaram esta forma de tomada de decisão, colocando o consenso como a melhor forma. A pesquisa evidenciou contradições entre os entrevistados e graus de informação muito diferenciados, deixando transparecer divergências de tal ordem que a declarada adoção do consenso poderia se mostrar questionável.

O registro em atas era feito em todos os municípios. Contudo, houve questionamento sobre a fidedignidade dos seus conteúdos. Para superar esta dificuldade, em um dos municípios havia a proposta de disponibilizar em áudio as intervenções de todos os conselheiros.

Em relação à publicação das atas, predominava o entendimento de que havia divulgação das decisões do CMS, embora os meios fossem variáveis: desde publicação em diários oficiais do município, sítio eletrônico da prefeitura, jornais do município e emissoras de rádio. Apesar da variedade dos meios citados, o alcance junto à população usuária do SUS e dos trabalhadores do sistema era considerado ainda limitado.

A posição periférica ocupada pelo tema gestão do trabalho na pauta dos Conselhos evidenciou-se pela implantação do PCCS apenas em quatro municípios, e mesmo nestes os PCCS não foram objeto de discussão dos CMS. Os conselheiros, com exceção de dois municípios de região metropolitana, não participavam de mesas de negociação, que existiam apenas em três municípios. Não havia gestão partilhada para formulação e acompanhamento dos PCCS nos municípios onde foram implantados. A avaliação funcional e a Educação Permanente também não foram discutidas nos CMS. Alguns entrevistados opinaram que este tema deveria permanecer na esfera de decisão do gestor, por considerarem esta questão como meramente técnica.

Conforme apontam alguns estudos (LACAZ; FLORIO, 2009), diante das fragilidades e dificuldades dos Conselhos, um dos sindicalistas entrevistados questionou se os Conselhos de Saúde são de fato

[...] garantia de uma gestão democrática no SUS, porque infelizmente existe uma série de mecanismos que os gestores usam para manipular os Conselhos... defendi a

criação dos Conselhos e percebo que hoje os Conselhos das políticas setoriais viraram uma arma contra a população... No sentido [de que] é uma instituição que tem aparência de democratização, mas na verdade é um mecanismo usado para política partidária, contra a população. O remédio para isso é a mobilização da população na participação do SUS... é muito difícil participar, não há movimento popular, a população é alienada sobre a gestão pública, o grau de manipulação da imprensa é muito grande... A gente está discutindo a retomada do movimento de saúde autônomo [...] (LACAZ et al, 2008, p. 91-92).

Democratização/Negociação

Os resultados referentes à negociação relacionam-se ao cumprimento dos itens do Termo de Compromisso de Gestão relativos à promoção e ao desenvolvimento de políticas de gestão do trabalho, considerando os princípios de humanização, participação e democratização das relações de trabalho, bem como a promoção de espaços de negociação permanente entre trabalhadores e gestores.

Foi constatado entendimento diverso do que seja mesa de negociação permanente da saúde, explicitando contradições entre os entrevistados. Em alguns municípios, confundiam-se as negociações de dissídio coletivo dos servidores públicos municipais com as mesas de negociação dos trabalhadores da saúde. Em outros municípios, havia mesas de negociação geral dos servidores públicos municipais. Alguns representantes dos trabalhadores entrevistados criticaram a eficácia e os resultados dessas mesas: consideraram que havia fragilidade da representação dos trabalhadores, o gestor se servindo das mesas para se eximir de responsabilidades. A maioria dos conselheiros não se sentia concernida neste processo de negociação.

Em dois municípios, nos quais havia mesa de negociação permanente específica da saúde, participavam os gestores e os sindicatos; em um terceiro município, a mesa de negociação não era específica do setor saúde e a participação era similar.

Direitos sociais e previdenciários: vínculo e regime jurídico

Esta temática e as variáveis decorrentes avaliam o item do Termo de Compromisso de Gestão que estabelece a adoção de vínculos de trabalho no sentido de garantir os direitos sociais e previdenciários e de ações de adequação de vínculos onde necessário.

No período de vigência da pesquisa, predominavam duas formas de contratação: concurso público para o vínculo via Consolidação das Leis do Trabalho (CLT) e contratação via entidades parceiras, principalmente para o

Programa de Saúde da Família (PSF), e no caso de um dos municípios de grande porte, para as unidades de pronto-atendimento.

As vantagens do regime estatutário mencionadas pelos entrevistados foram a permanência, o vínculo, a estabilidade, maior facilidade para captar profissionais, melhor estruturação do serviço público e democratização do acesso, enquanto as desvantagens mais citadas pelos gestores diziam respeito à dificuldade de demissão e acomodação. Em contraste, a vantagem mais mencionada em relação à contratação pela CLT foi a demissibilidade; e as desvantagens mais citadas foram a rotatividade e a consequente perda dos investimentos feitos na formação de pessoal.

Carreira: Plano de Carreira, Cargos e Salários

Os resultados buscaram aferir de que forma os gestores atenderam ao item do Termo de Compromisso de Gestão, que preconiza a observação das diretrizes nacionais para elaboração, implementação e/ou reformulação, quando pertinente, dos Planos de Carreira, Cargos e Salários (PCCS).

A análise da incorporação das diretrizes nacionais nos respectivos PCCS municipais foi centrada em três municípios, já que apenas estes possuíam planos elaborados e aprovados após 2006 e, dessa maneira, deveriam pautar-se pelas diretrizes nacionais do PCCS-SUS.

Nos três municípios, os planos abarcavam trabalhadores de todos os níveis de escolaridade e tinham o concurso público como única forma de ingresso na carreira. Entretanto, a gestão partilhada de carreira, a ser concretizada nas comissões paritárias de carreira, não se efetivou nos municípios analisados. Nos três municípios citados, o pré-projeto do PCCS constituiu iniciativa unilateral do gestor, e posteriormente foi apresentado à discussão para o conjunto de trabalhadores. Assim, também, não se fez presente nesses municípios a comissão paritária de carreira com o objetivo de acompanhar e avaliar a implantação dos planos. Em um dos municípios, foi criada uma Comissão Técnica de Gestão de Carreiras, mas com representantes exclusivos dos gestores.

As dissonâncias também se expressavam, nesses três municípios, no fato de que em dois deles o PCCS se destinava exclusivamente aos trabalhadores do SUS, enquanto que no terceiro município o PCCS englobava trabalhadores de diversos setores da prefeitura. O vínculo dos trabalhadores abarcados pelo PCCS era estatutário em dois municípios e pela CLT em outro. Quanto à configuração dos cargos,

em um município não foram criados cargos multitarefas ou multiprofissionais, conforme preconizam as diretrizes do PCCS-SUS, e os cargos foram estipulados a partir das profissões ou especialidades. Em outro, houve condensações em três cargos respectivamente de nível superior, médio e fundamental, mas estes não englobaram a totalidade dos trabalhadores e o número de cargos chegava à casa das duas dezenas. Em um terceiro município, também se adotou a lógica dos cargos multiprofissionais de maneira parcial, totalizando a criação de quatro cargos, um deles específico para os profissionais médicos.

Educação em Saúde

Trata-se aqui de abordar o cumprimento do item do Termo de Compromisso de Gestão que expressa o compromisso de propor e pactuar diretrizes de educação e de gestão do trabalho favorecedoras do provimento e da fixação de trabalhadores da saúde, notadamente onde a restrição de oferta afetar diretamente as ações estratégicas que visem à implementação da Atenção Básica.

No que tange à educação permanente no PCCS, não havia menções específicas em dois municípios. Um terceiro estipulava um programa de qualificação profissional e o gestor entrevistado mencionou a proposta de criação de uma escola técnica do SUS no município; o programa de qualificação desse município fazia referência à implementação de ensino à distância e à formação gerencial.

Nos três municípios, havia limites para a ascensão profissional, que variavam de 5% a 30% em cada processo; em todos os casos, a nota na avaliação de desempenho era critério para a disputa das vagas disponíveis para acesso. Embora não houvesse menção específica ao tema nas diretrizes, os municípios adotaram prêmios por produtividade e desempenho que, em um dos municípios, poderia elevar em até 100% o salário dos profissionais médicos. A inclusão do prêmio por produtividade e desempenho, neste último caso, pareceu estar vinculada ao propósito de correção de distorções salariais internas ao próprio sistema de saúde.

Parte dos entrevistados questionou se as iniciativas de capacitação, mencionadas em todos os municípios no período estudado, conformassem, de fato, uma política de capacitação abrangente. O cruzamento dos dados obtidos nas entrevistas com a análise dos PCCS permitiu verificar que não houve gestão partilhada sobre as decisões tomadas acerca da carreira. Em alguns municípios, havia participação na capacitação das universidades, Ministério da Saúde e menos frequentemente dos Departamentos Regionais de Saúde (DRS).

Discussão

Dentre os problemas enfrentados no processo de consolidação do papel dos conselhos de saúde, diversos estudos destacaram a composição, representação e representatividade deste órgão colegiado (LABRA, 2002 e 2005; CORTES, 2009; GRISOTTI, 2010).

A avaliação do controle social desde a Lei n. 8142 mostra que tal processo tem sido insuficiente para incentivar a participação no planejamento e na tomada de decisão acerca da macropolítica de saúde pública (TREVISAN; JUNQUEIRA, 2007).

O exercício do controle sobre a execução das políticas públicas por parte dos Conselhos de Saúde tem encontrado significativos problemas, atinentes principalmente à afirmação de sua legitimidade e da eficácia na gestão das políticas, visando responder às necessidades em saúde (MARTINS et al., 2008; VIANNA et al., 2009).

Nesta trajetória de percalços, o valor estratégico da informação para o controle social tem sido ressaltado por vários autores (SILVA et al., 2007). Do ponto de vista do controle público do sistema por intermédio dos fóruns democráticos, os obstáculos encontrados para obtenção de informações precisas e corretas ajudaram a esclarecer a insuficiente apropriação dos temas relativos à força de trabalho pelos conselheiros entrevistados.

Grandes dificuldades interpuseram-se para a coleta de dados quantitativos referentes ao quadro de pessoal, tais como a discriminação quantitativa das diferentes categorias profissionais, tipo de jornada, salários-base e médios, rotatividade etc. Com exceção de dois municípios, os gestores ou se recusaram claramente a disponibilizar os dados ou protelaram indefinidamente esta disponibilização, na prática inviabilizando-a.

Os argumentos levantados pelos gestores para justificar tais impedimentos variaram: desde a assunção clara de uma decisão político-administrativa de não liberar dados (justificado em um dos casos por mensagem eletrônica) até a recusa total pelo gestor, depois de inúmeras tentativas, em conceder entrevista, caso documentado por ofício protocolado pelo coordenador da pesquisa, no Gabinete da Secretaria Municipal de Saúde, sem a obtenção de qualquer resposta. Em outros municípios, foi alegado que os dados de quadro de pessoal da Saúde estavam sob a responsabilidade de outra secretaria, em geral a pasta da Administração, o que dificultava e mesmo impedia seu fornecimento.

O cerceamento do acesso às informações evidenciou o não-reconhecimento do caráter público dos dados de pessoal, ou seja, o tratamento privado de dados que poderiam estar disponíveis no sítio eletrônico das administrações municipais. Ademais, tomando como verdadeira a afirmação de que as secretarias da Saúde não tinham estes dados prontamente, tornou-se evidente a impossibilidade, para o gestor da saúde, de manejá-lo quadro de pessoal e suas alterações como instrumento de gestão.

Evidenciou-se o frágil domínio por parte dos Conselhos Municipais de Saúde acerca da discussão do Pacto pela Saúde, que ocorreu majoritariamente como desdobramento do debate dos Planos Municipais de Saúde, cuja aprovação é condição necessária para a assinatura da pactuação. Mesmo que em três municípios esta discussão tenha envolvido dinâmica complexa e mais participativa dos vários segmentos através de seminários e oficinas, com envolvimento do Conselho Municipal de Saúde, havia pouca apropriação, pelos conselheiros entrevistados, dos conteúdos das planilhas que explicitaram os compromissos assumidos no que concerne à gestão do trabalho.

Em outro município, o debate em torno da adesão ao Pacto foi considerado conflituoso por parte de um dos representantes dos gestores. Paradoxalmente, em um dos casos a realização da Conferência Municipal de Saúde interferiu negativamente na discussão do Pacto por parte do CMS que teria se dedicado à organização e condução da Conferência enquanto se dava a discussão sobre a adesão ao Pacto pela Secretaria Municipal da Saúde.

Em um dos municípios sede de região metropolitana, além do desconhecimento pelo gestor entrevistado acerca da composição do CMS, evidenciando prováveis dificuldades na relação com a instância de controle público do SUS, o gestor municipal imputou à Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo (SES-SP) o atraso da adesão ao Pacto, consequente à indefinição do montante da transferência de seus recursos financeiros para os municípios. Nesse mesmo município, constatou-se um processo bastante centralizado de decisão, o CMS tendo sido envolvido de forma muito periférica.

Cabe destacar que à época do desenvolvimento das entrevistas, apenas dois municípios paulistas não haviam subscrito o Pacto pela Saúde, sendo um deles um dos municípios estudados, de grande porte e polo de região metropolitana. Tal situação decorria da inexistência de Plano Municipal de Saúde aprovado

pelo CMS. Em contrapartida, entre os municípios selecionados está aquele que, tendo menos que 100 mil habitantes, foi o primeiro, no Estado de São Paulo, a assinar o Pacto pela Saúde.

A ocupação do cargo de presidente do Conselho em quatro municípios, desde sua implantação, pelos titulares da Secretaria Municipal de Saúde ou por funcionários desta pasta denotou certo atraso no cumprimento da orientação apontada pelo Conselho Nacional de Saúde (CNS), que preconiza rodízio da presidência entre os diversos segmentos representados (CNS, 2003).

Evidenciaram-se também nesta pesquisa fragilidades na formação dos conselheiros. Houve convergência de falas de gestores e conselheiros que evidenciaram a desinformação e a insuficiente compreensão do caráter público do sistema de saúde no Brasil, ao que se associou a pouca clareza na distinção da natureza das esferas pública e privada, quando usuários relacionaram o SUS aos planos privados de saúde (“convênios”), revelando no imaginário popular fragilidades na percepção acerca da ideia da Saúde como direito.

Houve controvérsias quanto à descentralização da gestão de pessoal, mas os gestores, em geral, opinaram que a autonomia das Secretarias Municipais de Saúde era relativa, estando as decisões centralizadas no prefeito e em outras secretarias, como da Administração e Finanças. Este quadro indicou a existência de conflito de poder entre órgãos do governo e falta de entendimento das administrações municipais sobre a necessidade de descentralização no âmbito do SUS municipal, agravando as dificuldades de gerenciamento dos instrumentos disponíveis para a gestão da força de trabalho. Tais resultados apontaram no sentido contrário da adoção de política de pessoal descentralizada, conforme preconiza o Termo de Compromisso de Gestão.

Por parte dos sindicalistas e dos conselheiros representantes dos usuários entrevistados, ficou clara a transferência para os gestores da prerrogativa da formulação de propostas políticas de formação de pessoal, denotando uma visão despolitizada do papel protagônico que os conselheiros poderiam assumir e revelando alheamento em relação aos temas relativos à tecnologia de gestão de pessoal, tratados como questões puramente técnicas.

Outro achado que merece ser discutido foi a transferência, para entidades privadas, de uma significativa parcela da gestão de pessoal. Frise-se que a construção do SUS tem sido marcada por uma relação público-privado

indistinta (HEIMANN, 2005), que não se diferencia do patrimonialismo que caracteriza historicamente a relação do Estado brasileiro com a esfera privada (HOLANDA, 2006). Para alguns autores, no SUS esta relação tem “contribuído para a cristalização de iniquidades no setor” (TANAKA; MELO, 2001, p. 8). A inovação alegada na gestão de pessoal por alguns gestores entrevistados foi a contratação via terceiros na qual o vínculo é pela CLT. Contudo, na Constituição Federal em vigor (BRASIL, 1988), os legisladores estabeleceram como forma única de ingresso no serviço público a realização de concurso público e o regime estatutário. Em outras palavras, a inovação alegada marca um retorno a uma fase anterior a 1988. Contradictoriamente, tais gestores valorizaram a importância do vínculo, da continuidade, do compromisso, que foram associados por eles ao regime estatutário. Frise-se, ainda, que esta contradição em geral acompanhou a realidade estudada na presente investigação, na medida em que, com exceção de um, os municípios que foram objeto da pesquisa não realizaram concurso público desde a assunção da administração que se encerrou em 2008, alguns deles até há mais tempo.

Observe-se que, nos municípios, tem aumentado o número de contratações mediante terceirizações, ampliando-se, como acima assinalado, “o entendimento sobre o que seria atividade-meio.” (RIBEIRO, 2006, p. 17).

Nesta pesquisa, verificou-se o aprofundamento desse quadro, na medida em que as terceirizações atingiram os exames laboratoriais, radiológicos, bem como a retaguarda de nutrição, que podem ser considerados também atividades-fim no caso da Atenção Básica. Assim, a situação observada consubstancia o que Pochman (POCHMAN, 2007) afirma ser a “superterceirização”, ou seja, a terceirização mesma das atividades fim pelas empresas, o que fragiliza sua capacidade de gestão, aspecto esse, considerando a fala dos entrevistados, que parece não preocupar a gestão pública. Observou-se ainda uma espécie de desobrigação do gestor municipal com a gestão da Atenção Básica vinculada às equipes de Programa de Saúde da Família (PSF), via o repasse para as chamadas entidades parceiras desta tarefa, ao lado de uma fragmentação da capacitação pulverizada em várias dessas entidades.

A partir dos resultados observados, foi possível constatar a pequena adesão dos municípios aos princípios definidos pelas diretrizes nacionais do PCCS-SUS, a começar pela inexistência de PCCS específico para o SUS na maioria

dos municípios – em clara afronta ao Termo de Compromisso de Gestão (TCG), firmado no Pacto. Mesmo os três municípios que estruturaram PCCS, além de adotarem práticas pouco democráticas no processo de sua construção e implantação, não demonstraram atenção a princípios como a equivalência e mobilidade, o que traz óbices às perspectivas de fortalecimento do SUS como sistema de saúde nacional, em que estão implicadas as três esferas de governo.

Do ponto de vista da atuação dos profissionais na Atenção Básica ficou patente que a maior rotatividade ocorreu com os médicos, “os quais aspiram ter sua carreira separada das demais categorias de trabalhadores e têm feito valer essa intenção em várias instituições” (NOGUEIRA, 2007, p. 12). Tal assertiva, de certa forma, corrobora afirmação de representante sindical entrevistada, para quem os subprodutos do PCCS em seu município foram a regulação da atuação dos médicos e alguns privilégios que estes reivindicam em relação aos outros profissionais da saúde. A possibilidade de, com o Pacto, haver sanções aos gestores que não cumprirem os compromissos assumidos na adesão, traz elemento novo na perspectiva de maior realização do que foi pactuado por parte dos municípios.

Em função dos achados da pesquisa, algumas recomendações podem ser indicadas, em consonância com as responsabilidades sanitárias assumidas no Pacto de Gestão:

- implantação do PCCS considerando as diretrizes emanadas do CNS conforme resolução já referida, datada de 2006;
- adoção de mesas de negociação permanentes com participação do setor Saúde, mesmo que sejam coordenadas por outra instância da administração municipal;
- resgate do concurso público com vínculo de estatutário como forma de ingresso no SUS;
- colocação na pauta dos CMS da discussão do tema da gestão do trabalho em saúde;
- adoção de políticas contínuas e duradouras de educação e capacitação de pessoal articuladas com a progressão na carreira, a qual supõe capacitação cuja responsabilidade é eminentemente do gestor, não devendo ser transferida para os trabalhadores individualmente;
- publicização do quadro de pessoal lotado nos serviços, bem como de informações sobre jornada de trabalho, tipo de vínculo etc, acessível também por meios informatizados.

Referências

- BARDIN, L. *Análise de Conteúdo*. Lisboa: Edições 70, 1995.
- BODSTEIN, R. Atenção básica na agenda da saúde. *Ciênc. Saúde Coletiva*. Rio de Janeiro, v. 7, n. 3, p. 401-412, 2002.
- BRASIL. Presidência da Republica. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. Decreto nº 4 726, de 09 jun 2003. Aprova a Estrutura Regimental e o Quadro Demonstrativo de Cargos em Comissão e das Funções Gratificadas do Ministério da Saúde e dá outras providências. *Diário Oficial (da) República Federativa do Brasil*. Brasília, DF: Imprensa Nacional, 10 jun. 2003, p. 12. Revogado pelo Decreto nº 5 768 de 2006. Disponível em http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/2003/D4726.htm. Acesso em: 25 maio 2010.
- BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 333, de 4 de novembro de 2003. Aprova as diretrizes para criação, reformulação, estruturação e funcionamento dos Conselhos de Saúde. *Diário Oficial (da) República Federativa do Brasil*. Brasília, DF: Imprensa Nacional, 4 dez. 2003, n. 236, seção 1, p. 57, col. 1.
- BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988, de 5 de outubro de 1988. *Diário Oficial (da) República Federativa do Brasil*, Brasília, DF, v. 1 (anexos, col. 1), out. 1988.
- BRASIL. Lei Federal 8142, de 28 dez 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do SUS e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Presidência da Republica. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. Disponível em http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L8142.htm. Acesso em: 04 jun 2010.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Norma Operacional Básica 1993. Portaria MS n. 545 de 20 maio 1993. Estabelece normas e procedimentos reguladores do processo de descentralização da gestão das ações e serviços de saúde através da NOB SUS 01/93. Disponível em http://siops.datasus.gov.br/Documentacao/Portaria%20545_20_05_1993.pdf Acesso em: 04 jun 2010.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Norma Operacional Básica 1996 portaria MS nº 2 203, de 06 nov 1996. Redefine o modelo de gestão do Sistema Único de Saúde e disciplina as relações entre as três esferas de gestão do Sistema. Disponível em <http://www.portalsocial.ufsc.br/legislacao/saude/nob96.pdf> Acesso em: 04 jun 2010.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção Básica. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2006 c. 60 p. (Série A. Normas e Manuais Técnicos). Série Pactos pela Saúde 2006, v.4. Disponível em <http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2006/GM/GM-699.htm> Acesso em: 04 jun 2010.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM 399 de 22/02/2006. Divulga o Pacto pela Saúde 2006 – Consolida o SUS e aprova as diretrizes operacionais do referido Pacto, 2006a. Disponível em http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/prtGM399_20060222.pdf Acesso em: 04 jun 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM 626, de 08 abr 2004. Diretrizes Nacionais PCCS-SUS. Dispõe sobre diretrizes nacionais para a instituição de Plano de Carreiras, Cargos e Salários no âmbito do SUS – PCCS - SUS. Disponível em http://www.vozativa.kit.net/PC_Diretrizes02.pdf Acesso em: 04 jun 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM 699, de 30 mar 2006. Regulamenta as diretrizes operacionais dos Pactos pela Vida e de Gestão. Secretaria Executiva. Departamento de Apoio à Descentralização. Coordenação Geral de Apoio à Gestão Descentralizada. *Diretrizes Operacionais dos Pactos pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão*. Brasília: Ministério da Saúde, 2006b. 76 p.

BREILH, J.; GRANDA, E. *Saúde na Sociedade*. São Paulo: Abrasco, 1986. 216 p.

CORTES, S.V. Sistema Único de Saúde: espaços decisórios e a arena política de saúde. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 25, n. 7, p. 1626-1633, jul 2009.

GRISOTTI, M.; PATRÍCIO, Z.M.; SILVA, A. da. A participação de usuários, trabalhadores e conselheiros de saúde: um estudo qualitativo. *Ciênc. Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 15, n. 3, p. 831-840, maio 2010.

HEIMANN, L.S.; IBANHES, L.C.; BARBOZA, R. (Org.). *O público e o privado na Saúde*. São Paulo: Hucitec, 2005. 239 p.

HOLANDA, S.B. *Raízes do Brasil*. São Paulo: Cia das Letras, 2006. 224 p.

LABRA, M.E. Conselhos de saúde: visões “macro” e “micro”. *Civitas - Revista de Ciências Sociais*, Porto Alegre, v. 6, n. 1, p. 199-221, jan.-jun. 2006.

LACAZ, F.A.C.; FLORIO, S.M.R. Controle Social, mundo do trabalho e as Conferências Nacionais de Saúde na virada do século XX. *Ciênc. Saúde Coletiva*. Rio de Janeiro, v. 14, n. 6, p. 2.123-2.143, dez. 2009. Disponível em http://www.abrasco.org.br/cienciaesaudecoletiva/artigos/artigo_int.php?id_artigo=1846 Acesso em: 04 jun 2010.

LACAZ, F.A.C. et al. *Avaliação da Gestão do Trabalho como tecnologia em Saúde na Atenção Básica do Sistema Único de Saúde no Estado de São Paulo*. Relatório final. São Paulo: Fapesp, 2008 [mimeo].

MARTINS, P.C. et al. Conselhos de saúde e a participação social no Brasil: matizes da utopia. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 18, n. 1, p. 105-121, 2008.

NOGUEIRA, R.P. Problemas de Gestão e Regulação do Trabalho no SUS. *Revista Serviço Social e Sociedade*, São Paulo, v. 87, p. 1-14, p. 12, 2007.

POCHMANN, M.A. A perspectiva da Academia. In: SINDEEPRES (Org.) Seminário SINDEEPRES 15 anos: a Superterceirização dos Contratos de Trabalho. São Paulo: SINDEEPRES, p. 96-137, 2007.

RIBEIRO, A.B. *Vínculos de trabalho na administração pública brasileira*. Brasília: Observatório de Recursos Humanos em Saúde, 2006. Disponível em: <<http://www.observarh.org.br/nesp>> Acesso em: 24 maio 2010.

- SILVA, A.X. da; CRUZ, E.A.; MELO, V. A importância estratégica da informação em saúde para o exercício do controle social. *Ciênc. Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 12, n. 3, p. 683-688, jun. 2007.
- TANAKA, O.Y.; MELO, C. As organizações sociais no setor saúde: inovando as formas de gestão? *Organizações & Sociedade*, Salvador, v. 8, n. 22, p. 1-12, 2001.
- TREVISAN, L.N.; JUNQUEIRA, L.A.P. Construindo o “pacto de gestão” no SUS: da descentralização tutelada à gestão em rede. *Ciênc. Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 12, n. 4, p. 893-902, ago 2007.
- VIANNA, M.L.T.W.; CAVALCANTI, M.L.; CABRAL, M.P. Participação em saúde: do que estamos falando? *Sociologias*, Porto Alegre, n. 21, p. 218-251, jun. 2009.

Abstract

The Health Pact and workforce management within the Unified Health System's Primary Care: a portrait of the situation in some municipalities in São Paulo state, Brazil

This paper discusses the implementation in eight municipalities in São Paulo state of the commitments concerning the management of work composing the Management Pact, signed in 2006 by the three levels of the Unified Health System (SUS). Among the municipalities studied, three are centers of metropolitan areas and five had in 2008 population over 500,000 inhabitants. Data were collected, particularly concerning the Career, Positions and Wages Plan (PCCS) and interviews were accomplished with managers and representatives of workers and users in Municipal Health Councils. The categories analyzed were derived from the Management Pact: democratization of labor relations, social rights and social security, juridical regime and working arrangements, career progression and permanent training. The results showed irrelevant repercussion of the collective-bargaining mechanisms' decisions on personnel policy; partial incorporation of the guidelines of PCCS-SUS in only three municipalities, staff training policy characterized by specific initiatives decoupled from career progression. It was also possible to identify a restricted view by the counselors interviewed about their participation in the work management discussion; Municipal Health Councils' peripheral approach of the issues related to the management of the workforce; deficiencies in the decentralization of management positions for municipal SUS; tendency for private treatment by managers of the data concerning staff. In spite of the incipient implementation of the commitments stated in the Management Pact, we highlight the innovative inclusion of the work management on the Public Health System managers' agenda as a definite policy.

► **Key words:** management; workforce; Pact.