

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO

ALESSANDRA PAULA FERREIRA MOREIRA NEUMANN

**ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA EM SAÚDE E A OCUPAÇÃO DE CARGOS
DE GESTÃO: ANÁLISE DE DOIS MUNICÍPIOS DE GRANDE PORTE DO
ESTADO DE SÃO PAULO E UMA PROVÍNCIA CANADENSE.**

Tese apresentada à Universidade Federal de
São Paulo - Escola Paulista de Medicina,
para obtenção do título de Doutor em
Ciências.

São Paulo

2018

Alessandra Paula Ferreira Moreira Neumann

**ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA EM SAÚDE E A OCUPAÇÃO DE CARGOS
DE GESTÃO: ANÁLISE DE DOIS MUNICÍPIOS DE GRANDE PORTE DO
ESTADO DE SÃO PAULO E UMA PROVÍNCIA CANADENSE.**

Tese apresentada à Universidade Federal de
São Paulo - Escola Paulista de Medicina,
para obtenção do título de Doutor em
Ciências.

Orientadora: Prof^a Dr^a Mariana Cabral
Schveitzer

Co-orientadora: Prof^a Dr^a Virginia Junqueira

São Paulo

2018

AUTORIZO A REPRODUÇÃO TOTAL OU PARCIAL DESTE TRABALHO, POR QUALQUER MEIO CONVENCIONAL OU ELETRÔNICO, PARA FINS DE ESTUDO E PESQUISA, DESDE QUE CITADA A FONTE.

Assinatura: _____ Data: 17 / 09 / 2018

FICHA CATALOGRÁFICA

Neumann, Alessandra Paula Ferreira Moreira

Administração pública em saúde e a ocupação de cargos de gestão: análise de dois municípios de grande porte do Estado de São Paulo e uma província canadense / Alessandra Paula Ferreira Moreira Neumann – São Paulo, 2018. xxviii, 263f.

Tese (Doutorado) – Universidade Federal de São Paulo. Escola Paulista de Medicina. Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva.

Título em inglês: Public health administration and occupation of management positions: analysis of two large municipalities in the State of São Paulo and a Canadian province.

1. Administração e gestão pública. 2. Ocupação de cargos públicos. 3. Serviço público em saúde. 4. Qualidade de vida no trabalho.

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO
ESCOLA PAULISTA DE MEDICINA
DEPARTAMENTO DE MEDICINA PREVENTIVA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA**

Chefe do departamento: Profª Drª. Rosemarie Andrezza

Coordenadora do curso de pós-graduação: Prof. Drª. Zila Van der Meer Sanchez

ALESSANDRA PAULA FERREIRA MOREIRA NEUMANN

**ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA EM SAÚDE E A OCUPAÇÃO DE CARGOS
DE GESTÃO: ANÁLISE DE DOIS MUNICÍPIOS DE GRANDE PORTE DO
ESTADO DE SÃO PAULO E UMA PROVÍNCIA CANADENSE.**

Presidente da Banca:

Profª Drª Mariana Cabral Schweitzer

BANCA EXAMINADORA (ordem alfabética)

Profª Drª Andreia de Conto Garbin

Profª Drª Cássia Baldini Soares

Profª Drª Debora Bertussi

Profª Drª Francisco Antonio de Castro Lacaz

Ao meu caçula Marcelo Moreira Neumann Junior, menino lindo e inteligente, por desde a gravidez ter acompanhado a evolução deste trabalho, inconscientemente percebendo minhas múltiplas dedicações.

AGRADECIMENTOS

Considero a gratidão uma excelente virtude, desta forma, agradeço primeiramente a Deus, pela vida, saúde e força que me concedeu para que conseguisse alcançar meus objetivos!

Agradeço ao meu amado marido Marcelo M. Neumann pelo amor e dedicação, com você eu aprendi que era possível mudar o rumo da minha história e continuar sendo a mesma Alessandra simples e honesta, serei eternamente grata por cada momento maravilhoso ao seu lado;

Ao meu amado filho Arthur F. Moreira, pelo amor e pela paciência em entender minha ausência nessa jornada, sua energia me inspira!

Ao meu enteado Matheus M. Neumann, por desde bem pequeno me permitir fazer parte de sua história, como a Boadrasta e pela feliz e linda família que somos;

Agradeço à Prof^a Dr^a Virginia Junqueira pelo aceite do meu projeto ao doutorado e a acolhida, lady amada e querida por todos, saiba que 'quando crescer quero ser igual a você!', muito obrigada por tudo, especialmente pela contribuição acadêmica;

Agradeço ao Prof. Dr. Francisco Antonio de Castro Lacaz por me integrar ao projeto de pesquisa quando eu estava em um momento crítico e com processo de adoecimento, saiba que aprendi muito com você e esta nova trajetória profissional tem um mérito seu também;

À querida orientadora Mariana Cabral Schweiter por me aceitar no meio do percurso e pelas grandes contribuições de aprendizado, muito obrigada mesmo!

À minha mãe, mulher admirável que travou grandes batalhas para que a infância não fosse tão penosa, muito obrigada de todo o coração por estar presente, especialmente nos anos de mestrado e doutorado, sem seu apoio com meus filhos tudo teria sido muito mais difícil, obrigada por tudo!

Ao meu pai, homem honesto e forte que aos 74 anos ainda faz questão de trabalhar, se mostra duro como uma rocha, mas sei que nos momentos certos deixa-se mostrar vulnerável;

À minha irmã caçula Luenia O. Ferreira, querida e amada, sinto falta da menininha que você era, oro sempre por você! Obrigada por não medir esforços para me ajudar com as transcrições;

Aos meus irmãos Liliane e Leandro, guerreiros como eu, lutaram por seus espaços, conquistas acadêmicas e profissionais, obrigada por sermos tão unidos, vocês são muito especiais, amo vocês também!

A minha tia Evani pelos momentos de alegria, pela parceria me formamos e batalhas que travamos, saiba que pode contar comigo hoje e sempre!

À todos meus sobrinhos, tios, tias, primos, enfim, toda minha família agradeço por me amarem pelo que sou, a recíproca é verdadeira;

À família Moreira Neumann, consanguíneos do meu marido, especialmente meus sogros por entender minha ausência nos momentos mais críticos de trabalho e pesquisa;

À todos participantes da equipe do “projeto Fapesp” (LACAZ *et al.* 2014) com os quais tive o prazer de conviver desde janeiro de 2011, para muitos deles, a amizade vai além do trabalho: Eduardo Santana, Eliziane J. Santos, Nicanor Pinto, Patricia Goulart, Patrícia Vechia; Regina Mennin, Rosana Coneglian, Sandra Spedo, Sheila A. Costa, Tamiris Rizzo, Carlos T. Cortizo, Wanda Sato e demais participantes da fase 2, Luciana Oliveira, Silvia Tonim, Solange Vialle e Vivianne Silva, no qual deu origem ao livro: “Trabalhar no SUS: gestão, repercussões psicossociais e política de proteção à saúde”, no qual tive o privilégio de contribuir com o capítulo V;

Aos professores e profissionais que compuseram a banca na qualificação: Dr^o Arnaldo Sala, Dr^a Débora Cristina Bertussi, Dr^a Vânia Barbosa do Nascimento e Dr^a Sandra Maria Spedo pelos valiosos questionamentos e sugestões de aprimoramento para o desenvolvimento da tese;

Aos professores e profissionais que aceitaram participar da banca de defesa: Prof. Dr^o Francisco Antonio de Castro Lacaz; Prof^a Débora Bertussi; Prof^a Dr^a Cássia Baldini Soares e Prof^a Dr^a Andreia de Conto Garbin, meu carinho e eterno agradecimento;

Ao Prof^o Dr^o Annibal Sabino pelo acolhimento nos dois semestres de estágio, obrigada pela amizade e compartilhamento de conhecimentos, Grazie maestro!

À Sandra Fagundes e Luzia Leite da secretaria de pós-graduação pela amizade, paciência e apoio administrativo;

A todos os funcionários da Unifesp e da Adunifesp-SSind que me ofereceram amizade, diálogos e compartilhamento de experiência;

A todos meus amigos e amigas, simplesmente por existirem! Sem querer desmerecer ninguém, mas Conceição, Ligia, Pereira e Romário, as viagens e passeios são incríveis com vocês;

À todos os colegas de pós-graduação e companheiros de jornada, pela amizade e troca de experiências;

À CAPES-Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior, pela bolsa auxílio que me permitiu tempo de dedicação ao projeto de pesquisa e ao doutorado;

À todos que direta e indiretamente contribuíram para a conclusão desta tese;

Finalmente, agradeço a todos os participantes das entrevistas, pela disponibilidade de tempo, reflexões e pela sinceridade manifestada.

Obrigada de coração!!!

NEUMANN, A.P.F.M. **Administração pública em saúde e a ocupação de cargos de gestão: análise de dois municípios de grande porte do Estado de São Paulo e uma província canadense.** 2018, 250 f. Tese (Doutorado) Universidade Federal de São Paulo, São Paulo, 2018.

RESUMO

Introdução: A Constituição Federal Brasileira de 1988 (CF) determinou a realização de concurso público, estabelecendo o Regime Jurídico Único – RJU, como forma exclusiva de ingresso dos servidores públicos, obedecendo os princípios da: impessoalidade, moralidade, legalidade e publicidade. Em 1995 foi criado o Ministério da Administração e Reforma do Estado (Mare) que formulou o Plano Diretor da Reforma de Estado (PDRAE), no qual foi suprimido o RJU como forma única de ingresso e acrescentado o princípio da eficiência ao texto constitucional que rege o ingresso dos servidores. Atualmente, a administração pública usa quatro formas de regime de trabalho: estatutária, celetista, especial e cargos de comissão. Diante das mudanças provocadas pela reforma administrativa do Estado no setor público da saúde, há interesse em levantar e analisar como ocorre a ocupação de cargos públicos de gestão no Sistema Único de Saúde brasileiro. O Canadá também tem um sistema de saúde universal, e sua lei de saúde é regida por cinco princípios: universalidade, abrangência, acesso razoável, portabilidade e administração pública, todavia com maior autonomia administrativa entre as províncias. **Objetivo geral:** Analisar a ocupação de cargos públicos na área da saúde em dois municípios de grande porte do estado de São Paulo e uma província canadense, investigando a relação desses processos com a Qualidade de Vida no Trabalho - QVT. **Método:** Pesquisa descritiva qualitativa com revisão integrativa que foi organizada em três etapas: 1) revisão integrativa, os dados foram levantados nas bases de dados: Scielo, Lilacs e Google acadêmico, as palavras-chave foram: cargo público, serviço público em saúde, ocupação em saúde e cargos em saúde até maio de 2017. A análise de dados foi baseada em quatro princípios do art. 37 da Constituição Federal, alterada pela emenda constitucional 19 de 1998: impessoalidade, moralidade, publicidade e eficiência; 2) Entrevistas semi-estruturadas com quatro dirigentes de Ontário/Canadá; 3) Entrevistas semi-estruturadas com os diretores regionais e respectivos gestores de RH de dois municípios do estado de São Paulo (M1 e M2). Todas as entrevistas foram analisadas por meio de análise de conteúdo de Bardin. O projeto foi aprovado pelo Comitê de ética em Pesquisa da Universidade Federal de São Paulo, por meio do número CAAE 51326215.7.0000.5505. **Resultados:** Os resultados foram apresentados em três partes: 1) Ocupação de cargos públicos de gestão na área da saúde no Brasil: revisão integrativa da literatura. Foram encontrados 697 artigos e após leitura criteriosa de títulos e resumos foram selecionados 12 para análise categorial com base nos princípios da CF, evidenciando a necessidade de avanços em políticas que defendam o interesse dos trabalhadores da área da saúde. 2) Ocupação de cargos públicos na área da saúde na perspectiva de gestores de Ontário/Canadá, a partir da análise de conteúdo dos artigos selecionados e das entrevistas com os gestores canadenses foram organizadas quatro categorias:

Recrutamento e processo seletivo público e transparente; Critérios específicos para assumir o cargo de gestão; Indicação, sindicato e financiamentos interferem na contratação e Gestão do trabalho em saúde. Destacou-se que a transparência no recrutamento e seleção, o apoio profissionalizante e o exercício de negociações justas oportunizariam contratações de trabalho mais adequadas, proporcionando equilíbrio pessoal aos ocupantes dos cargos públicos e podendo servir de modelo para outros países e 3) Ocupação de cargos públicos na área de saúde nos dois municípios de São Paulo; a partir da análise de conteúdo foram organizadas cinco categorias: Políticas de pessoal, habilidades e competência influenciam a ocupação de cargos; Importância de recrutamento e processo seletivo público e transparente; Delimitação dos critérios específicos para cargo de direção em saúde pública; Indicação, financiamentos e localização geográfica interferem nas contratações e Desenvolvimento pessoal e profissional afetam a qualidade de vida no trabalho - QVT. **Discussão:** A discussão buscou consolidar as respostas dos entrevistados, vinculando-as às categorias desenvolvidas. Os trabalhadores canadenses apontaram a importância do papel dos sindicatos como negociadores nas contratações de servidores públicos, o que não foi descrito pelos diretores dos municípios de São Paulo e Guarulhos (M1 e M2). Houve heterogeneidade de respostas dos entrevistados em ambos os municípios brasileiros. M1 e M2 possuem formas de contratação similares, as diferenças e similaridades acontecem em nível da gestão local e não foram problematizadas em grande escala. **Conclusões:** Tanto na província canadense quanto nos dois municípios brasileiros, os resultados revelaram que a transparência no recrutamento e seleção, apoio profissionalizante e negociações justas possibilitam melhores contratações de trabalho e favorecem a QVT. O papel do gestor na consecução da QVT foi significativamente enfatizado nas entrevistas em M1 e M2, sendo apontada de modo secundário a importância da participação dos integrantes das equipes para um melhor ambiente de trabalho. Evidenciou-se que as indicações de gestores por critérios não orientados por princípios republicanos podem interferir na qualidade e no ambiente de trabalho.

Palavras-chave: Administração e gestão pública. Ocupação de cargos públicos. Serviço público em saúde. Qualidade de vida no trabalho.

NEUMANN, A.P.F.M. **Public health administration and occupation of management positions: analysis of two large municipalities of the State of São Paulo and a Canadian province.** 2018. 250 f. Tese (Doutorado) - Universidade Federal de São Paulo, São Paulo, 2018.

ABSTRACT

Introduction: The Brazilian Federal Constitution of 1988 (CF) determined the public tendering process, establishing the Single Juridical Regime – RJU, as the exclusive form of entry for public servants, obeying the principles of: impersonality, morality, legality and publicity. In 1995, the Ministry of Administration and State Reform (Mare) was created, formulating the State Reform Master Plan (PDRAE), in which the RJU was abolished as the unique form of entry and the principle of efficiency was added to the constitutional text governing the entry of the servers. Currently, public administration uses four forms of work regime: statutory, clerk, special and commission positions. Faced with the changes brought about by the state administrative reform in the public health sector, there is interest in raising and analyzing how the occupation of public management positions in the Brazilian Unified Health System occurs. Canada also has a universal health system, and its health law is governed by five principles: universality, comprehensiveness, reasonable access, portability and public administration, yet with greater administrative autonomy between the provinces. **General objective:** To analyze the process of occupying public positions in the health sector in two large municipalities in the state of São Paulo and a Canadian province, investigating the relationship of these processes with Quality of Life at Work - QVT. **Method:** Qualitative descriptive research with integrative review. The method was organized in three stages: 1) integrative review, the data were collected in the databases: Scielo, Lilacs and Google academic, the keywords were: public office, public health service, occupation in health and positions in health posts until mai 2017. Data analysis was based on four principles of art. 37 of the Federal Constitution, as amended by constitutional amendment 19 of 1998: impersonality, morality, publicity and efficiency; 2) Semi-structured interviews with four managers from Ontario / Canada; 3) Semi-structured interviews with the regional directors and respective Human Resources managers of two municipalities in the state of São Paulo (M1 and M2). Both interviews were analyzed using Bardin content analysis. The project was approved by the Research Ethics Committee of the Federal University of São Paulo, through the number CAAE 51326215.7.0000.5505. **Results:** The results were presented in three parts: 1) Public health management positions in Brazil: an integrative review of the literature, 697 articles were found and after careful reading of titles and abstracts 12 were selected for categorical analysis based on the principles of CF, evidencing the need for advances in policies that defend the interest of health workers; 2) Occupation of public positions in the health area from the perspective of managers of Ontario / Canada, content analysis organized four categories: Public and transparent recruitment and selection process; Specific criteria for assuming the management position; Indication, union and financing interfere in the hiring and management of work in health. It was pointed out that transparency in recruitment and

selection, professional support and the exercise of fair negotiations would provide more adequate employment contracts, providing a personal balance to the occupants of the public office, and could serve as a model for other countries, and 3) Occupation of public offices in the area of health in the two municipalities of São Paulo; content analysis organized five categories: Personnel policies, skills and competence influence the occupation of positions; Importance of public and transparent recruitment and selection process; Delimitation of the specific criteria for management position in public health; Indication, financing and geographic location interfere in the contracting and Personal and professional development affect quality of life at work - QVT. **Discussion:** The discussion sought to consolidate the responses of the interviewees, linking them to the categories developed. Canadian workers pointed out the importance of the role of trade unions as negotiators in the hiring of public employee, which was not described by the directors of the municipalities of São Paulo and Guarulhos (M1 and M2). There was heterogeneity of respondents' responses in both Brazilian municipalities. M1 and M2 have similar contracting forms, differences and similarities occur at local levels of management and have not been extensively questioned. **Conclusion:** Both in the Canadian province and in the two Brazilian municipalities, the results revealed that transparency in recruitment and selection, professional support and fair negotiations promote better hirings and favors QVT. The role of the manager in achieving the QVT was significantly emphasized in the interviews in M1 and M2 as a secondary result of horizontality in decision making process at work. It was evidenced that the indications of managers by criteria and not oriented by republican principles may interfered in the quality and the work environment.

Keywords: Public administration and management. Occupation of public offices. Public health service. Quality of life at work.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Estrutura administrativa do Observatório de Recursos Humanos em Saúde – SUS/SP	46
Figura 2 – Pirâmide hierárquica das necessidades do ser humano, segundo Maslow ..	66
Figura 3 – Total de artigos encontrados e selecionados para análise	104

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 – Gênero autodeclarado dos entrevistados	143
Gráfico 2 – Faixa etária dos entrevistados	144

LISTA DE MAPAS

Mapa 1 – Mapa do Canadá.....	73
Mapa 2 – Mapa de Ontário com as unidades de saúde pública	74
Mapa 3 – Mapa da coordenadoria regional do município de São Paulo	77
Mapa 4 – Mapa com divisão de distritos e bairros do município de São Paulo	78
Mapa 5 – Mapa do município de Guarulhos dividido por distritos.....	81

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Comparativo da Administração Pública burocrática e gerencial	14
Quadro 2 – Categorias apontadas nos modelos de Administração Pública burocrática e administração pública societal	19
Quadro 3 – Pontos positivos e limites dos modelos de Administração Pública gerencial e Administração pública societal	20
Quadro 4 – Características das definições de qualidade de vida	64
Quadro 5 – Número de estabelecimentos de Saúde em São Paulo, 2017	79
Quadro 6 – Regiões administrativas do município de Guarulhos com divisão por distrito e número de unidades de saúde, 2017	83
Quadro 7 – Artigos incluídos na revisão	105
Quadro 8 – Prazo prescricional de punição disciplinar para servidor público	116
Quadro 9 – Subcategorias e extratos da categoria 1	128
Quadro 10 – Subcategorias e extratos da categoria 2	130
Quadro 11 – Subcategorias e extratos da categoria 3	131
Quadro 12 – Subcategorias e extratos da categoria 4.....	132
Quadro 13 – Categorias de análise dos dirigentes.....	167
Quadro 14 – Categorias de análise dos Gestores de Recursos Humanos	174

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Definições de qualidade de vida, segundo Farquhar	60
Tabela 2 – Distribuição de funcionários por região e vínculo funcional no município de São Paulo	85
Tabela 3 – Distribuição de funcionários por região e vínculo funcional no município de Guarulhos.....	86
Tabela 4 – Descritores das bases de dados	103

LISTA DE ABREVIações E SIGLAS

AC – Análise de Conteúdo

ACS – Agente Comunitário de Saúde

APG – Administração Pública Gerencial

BVS – Biblioteca Virtual em Saúde

CAPES – Coordenação de Ap. de Pessoal de Nível Superior do Ministério da Educação

CAPS – Centros de Atenção Psicossocial

CEED – Conselho Estadual de Educação

CEREST – Referência em Saúde do Trabalhador do Estado de São Paulo

CES – Conselho Estadual de Saúde

CF – Constituição Federal

CIB – Comissão Intergestores Bipartite

CLT – Consolidação das Leis do Trabalho

CNS – Conferência Nacional de Saúde

CONASS – Conselho Nacional dos Secretários de Saúde

CONASEMS – Conselho Nacional das Secretarias Municipais de Saúde

CRH – Coordenadoria de Recursos Humanos

DAI – Direção e Assistência Intermediária

DAE – Direção e Assessoramento Superior

DASP – Departamento Administrativo do Serviço Público

DECS – Descritores em Ciência da Saúde

DEGERTS – Departamento de Gestão e da Regulação do Trabalho em Saúde

DEGES – Departamento de Gestão da Educação na saúde

DM – Decreto Municipal

DRS – Departamentos Regionais de Saúde

DTEMT – Divisão Técnica de Engenharia e Medicina do Trabalho

DTSSS – Divisão Técnica de Segurança e Saúde do Servidor
EC – Emenda Constitucional
EPS – Educação Permanente em Saúde
ESF – Estratégia Saúde da Família
FAPESP – Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo
IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IDH – Índice de desenvolvimento humano
INAMPS – Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social
LILACS – Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde
LOMSP – Lei orgânica do município de São Paulo
MARE – Ministério da Administração e Reforma do Estado
MBA – *Master of Business Administration*
MTE – Ministério do Trabalho e Emprego
MS – Ministério da Saúde
NOB – Norma Operacional Básica
NPM – Novo Gerenciamento Público
O.S. – Organizações Sociais
OMS – Organização Mundial da Saúde
PCCS – Planos de Carreiras, Cargos e Salários
PCMSO – Programa Médico de Saúde Ocupacional
PIB – Produto Interno Bruto
PNH – Política Nacional de Humanização
PDRAE – Plano Diretor da Reforma de Estado
PIACT – Programa Internacional para a Melhoria das Condições de Trabalho
PNEP – Política Nacional de Educação Permanente
PNSST – Política Nacional de Saúde e segurança dos Trabalhadores

PNSTT - Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora

PROGESUS - Programa de Qualificação e Estruturação da Gestão do Trabalho e da Educação

PRH – Política de Recursos Humanos

QV – Qualidade de Vida

QVT – Qualidade de Vida n(d)o Trabalho

RAG – Reforma Administrativa Gerencial

RAS – Redes de Atenção à Saúde

RENAST – Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador

RH – Recursos Humanos

RJU – Regime Jurídico Único

SGTES – Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde

SAP – Administração de Pessoal do Estado

SEC – Secretaria Estadual de Educação

ST – Saúde do Trabalhador

SCIELO – *Scientific Eletronic Library OnLine*

SES – Secretaria Estadual de Saúde

SMS – Secretaria Municipal de Saúde

SUS – Sistema Único de Saúde

TGC – Termo de Compromisso de Gestão

TSE – Tribunal Superior Eleitoral

UBS – Unidade Básica de Saúde

UPA – Unidades de Pronto Atendimento

UTI – Unidade de Terapia Intensiva

Sumário

Dedicatória	vi
Agradecimentos	vii
Resumo	x
Abstract	xii
Lista de figuras.....	xiv
Lista de gráficos	xv
Lista de mapas	xvi
Lista de quadros	xvii
Lista de tabelas	xviii
Lista de abreviações e siglas	xix
Apresentação	xxiv
1. Introdução	01
1.1 Administração Pública no Brasil	06
1.1.1 Administração pública e a Reforma de Estado da década de 1990	11
1.1.2 O servidor público no Brasil	21
1.1.3 Concurso público como forma igualitária de acesso	27
1.2 O sus e a reforma de Estado no Brasil.....	30
1.2.1 Aspectos legais sobre a Gestão Federal do SUS	35
1.2.2 Aspectos legais sobre a Gestão Estadual do SUS em São Paulo.....	43
1.2.3 Aspectos legais sobre a Gestão Municipal do SUS em São Paulo e Guarulhos.....	48
2. Objetivos	53
2.1 Objetivo geral.....	53
2.2 Objetivos específicos.....	53
3. Referencial teórico	54
3.1 Gestão do trabalho em saúde	54

3.2 Qualidade de vida e a saúde do trabalhador do setor público da saúde	57
4. Método	70
4.1 Tipo de estudo.....	70
4.2 Local	71
4.2.1 Província de Ontário - Canadá.....	72
4.2.2 Município de São Paulo – Brasil.....	76
4.2.3 Município de Guarulhos - Brasil	80
4.3 População	84
4.4 Coleta de dados	86
4.5 Análise de dados.....	89
4.6 Aspectos éticos	92
5. Resultados e discussão	93
5.1 Texto 1 – Ocupação de cargos públicos de gestão no setor público no Brasil.....	94
5.2 Texto 2 – Ocupação de cargos públicos na área da saúde na perspectiva de quatro gestores de Ontário/Canadá	124
5.3 Ocupação de cargos públicos na área de gestão em saúde em dois municípios de grande porte do estado de São Paulo.....	143
5.3.1 Políticas de pessoal influenciam a ocupação de cargos públicos.....	178
5.3.2 Importância do recrutamento e processo seletivo público e transparente.	183
5.3.3 Delimitação dos critérios específicos para o cargo de direção em saúde pública.....	187
5.3.4 Interferência das indicações, financiamentos, e localização geográfica nas contratações	192
5.3.5 Desenvolvimento pessoal e profissional afetam a QVT.....	197
6. Considerações finais	202
7. Referências	206
Apêndices.....	220
Anexos.....	224

APRESENTAÇÃO

Minha trajetória acadêmica e profissional na área da saúde começou com o interesse em ambiência laboral e Gestão do Trabalho em 2010, logo após um processo de adoecimento em função do trabalho. Na época, eu não tinha dimensão de que estava adoecendo. E não era a primeira vez que isso acontecia, comecei a trabalhar na infância, morávamos em uma periferia do município de Mauá, sem saneamento básico e com diversas privações. Oficialmente meu primeiro emprego foi aos 13 anos, em uma loja, depois de três anos estava esgotada, pois, por várias vezes ao mês, eu tinha que subir e descer escadas carregando caixas com produtos, estudava à noite desde meus 11 anos, ou seja, na quinta série tive que fazer transferência para trabalhar durante o dia. Era tudo sempre muito corrido, fazia as lições na hora do recreio, porque durante o dia não tinha tempo... foi difícil me esquivar dos *bullyings* que sofria.

Tive momentos de alegria, mas, quase sempre tinha a impressão de que alguns sorrisos eram como gotas em um mar de tristeza! Essa trajetória, fosse solteira, fosse casada e com filho pequeno, não me permitia questionar, reclamar ou desistir de tudo, aguentava minhas inquietações em silêncio, como se não houvesse escolha, e de certa forma, não havia... não conhecia as leis e nem meus direitos trabalhistas e humanitários.

Trabalhei por quatorze anos de segunda a sábado, estudando a noite, reclamava em silêncio, sofria durante as noites mal dormidas, mas sabia que precisava continuar, que minha busca seria recompensada. Só consegui fazer faculdade aos 28 de idade, com subsídio parcial da prefeitura do município em que residia, e não tinha muitas opções de curso, ou era administração, serviço social ou pedagogia. É claro que me formei em administração, sempre fui organizada e sabia cuidar de documentos e finanças. Não importava meus sonhos ou se deveria ter outra formação (medicina). Mudei de emprego de um dia para o outro, mas, trabalhar, estudar, cuidar da casa, marido e filho, também não era fácil. Mas dessa vez, sentia que tinha feito escolhas que mudariam minha vida. Entendo que a vida é feita de escolhas, e estas escolhas podem nos direcionar para caminhos diferentes, às vezes não significa certo ou errado, mas

apenas diferente, aceitar e respeitar isso não é somente uma responsabilidade, mas também uma prova de amor.

Trabalhar em Banco privado por nove anos foi bom durante a maior parte do tempo, gostava do salário, dos benefícios, dos prêmios, dos diversos cursos [*e-learning*s e presenciais], e das pessoas com as quais mantinha amizade. Sempre me cobrava mais do que ninguém, eu tinha que ser o exemplo, e penso que isso ficou enraizado desde a minha infância, como irmã mais velha, tinha que cuidar dos meus irmãos, isso incluía dar comida, dar banho, trocar fraldas, ajudar com as lições de casa, etc. Com isso vinha a culpa, sempre achava que não era o suficiente, que tinha que fazer mais, por que tinha que exercer liderança, demonstrar empatia e cobrar resultados...

Estabilizei minha vida por um momento em um novo casamento em outra cidade. Tudo parecia bem, o trabalho consistia em cumprir as metas e quando as batia ou as superava, era reconhecida e valorizada, o que era muito bom, receber aplausos e prêmios, por outro lado, quando qualquer funcionário não batia a meta era exposto e algumas vezes ridicularizado.

Contentava-me com aquilo, resistia em silêncio, pois era o melhor que eu conhecia, uma realidade muito mais mecanizada, eu me sentia exatamente como dizia Marx (2008), relação de troca, as pessoas agindo como coisas e as coisas como pessoas. Cada minuto era controlado, inclusive das idas ao banheiro, não bastava treinar os novos funcionários, tinha que: acompanhar as vendas, dar *feedbacks*, fazer avaliações de desempenho, auditar ligações, entre outras coisas. Tudo aquilo foi me fazendo muito mal, porque ao fazer as auditorias, vi muitas fraudes; e acreditem ou não, o pior de tudo não era só escutar o cliente se esquivando, ou aceitando a venda porque o atendente foi muito persuasivo ou gentil, casos de vendas que na prática não existiram, mas o cliente final teve ou tinha que pagar ou recorrer à Justiça. O excesso de metas e resultados em que fui submetida durante muitos anos, [ora cobrando, ora sendo cobrada] foi me estagnando de uma forma, que chegou um momento que eu não

suportava mais, sofri e adoeci, resisti em silêncio por muito tempo, inclusive esse foi o tema da minha dissertação de mestrado.

A prática gerencialista, por meio do 'vista a camisa', seja o dono, faz você pensar que se não atingir os objetivos e metas, você é o culpado, que é um profissional incompetente, ou não está habilitado para o cargo, assim sendo, a busca por aperfeiçoamento profissional é inevitável. E me perguntei se poderia me tornar uma gestora melhor; como os cargos poderiam ser ocupados por pessoas aptas para eles? Especialmente dentro dos valores e limitações de cada um, porque sempre fui muito honesta e verdadeira.

Tudo aquilo foi demais para mim, o processo de adoecimento foi inevitável, à beira de um infarto e com depressão, me afastei por adoecimento do último emprego e um ano depois sai. Por isso, resolvi que mudaria a história da minha vida, mudaria de profissão, de emprego e me dedicaria aos estudos e pesquisas, nesse período comecei a ler e escrever sobre trabalho e saúde. Foi assim que por acaso, enquanto buscava na Internet temas que relacionassem o trabalho e qualidade de vida, encontrei o Prof. Dr. Francisco Lacaz, que me acolheu no projeto de pesquisa que coordenava, juntamente com a Prof^a Dr^a Virginia Junqueira, projeto "Gestão do trabalho em saúde em dois sistemas municipais do Estado de São Paulo: implicações operacionais e psicossociais para uma política de pessoal", projeto este realizado em parceria que envolve as Secretarias Municipais de Saúde de dois municípios de São Paulo e a Unifesp, o qual foi aprovado e financiado pela Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo (Fapesp), coordenado pelo prof. Lacaz (LACAZ et al, 2010).

Penso que de certa forma, nasci para resistir e lutar, mesmo antes de trabalhar em loja, fazia gelinhos e pipas para vender no calor, catava latas e ferro velho no frio, precisava de dinheiro para sobreviver. Minha mãe trabalhava como uma condenada para ajudar meu pai a manter as despesas da casa, não tínhamos nenhum luxo, faltavam coisas, mas graças a Deus não passávamos fome, pois tínhamos um quintal que dava para plantar e colher alguns alimentos. A maioria das roupas e calçados que

usávamos era de doação, mas isso não nos impactava mais do que os temporais que destelhava nosso barraco.

Minha dissertação de mestrado (2012-2014) teve por tema “As estratégias de resistência ao sofrimento psíquico e físico relacionadas à gestão do trabalho em saúde: um estudo de revisão sistemática da literatura”, a referida investigação foi pensada em função da possibilidade de se estudar as repercussões psicossociais da gestão do trabalho nos trabalhadores da saúde, com uma perspectiva de que fossem adotadas políticas de proteção e promoção da saúde dos trabalhadores do sistema de saúde.

Também aprendi que o que é diferente nem sempre é respeitado e tolerado. Por isso me tornei a defensora dos diferentes, meus amigos passaram a ser os que eram mais rejeitados pelos círculos sociais. As pessoas assumem diversos papéis ao longo da vida, e quando se é criança, a maioria das vezes, somos coadjuvantes de nossa história e não protagonista. Aprender é um processo, somos capazes de tomar nossas próprias decisões, mas tudo tem causa e efeito, então viver em sociedade requer alteridade, e nem todos são capazes.

Nem sempre é possível resolver problemas e conflitos, seja no âmbito pessoal ou no profissional, e nem sempre é porque as pessoas não querem. Algumas vezes as circunstâncias não permitem, e nesse caso, pode surgir a angústia, medo, sentimento de impotência, e alguns questionamentos são pertinentes: Será que fracassei? E aqueles sonhos de que eu poderia ajudar a mudar o mundo? O que eu poderia ter feito de diferente? O que está na minha alçada fazer no momento? Qual trabalho mais apropriado para minha qualificação? A qualidade de vida n(d)o Trabalho é possível?

Diante tantas inquietações, resolvi continuar meus estudos, em paralelo com o mestrado, fiz um curso de gestão de pessoas, e uma especialização em Psicologia Organizacional do Trabalho. E agora prestes a concluir o doutorado, ainda não me dou por satisfeita, me vejo numa luta constante em busca de gestões mais horizontalizadas, desprecarização do trabalho, organização e condições de trabalho adequadas.

Foi importante aprender que as lutas trabalhistas têm uma longa história de embates no mundo do trabalho, o entendimento que as reformas e contrarreformas de um Estado capitalista. Busco pensar em direitos e deveres em uma perspectiva crítica de valores éticos e morais.

Os trabalhadores recebem influência do que acontece no trabalho, que repercute em sua vida em casa, e vice-versa, assim sendo, a busca pela melhoria na qualidade de vida deve fazer parte do cotidiano para que a saúde e dignidade sejam prioridade.

Existe legislação vigente que regula ações e serviços voltados para saúde dos trabalhadores, todavia fica claro que à medida que ocorrem mudanças a nível global, as políticas se tornam ineficientes ou insuficientes o que tem gerado constantes debates, enfim, vou parando por aqui, essa apresentação já ficou muito extensa, espero sinceramente que façam boa leitura. Obrigada!

1. Introdução

A história da saúde no Brasil é relativamente nova comparada aos países de primeiro mundo. Quiçá a ocupação de cargos de gestão pública se iniciou quando o rei Dom Manoel assinou o regimento do Físico-Mor e do Cirurgião-Mor de Portugal no Brasil em 1521. Sabia-se da importância das práticas curativas na colônia, dentre elas a Fisicatura, um tipo de órgão que regulava, legislava e fiscalizava os agentes de saúde que naquela época eram os físicos, cirurgiões, boticários, e poucos médicos. Há registros de que em 1789 a capital federal, no Rio de Janeiro, contava com apenas quatro médicos para atender cerca de 45 mil pessoas (FIOCRUZ, FUNASA, s.d.).

Em 1808 foram estabelecidas as primeiras bases organizacionais de saúde pública no Brasil, e em 27 de fevereiro foi criado o cargo de Provedor-Mor de Saúde da Corte e do Estado do Brasil, embrião do Serviço de Saúde dos Portos. Em 1828, após a independência, foi promulgada no dia 30 de agosto a lei de municipalização dos Serviços de Saúde. Neste mesmo ano houve a criação da Inspeção de Saúde Pública do Porto do Rio de Janeiro. Em 1953 foi criado o Ministério da Saúde, pela lei nº 1920 de 25/07/1953 regulamentada pelo decreto nº 34.596 de 16 de novembro de 1953 (FIOCRUZ, FUNASA, s.d.).

A proclamação da república e o período que se seguiu de 1889 a 1930 foram marcados por uma série de transformações na saúde pública, conforme cita Nunes (2000, p. 256): “mudanças, rupturas com crescente complexificação da vida urbana”. Nesta época as questões religiosas e militares eram cruciais, pois ainda de acordo com Nunes (2000, p. 256): “os médicos se reúnem em associações corporativas [...] ou seja, começa a República, estrutura de poder diferente até então, inclusive com reivindicações de saúde pelos trabalhadores”.

Após a proclamação da república, em 1891 com a Constituição Republicana, mesmo a monarquia sendo considerada um atraso, a prática da livre nomeação foi mantida, porém com duas novas situações: a) os cargos deveriam estar previstos em lei

e; b) cada poder nomearia os seus próprios funcionários (FERREIRA, 2014).

Getúlio Vargas quando assumiu o poder em 1930, nomeou pessoas da sua confiança para o governo dos estados, os chamados interventores (LIMA JUNIOR, 1998).

Oficialmente o termo cargos em comissão surgiu pela primeira vez na Constituição de 1967, no 2º parágrafo art. 95 “Prescinde de concurso a nomeação para cargos em comissão, declarados em Lei, de livre nomeação e exoneração” (BRASIL, 1967).

De acordo com Santos (2009, p. 11) nos dias atuais existem numerosos cargos de comissão e de livre nomeação e “se tornaram moeda de troca na busca de apoio político por parte do governo, quando não se constituíram em mera apropriação clientelista, fisiológica ou nepotista de postos de trabalho”.

Ainda segundo Santos (2015, p.15) a partir do governo de Getúlio Vargas foi instaurado concurso público para alguns cargos. Apenas com a Constituição Federal de 1988 – CF/1988- esta modalidade de ingresso tornou-se obrigatória, mantendo-se a exceção das funções de confiança e dos cargos comissionados, agora para as funções de direção, chefia e assessoramento” (SANTOS, 2015, p.15).

Observe-se o papel determinante do Estado brasileiro, transitando sob diversos regimes políticos, cujas deliberações sofreram influência dos momentos históricos atravessados pela sociedade em nosso país. Notadamente, centrando a análise da década de 1980 em diante, evidencia-se que as inflexões ocorridas na ocupação de cargos públicos foram e são influenciadas, de modo bastante variável, pelas perspectivas que as forças sociais, operando no plano político-econômico e ideológico, têm a respeito da máquina estatal (LACAZ, JUNQUEIRA, e GOULART *et al.* 2017).

Assim, na segunda metade da década de 1980, a Assembleia Nacional Constituinte que marcou, no período mais recente da história no Brasil, a transição para a redemocratização, consagrou no texto constitucional, ainda que com contradições importantes, a instituição do Regime Jurídico Único - RJU como forma exclusiva de ingresso dos servidores públicos (LACAZ, JUNQUEIRA, e GOULART *et al.* 2017).

No entanto, neste mesmo período, os países centrais se inclinavam para a

privatização de serviços e funções anteriormente desempenhadas no âmbito estatal. O declínio da assim chamada “Era de Ouro” (HOBBSAWN, 2004) e a queda de lucratividade da atividade produtiva na economia mundial passaram a ser imputados aos gastos do Estado.

Para Nogueira, Baraldi e Rodrigues (2004) o Estado é uma instituição criada de forma soberana, que deve zelar pelo direito de todos, todavia sendo permeado por interesses de agentes privados, consoante o princípio da autonomia da vontade.

Por outro lado, Foucault (1979) considera o Estado como uma superestrutura em relação às redes de poder, considerando que o Estado com toda a onipotência do seu aparato, ainda está longe de ocupar o campo das relações de poder reais, porque opera com base em relações já existentes. As estruturas e mecanismos de poder são corroborados à medida que se enfatiza que pessoas exercem poder sobre outras.

Poulantzas (1984, p.146) aborda a questão do Estado analisando sua autonomia frente às classes sociais, para o autor “os aparelhos de Estado consagram e reproduzem a hegemonia, estabelecendo um jogo (variável) de compromissos provisórios entre o bloco no poder e certas classes dominadas”, já que para o autor o Estado é uma estrutura sistêmica que constitui a coesão e a ordem dos níveis sociais.

A crise econômica, que recrudescer a contar da década de 1970, foi atribuída à vigência de Estados que estariam hiperdimensionados, que seriam ineficientes e que teriam estabelecido regulações excessivas como obstáculos à dinâmica do mercado. Uma das respostas que os governos passaram de forma crescente a implementar foi a transferência de funções e fundos públicos para as empresas privadas em crise, com a consequente redução dos quadros de pessoal nos aparelhos de Estado (BEHRING; BOSCHETTI, 2011).

No Brasil, como será desenvolvido adiante, logo em seguida ao momento histórico em que a Constituição Federal de 1988 aprovava direitos sociais que nunca haviam sido anteriormente inseridos no texto constitucional, como o relativo à saúde, o governo federal que tomou posse em março de 1990 tomava medidas que coincidiam com a orientação de “enxugamento” da máquina estatal, operando uma drástica redução do quadro dos servidores federais e uma decorrente retração das políticas

sociais, dentre as quais destacava-se a instabilidade de financiamento que o então recém instituído SUS passou a enfrentar desde a sua origem (MENDES, 2014).

Na década de 1990 o ingresso dos servidores pela via do RJU, definido constitucionalmente, foi contraposto pela Emenda Constitucional 19 de 1998 – EC19/98 (BRASIL, 1998).

Ainda que posteriormente essa disposição tenha sido revertida, em virtude de um vício formal na tramitação da Emenda, no caso do setor público da saúde a progressiva transferência da gestão dos serviços para empresas privadas teve como consequência a ocupação de cargos de direção dos serviços transferidos segundo a lógica privada (LACAZ, JUNQUEIRA, e GOULART *et al.* 2017).

Para Santos e Cardoso (2000, p.10) países como França, Reino Unido, Alemanha e Estados Unidos da América começaram a elaborar e implementar reformas “com o propósito de reduzir os espaços para práticas que associassem o uso dos cargos e empregos públicos e o exercício do poder político”.

Noronha e Soares (2001) chamaram a atenção para a “culpabilização” dos servidores públicos, sobre os quais é jogada a responsabilidade dos problemas vigentes no aparelho de Estado, fato que tem justificado propostas de reformas administrativas que incidem sobre o funcionalismo público.

Cabe ainda apontar, como destacou Cohn (2001), a mudança da lógica que ocorreu na orientação da prestação de serviços na esfera pública:

A segunda direção diz respeito a um processo “invisível”, porém efetivo e extremamente perverso de mudança da natureza pública do setor estatal de saúde. [...] Trata-se de um processo insidioso que diz respeito ao transplante da racionalidade da administração privada (leia-se do mercado) para o interior dos serviços estatais de saúde (COHN, 2001, s/p).

Campos, Viana e Soares (2015) abordam os problemas de políticas estatais de saúde apresentando críticas à terceirização e ao processo de produção que de acordo com as autoras seguem um modelo toyotista que impacta na saúde dos trabalhadores.

Para Antunes (2014, p. 14) a “flexibilização e a desregulamentação dos direitos

sociais, bem como a terceirização e as novas formas de gestão da força de trabalho, implantadas no espaço produtivo, estão em curso acentuado e presentes em grande intensidade, coexistindo com o fordismo”, essa realidade visa um processo de organização do trabalho cuja finalidade é a intensificação da exploração da força do trabalho.

Algumas reflexões sinalizam a validade de estudar os efeitos dessas mudanças sobre o ambiente de trabalho e o bem-estar dos trabalhadores e para melhor compreender a ocupação de cargos na gestão em saúde. Quais seriam as decorrências dessas mudanças sobre os trabalhadores do setor público de saúde? Quais são os critérios para ocupação de cargo de gestão em saúde? Qual a perspectiva dos gestores sobre a qualificação requerida para ocupar cargos públicos na área da saúde? Como a ocupação dos cargos públicos se relacionaria com a qualidade de vida no trabalho?

Neste estudo o referencial teórico adotado é o conceito de Qualidade de Vida n(d)o Trabalho (QVT) para análise do material colhido nas entrevistas com dirigentes das Secretarias de Saúde dos dois municípios e da província canadense, objetos de estudo desta tese.

A tese apresenta inicialmente um recorte da história da administração pública brasileira, a reforma de Estado e seus reflexos, além da abordagem dos modelos burocrático, societal e gerencial da administração pública, bem como apontamentos sobre a gestão no SUS nos capítulos 1 e 2, relacionados com conceitos e descrição de cargos públicos.

No capítulo 3, com base no referencial teórico, pretende-se analisar a gestão do trabalho em saúde, a importância da qualidade de vida n(d)o trabalho na área da saúde e como estão estruturadas as principais práticas e políticas de atenção à Saúde do Trabalhador.

Todas essas considerações visam apresentar, discutir e analisar o processo de ocupação de cargos de gestão na área da saúde bem como destacar as raízes culturais patrimonialistas, descritas no método de pesquisa no capítulo 4.

No capítulo 5, resultados e discussão, incluem-se dois textos submetidos à publicação, cujos títulos são: “Ocupação de cargos públicos de gestão na área da

saúde no Brasil: revisão integrativa da literatura” e “Ocupação de cargos públicos na área da saúde na perspectiva de quatro gestores de Ontário/Canadá”.

O capítulo final 6 apresenta as considerações finais desta tese que visou analisar os critérios para ocupação de cargos na gestão do trabalho em saúde no âmbito do SUS, assumindo como matrizes de referência a qualidade de vida no trabalho e políticas de atenção à saúde dos trabalhadores da área da saúde.

1. 1 Administração pública do Brasil

Historicamente, no Brasil colônia, prevaleciam práticas patrimonialistas, herança portuguesa, ou seja, utilizavam-se cargos públicos para fins clientelistas e de barganha política. O Estado era considerado soberano atuando por meio do nepotismo e da corrupção (MACHADO *et al.* 2018, p.1001).

Esse tipo de administração também se estendeu ao período do coronelismo, ou república velha (1.889-1.930), “compreendido como um sistema político nacional, baseado em barganhas entre o governo e os coronéis, em que o primeiro cede o controle dos cargos públicos ao segundo, em troca de apoio na forma de votos [...]” (MACHADO *et al.* 2018, p.1001).

Em uma empresa nos Estados Unidos, na década de 1890 surgiu oficialmente o primeiro Departamento de Pessoal do mundo, seguindo os princípios da administração científica¹. Sabe-se que atualmente a maioria das teorias existentes sobre gestão de recursos humanos tem raízes na Escola de Administração Científica. Todavia entende-se que com a crise de 1929 surgem novas propostas e teorias, tais como: Escola de relações humanas, Teoria das Relações humanas, Abordagem Humanística à Administração, esta última, tendo como principal fundador Elton Mayo (1.890-1949).

¹ A administração científica, idealizada por Frederick Winslow Taylor (1.856-1.915), caracterizava-se pela ênfase nas tarefas em busca do aumento da eficiência, sendo centrada no planejamento e supervisão do trabalho. Foi utilizada por Ford em suas linhas de montagem na revolução industrial.

Tais teorias também receberam críticas, especialmente com relação ao campo limitado de pesquisas (MACHADO e FILHO, 2014, p.55).

Para Weber (2000) o surgimento da burocracia foi motivado pela busca da eficiência, alcançada por meio da racionalidade dos processos de trabalho. “Dessa forma, a burocracia pressupõe autoridade e subordinação” (WEBER, 2000, p. 70). O sociólogo contribuiu acerca da estrutura ideal para as organizações, afirmando que o capitalismo e a burocracia estabeleciam juntos regras para um padrão que ele chamava de racionalidade, e que na realidade tornava a administração hierarquizada e verticalizada.

O fim da segunda guerra mundial foi um marco econômico, social e administrativo, que de forma progressiva deu início à ‘era dourada’ do capitalismo, como já mencionado. No entanto, no final da década de 1.970, a crise econômica que sobreveio foi imputada ao Estado, e à sua burocracia, passando a dar sentido à reforma do Estado. Com isso, “o antigo consenso social a respeito do papel do Estado perdia forças rapidamente, sem nenhuma perspectiva de retomar o vigor. A introdução do modelo gerencial no setor público faz parte deste contexto” (ABRUCIO, 1997, p. 9).

Abrucio (1997) ressalta quatro fatores socioeconômicos que contribuíram para detonar a crise do Estado contemporâneo: a crise econômica mundial, iniciada em 1973 na primeira crise do petróleo, e retomada ainda com mais força em 1979, na segunda crise do petróleo; a crise fiscal da época que impedia os países financiar seus déficits, a falta de governabilidade dos governos para resolver os problemas e por fim, a globalização e todas as transformações tecnológicas que modificaram a lógica do setor produtivo e, também, o modo de agir do Estado.

O tipo de Estado que começava a surgir, segundo Abrucio (1997) tinha três grandes dimensões 1) *keynesiana*., caracterizada pela ativa intervenção estatal na economia; 2) *Welfare State*: correspondia à dimensão social do modelo e 3) o chamado modelo burocrático weberiano, cuja ênfase repousava na dimensão relativa ao funcionamento interno do Estado, ao qual cabia o papel de manter a impessoalidade, a

neutralidade e a racionalidade do aparato governamental, assim “as teorias críticas às burocracias estatais, abriu espaço para o avanço do modelo gerencial como referência ao setor público” (ABRUCIO, 1997, p.14).

Países como Estados Unidos e Grã-Bretanha buscaram cortar custos e pessoal, bem como focaram a busca por eficiência. Dessa forma, Thatcher na Grã-Bretanha preconizou: a) definição das responsabilidades de cada funcionário dentro das agências governamentais; b) clara definição dos objetivos organizacionais; c) aumento da consciência a respeito do valor dos recursos ‘*value money*’ públicos, procurando maximizar a relação financeira entre os recursos iniciais e os gastos realizados para a produção de políticas. (ABRUCIO, 1997; ANTUNES, 2013).

A administração burocrática clássica foi adotada em 1987 para substituir a administração patrimonialista no final do século XIX nos Estados Unidos da América e em 1935 no Brasil. Constituía-se como um modelo visando superar o nepotismo, o empreguismo e a corrupção, consideradas como norma em um Estado que era propriedade do monarca. Não existindo distinção do público e do privado na administração patrimonialista, alegadamente haveria incompatibilidade com o modo de produção capitalista e as democracias parlamentares, posto que o tipo burocrático se basearia em administradores profissionais com carreiras bem definidas, em organizações hierarquicamente centralizadas, com normas e rotinas bem estabelecidas e controle dos processos de contratação de pessoal, de operações de compras e do atendimento as demandas. Nas palavras de Bresser-Pereira (1995):

A administração burocrática clássica foi adotada porque era uma alternativa muito superior à administração patrimonialista do Estado, porque era a melhor forma de reduzir senão eliminar o empreguismo, o nepotismo e a corrupção. Entretanto, logo se percebeu que, se era uma maneira segura de administrar, não era uma forma eficiente, já que não garantia nem um custo baixo para a administração pública nem uma qualidade adequada dos serviços prestados ao público. Verificou-se que a administração burocrática é lenta, cara, e pouco ou nada orientada para a cidadania (BRESSER-PEREIRA, 1995, p.2).

Embora as burocracias públicas da Europa e dos EUA tenham buscado desenvolver um corpo funcional neutro, com capacidade técnica e missão de tratar a população de forma equânime, para alguns autores como Abrucio (1997) as reformas se tornaram necessárias.

A expressão Administração Pública brasileira é definida por Di Pietro (2015) em dois sentidos: objetivo, material ou funcional; e subjetivo, formal ou orgânico. No sentido objetivo: como a atividade concreta e imediata que o Estado desenvolve para a execução dos interesses coletivos; e em sentido subjetivo: como sendo um conjunto de órgãos e de pessoas jurídicas a que a lei atribui o exercício da função administrativa do Estado.

A implantação do modelo burocrático de administração pública no Brasil ocorreu pela intervenção do Estado concomitante ao processo de industrialização, particularmente a partir da década de 1930. Em 1936 foi criado o Departamento Administrativo do Serviço Público (DASP), objetivando uma modernização administrativa, inicialmente sob influência da administração científica de Taylor “tendendo à racionalização mediante a simplificação, padronização e aquisição racional de materiais, revisão de estruturas e aplicação de métodos na definição de procedimentos”

Para Bresser-Pereira (1995, p.6) a administração burocrática clássica foi formada em 1936, “concomitante com a primeira reforma brasileira” e apenas em 1967 houve um processo de descentralização administrativa, dessa forma “essa organização burocrática seria formada e administrada por profissionais especializados para tal função e se basearia na hierarquia e centralização das decisões, constituindo-se como uma estrutura piramidal do poder”.

De acordo com Mujalli (1997, p.11) a administração pública brasileira, tendo passado por grandes mudanças, especialmente nos últimos 40 anos, pode ser entendida, em sentido amplo, “como um complexo harmônico de órgãos e entidades, com os seus respectivos serviços, pelos quais o Estado realiza os seus fins, gerindo os bens, administrando e zelando pelo interesse da comunidade”.

Nesta tese, são destacados dois marcos históricos das políticas voltadas para a administração pública: a Constituição Federal de 1988 como produto de um momento de redemocratização da sociedade brasileira na década de 1980, e em seguida a Emenda Constitucional 19 de 1998, que altera vários artigos constitucionais, dentre eles: revisão das regras de estabilidade do servidor público, controle de gastos e equilíbrio das contas públicas, novos limites e critérios para fixação da remuneração dos cargos públicos, desregulamentação das normas de admissão dos servidores públicos, profissionalização da função pública, desenvolvimento da gestão pública e alteração de normas de licitação.

Serão desenvolvidos em seguida, os temas da Administração Pública brasileira, cotejando o texto original dos art. 37 e 39 da CF/88 com o que foi preconizado na emenda constitucional 19/1998 (BRASIL, 1988; BRASIL, 1998).

Segundo Di Pietro (2015, p. 35) o texto constitucional “foi enriquecido pelos ideais de centralidade e dignidade da pessoa humana, de participação, de transparência, de exigência de motivação, de processualização, de controle social”.

No que concerne à administração pública Di Pietro analisa os princípios e poderes que estão em toda a função administrativa, pois, sem estes, não se pode fazer a vontade da lei, seja no interesse individual, no interesse público ou no interesse privado (DI PIETRO, 2015).

Segundo Nogueira, Baraldi e Rodrigues (2004, p. 9) “O princípio da legalidade dirige e restringe a ação do Estado, buscando evitar o despotismo, o clientelismo, a corrupção e outros vícios eventuais da administração pública”.

O modelo de Estado baseado no Estado de bem-estar Social desenvolveu-se após a Grande Depressão e conseguiu se consolidar após a II guerra mundial devido às crises econômicas, política e social que remontam ao Estado liberal do século XIX (DI PIETRO 2015).

Todavia, ainda segundo Di Pietro (2015) o Estado, em ascensão, aumentou sua intervenção atuando efetivamente de três formas: a prestação de serviços públicos, a intervenção direta no domínio econômico e o fomento à atividade privada.

Para Contreiras (2011) neste contexto “o Estado foi progressivamente assumindo

o papel de promotor do bem social e organizador da economia, de forma a garantir o interesse da coletividade”, ou seja, o Estado deveria intervir também na sociedade civil “tanto no domínio econômico como no social, garantindo e estimulando a atividade econômica privada e assegurando os direitos sociais” (CONTREIRAS, 2011, p.18).

Contreiras (2011, p.17) refere que o progressivo aumento das atribuições do Estado contribuiu para que o aparelho administrativo fosse reorganizado para um modelo de administração pública burocrática “criada em resposta à administração patrimonialista típica das monarquias absolutas com o objetivo de assegurar um controle estrito da utilização dos recursos públicos”.

Motta (2007) destaca que embora tenham se desenvolvido novas práticas administrativas nos serviços públicos, muitas das características ainda são de cunho patrimonialista, paternalista e personalista. O personalismo, predominante no mundo latino-americano, é considerado como um fator cultural presente tanto na gestão pública quanto na privada e “desenvolve o autoritarismo hierárquico social” (MOTTA, 2007, p. 89).

1.1.1 Administração pública e a Reforma de Estado na década de 1990

O texto constitucional de 1988 foi bastante modificado por sucessivas emendas, no contexto da reforma de Estado, no qual se inseriu a reforma da administração pública e do direito administrativo brasileiro (MEIRELLES, 2002).

No Brasil, esse processo tomou forma e se intensificou nos anos 1990. Em 1995 foi criado o Ministério da Administração e Reforma do Estado (Mare), cujo titular à época era o ex-ministro Luiz Carlos Bresser Pereira, com o objetivo de encarregar-se das políticas e diretrizes para a reforma do Estado; incluindo reforma administrativa, supervisão e coordenação dos sistemas de pessoal civil, organização e modernização administrativa, administração de recursos da informação e informática e de serviços gerais; modernização da gestão e promoção da qualidade no setor público (BRASIL, 1995a).

Como já mencionado também em relação ao Brasil, a Reforma do Estado foi apresentada, a exemplo do que ocorreu na maior parte dos países, como a solução para a grave crise econômica cuja responsabilidade foi imputada ao Estado.

Em decorrência dessas formulações, em 1998 foi editada a Emenda Constitucional 19, que alterou vários artigos da Constituição Federal de 1988 relativos à administração pública de pessoal. Destaca-se particularmente a modificação do artigo 37 do texto constitucional. A redação original do “Art. 37. A administração pública direta, indireta ou fundacional, de qualquer dos Poderes da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios obedecerá aos princípios de legalidade, impessoalidade, moralidade, publicidade e, também, ao seguinte” foi acrescentado o princípio da eficiência (BRASIL, 1998).

A EC 19/98 marcou o fortalecimento institucional do processo de discussão acerca das mudanças do Estado brasileiro e foram viabilizadas diversas ações estatais com este fim, com destaque para o Programa de Publicização do Estado, medida provisória nº 1.591 de 09 de outubro de 1997, em que a implantação de Organizações Sociais como modelo de gestão para política pública de saúde constituía-se como uma das estratégias centrais (BRESSER- PEREIRA, 1997).

O Mare formulou em 1995 o Plano Diretor da Reforma de Estado (PDRAE) “com o objetivo de aumentar a capacidade administrativa do Estado para governar com eficiência e efetividade, descentralizar as ações regionais e locais para estados e municípios e limitar a ação do Estado”, além de fortalecer seu núcleo estratégico e reorganizar o aparelho do Estado (BRASIL, 1995a, p.25).

O PDRAE propõe a distinção de três dimensões inter-relacionadas: 1) a dimensão institucional-legal, relacionada aos obstáculos de ordem legal para o alcance de uma maior eficiência do aparelho do Estado; 2) a dimensão cultural, definida pela coexistência de valores patrimonialistas e principalmente burocráticos com os novos valores gerenciais e modernos na administração pública brasileira e 3) a dimensão gerencial, associada às práticas administrativas (BRASIL, 1995a).

O PDRAE divide ações do Estado em quatro setores: 1) Núcleo estratégico que define leis e as políticas públicas e cobra seu cumprimento, correspondendo aos

poderes Legislativo e Judiciário, ao Ministério Público e ao alto escalão do Poder Executivo; 2) Setor de atividades exclusivas do Estado, responsável pela prestação de serviços em que é exercido o poder de Estado – regulamentar, fiscalizar e fomentar; 3) Setor de serviços não-exclusivos, ou competitivos, do Estado, atuando em conjunto com organizações não-estatais e 4) Produção de bens e serviços para o mercado, correspondendo à atividade econômica voltada para o lucro desenvolvida por empresas (BRASIL, 1995a).

Para Melo (2006, p.38) o núcleo estratégico deveria ter capacidade gerencial para determinar e supervisionar o “desenvolvimento dos responsáveis pelas atividades exclusivas e não-exclusivas de Estado”.

De acordo com este plano, a inserção do setor saúde se faz no terceiro eixo, caracterizado por ser um setor onde “o Estado atua simultaneamente com outras organizações públicas não-estatais e privadas. As instituições desse setor não possuem o poder de Estado, mas este se faz presente porque os serviços envolvem direitos humanos fundamentais, como os da educação e da saúde” (BRESSER-PEREIRA, 1997, p. 10).

O Plano define três modelos de administração pública: o modelo patrimonialista, o burocrático e o gerencial (BRASIL, 1995a, p.14-16):

1) Administração Pública Patrimonialista. O aparelho do Estado funciona como uma extensão do poder do soberano, e os seus auxiliares, servidores, possuem status de nobreza real. Os cargos são considerados prebendas. A *res publica* não é diferenciada das *res principis*.

Em consequência, a corrupção e o nepotismo são inerentes a esse tipo de administração. No momento em que o capitalismo e a democracia se tornam dominantes, o mercado e a sociedade civil passam a se distinguir do Estado. Neste novo momento histórico, a administração patrimonialista torna-se uma excrescência inaceitável.

2) Administração Pública Burocrática. Instaurada na segunda metade do século XIX, na época do Estado liberal, como forma de combater a corrupção e o nepotismo patrimonialista. Constituem princípios orientadores do seu desenvolvimento a

profissionalização, a ideia de carreira, a hierarquia funcional, a impessoalidade, o formalismo, em síntese, o poder racional-legal. Os controles administrativos visando evitar a corrupção e o nepotismo são sempre *a priori*. Parte-se de uma desconfiança prévia nos administradores públicos e nos cidadãos que a eles dirigem demandas. Por isso são sempre necessários controles rígidos dos processos, como por exemplo na admissão de pessoal, nas compras e no atendimento a demandas.

3) Administração Pública Gerencial (APG). Formulada na segunda metade do século XX, como resposta, de um lado, à expansão das funções econômicas e sociais do Estado, e, de outro, ao desenvolvimento tecnológico e à globalização da economia mundial, uma vez que ambos deixaram à mostra os problemas associados à adoção do modelo anterior. Nas palavras de seus formuladores, a eficiência da administração pública - a necessidade de reduzir custos e aumentar a qualidade dos serviços, tendo o cidadão como beneficiário - torna-se então essencial. A reforma do aparelho do Estado passa a ser orientada predominantemente pelos valores da eficiência e qualidade na prestação de serviços públicos e pelo desenvolvimento de uma cultura gerencial nas organizações.

Quadro 1. Comparativo da Administração Pública burocrática e gerencial.

Administração Pública Burocrática	Administração Pública Gerencial
1. Apoia-se na noção geral de interesse público;	1. Procura obter resultados valorizados pelos cidadãos
2. Garante cumprimento de responsabilidade;	2. Gera accountability;
3. Obtêm-se às regras e os procedimentos;	3. Compreende e aplica norma; identifica e resolve problemas; melhora continuamente os processos;
4. Opera os sistemas administrativos;	4. Separa serviços e controles; cria apoio para normas; amplia a escolha do usuário; encoraja ação coletiva; cria incentivos; define, mede e analisa resultados;
5. Concentra-se no processo;	5. Orienta-se para resultados;

6. É autorreferente;	6. Foca no cidadão;
7. Define procedimento para a contratação de pessoal, compra de bens e serviços;	7. Luta contra o nepotismo e a corrupção;
8. Satisfaz às demandas dos cidadãos;	8. Evita adotar procedimentos rígidos;
9. Controla procedimento;	9. Define indicadores de desempenho – utiliza contratos de gestão;
10. Define cargos rígidos e fragmentados; tem alta especialização.	10. É multifuncional; flexibiliza as relações de trabalho.

Fonte: Bresser-Pereira (1997); Pacheco (2003).

Segundo Faria (2009) há uma grande dificuldade em adotar um conceito que consiga abranger todas as nuances e complexidades da inovação no setor público, posto que, nas últimas décadas, houve diversas transformações nos sistemas governamentais, ainda que não tão difundidas na administração pública quanto na iniciativa privada.

Pacheco (2003) ressalta que no período de 1995-2002 houve uma propagação de novas propostas de reforma e de tendências e experiências de reforma alinhadas com os conteúdos da reforma gerencial, com limitações e avanços tanto no Brasil quanto em outros países.

O termo Reforma Administrativa Gerencial (RAG) passou a ser adotado no contexto da reforma de Estado no Brasil, lembrando que além de reorganizar o aparelho estatal, o núcleo estratégico deveria ser fortalecido (BRESSER-PEREIRA, 1998).

Para Di Pietro (2005) o modelo de APG está intimamente atrelado à lógica privada, e à privatização, que corresponde a todas as medidas adotadas com o objetivo de diminuir o tamanho do Estado e vender as ações de empresas estatais ao setor privado, ou seja, a desestatização.

Segundo Paula (2005) a implementação da APG associa-se à alteração crescente de mudanças na cultura burocrática, ao mesmo tempo que implicaria o uso

de ferramentas de gestão utilizadas na iniciativa privada e adaptadas na área pública tais como os programas de qualidade e de reengenharia organizacional.

Essa flexibilização do modelo burocrático aliado ao aumento da eficiência e corte de gastos já estava previsto no modelo gerencial conforme proposto pelos reformadores da década de 80, a ideia do “*managerialism* substituindo o modelo weberiano” focando na lógica produtivista já existente no setor privado (ABRUCIO, 1997, p.10).

A Nova Administração Pública (NAP), adotada no Brasil, teve semelhanças com a New Public Management (NPM), na Inglaterra e a versão espanhola, denominada Nueva Gestión Pública (NGP) (ABRUCIO, 1997). Também denominada de gerencialismo, novo gerencialismo, nova gerência pública ou gerência baseada no desempenho, imitava métodos gerenciais do setor privado e passou a focar em técnicas de gestão mais sofisticadas e não apenas na visão focada em aspectos financeiros (FARIA, 2009).

Principais características da NAP, conforme Bresser-Pereira (1997, p.42):

- a) orientação da ação do Estado para o cidadão-usuário ou cidadão-cliente;
- b) ênfase no controle dos resultados através dos contratos de gestão (ao invés de controle dos procedimentos);
- c) fortalecimento e aumento da autonomia da burocracia estatal, organizada em carreiras ou corpos de Estado, e valorização do seu trabalho técnico e político de participar, juntamente com os políticos e a sociedade, da formulação e gestão das políticas públicas;
- d) separação entre as secretarias formuladoras de políticas públicas, de caráter centralizado, e as unidades descentralizadas, executoras dessas mesmas políticas;
- e) distinção de dois tipos de unidades descentralizadas: as agências executivas, que realizam atividades exclusivas de Estado, por definição monopolistas, e os serviços sociais e científicos de caráter competitivo, em que o poder de Estado não está envolvido;
- f) transferência para o setor público não-estatal dos serviços sociais e científicos competitivos;

g) adoção cumulativa, para controlar as unidades descentralizadas, dos mecanismos (1) de controle social direto, (2) do contrato de gestão em que os indicadores de desempenho sejam claramente definidos e os resultados medidos, e (3) da formação de quase-mercados em que ocorre a competição administrada;

h) terceirização das atividades auxiliares ou de apoio, que passam a ser licitadas competitivamente no mercado.

No que concerne à reforma do setor público nos países continentais europeus, Pollit, Van Thiel e Homburg (2007) referem que o Novo Gerenciamento Público (NPM) é similar ao que foi implementado no início da década de 1980 em diversos países. Apresentam as principais orientações como sendo de cunho reformista, embora mencionem que haja algumas características que lembrem o gerenciamento científico, especialmente no que diz respeito às medidas de controle e recompensa na provisão de serviços públicos:

- Uso de mecanismos típicos de mercado na provisão de serviços;
- Implementação de estruturas mais enxutas e descentralizadas;
- Uso de “divisões” como forma de quebrar grandes unidades burocráticas e aumento de parcerias com organizações do setor privado e da sociedade civil;
- Ampla ênfase em relações contratuais, tanto nas relações com fornecedores externos quanto na própria provisão interna de serviços;
- Maior atenção à gestão organizacional e às habilidades gerenciais dos servidores públicos. Isso inclui orientação para o consumidor e sistemas baseados na avaliação de performance;
- Mudança no foco de gestão: de processo para resultados;
- Ampliação do uso de medições e quantificações, em especial no que diz respeito à performance. (p.191)

Segundo os autores, os processos de implementações de NPM podem incluir variáveis complexas, considerando as mudanças de governo, dessa forma, espera-se

que gerentes e pesquisadores desenvolvam programas dinâmicos e adaptáveis à realidade de cada país (POLLIT, VAN THIEL E HOMBURG, 2007).

Todavia, a NPM, no Brasil, é criticada por ser apresentada como um conjunto de ferramentas a ser aplicado de maneira homogênea nos diferentes estados, e dois problemas são assinalados: 1) concentrar-se no insucesso das promessas relativas à adoção de práticas da iniciativa privada e nas inconsistências inerentes às propostas e 2) concentrar-se na oposição frontal ao elogio da redução do Estado, em especial do *Welfare State*, que, ao menos na Europa, foi o responsável pela criação de uma ampla rede de serviços que diminuiu a exclusão e a desigualdade sociais (FARIA, 2009).

Paula (2005) discute dois modelos de administração pública, que denomina como administração pública gerencial e administração pública societal. Esta última modalidade está ligada à tradição mobilizatória brasileira pelas reformas no país:

Emergia assim a noção de administração pública societal, mas não ao longo dos anos 1990 essas experiências alternativas se manifestaram de forma fragmentada, demandando uma amarração a um projeto político mais abrangente para o Estado e a sociedade, que contemplasse os seguintes elementos: a) um novo modelo de desenvolvimento para o Brasil que enfrentasse a crise do nacional desenvolvimentismo; b) uma proposta de reorganização para o aparelho de Estado; e, c) uma visão de gestão pública alternativa ao gerencialismo (PAULA, 2005, p.40).

Todavia, Paula (2005) relata que a vertente societal não teria propostas completamente acabadas para atender as dimensões econômico-financeira e institucional-administrativa, e que a vertente gerencial lidaria com a dimensão sóciopolítica predominantemente no âmbito do discurso, gerando dicotomia entre a política e a administração pública. Considera, não obstante, que ambas as vertentes buscam a ampliação da democracia no país, conforme apresentado no quadro 2.

Quadro 2 – Categorias apontadas nos modelos de administração pública gerencial e administração pública societal.

CATEGORIAS	ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA GERENCIAL	ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA SOCIETAL
Origem	Movimento internacional pela reforma do Estado, que se iniciou nos anos 1980 e se baseia principalmente nos modelos inglês e estadunidense.	Movimentos sociais brasileiros, que tiveram início nos anos 1960 e desdobramentos nas três décadas seguintes.
Projeto político	Enfatiza a eficiência administrativa e se baseia no ajuste estrutural, nas recomendações dos organismos multilaterais internacionais e no movimento gerencialista.	Enfatiza a participação social e procura estruturar um projeto político que repense o modelo de desenvolvimento brasileiro, a estrutura do aparelho de Estado e o paradigma de gestão.
Dimensões estruturais enfatizadas na gestão	Dimensões econômico-financeira e institucional-administrativa.	Dimensão sociopolítica.
Organização administrativa do aparelho do Estado	Separação entre as atividades exclusivas e não-exclusivas do Estado nos três níveis governamentais.	Não há proposta para a organização do aparelho do Estado e enfatiza iniciativas locais de organização e gestão pública.
Abertura das instituições políticas à participação social	Participativo no nível do discurso, mas centralizador no que se refere ao processo decisório, à organização das instituições políticas e à construção de canais de participação popular.	Participativo no nível das instituições, enfatizando a elaboração das estruturas e canais que viabilizem a participação popular.
Abordagem de gestão	Gerencialismo: enfatiza a adaptação das recomendações gerencialistas para o setor político.	Gestão social: enfatiza a elaboração de experiências de gestão focalizadas nas demandas do público-alvo, incluindo questões culturais e participativas.

Fonte: PAULA, (2005, p.41)

Dessa forma, a autora, ressalta, considerando esses modelos, os limites e pontos positivos de ambas categorias no quadro 3.

Quadro 3 – Pontos positivos e limites dos modelos de administração pública gerencial e administração pública societal.

	PONTOS POSITIVOS	LIMITES
Administração pública gerencial	<ul style="list-style-type: none"> - Possui clareza em relação à organização do aparelho do Estado e métodos de gestão. - Alguns métodos gerencialistas vêm melhorando a eficiência do setor público, especialmente no campo econômico-financeiro. 	<ul style="list-style-type: none"> - Centraliza o processo decisório e não estimula a elaboração de instituições políticas mais abertas à participação social. - Enfatiza mais as dimensões estruturais do que as dimensões sociais e políticas da gestão. - Implementou <u>um modelo de reforma e gestão pública</u> que se inspirou nas recomendações e no design sugeridos pelo movimento internacional de reforma de Estado. - Não há uma proposta nova para a organização do aparato do Estado.
Administração pública societal	<ul style="list-style-type: none"> - Procura elaborar um projeto de desenvolvimento que atenda aos interesses nacionais. - Está construindo instituições políticas e políticas públicas mais abertas à participação social e voltadas para as necessidades dos cidadãos. 	<ul style="list-style-type: none"> - Não elaborou de forma mais sistemática alternativas de gestão coerentes com seu projeto político. - Não conseguiu ainda desenvolver uma estratégia que articule as dimensões <u>econômico-financeira</u>, institucional-administrativa e sociopolítica da gestão pública.

Fonte: PAULA (2005, p.46)

O quadro não aponta à privatização que segundo Calipo e Soares (2012) diz respeito à ausência ou enfraquecimento do espaço político intermediário das relações entre o Estado e a sociedade que culmina no fortalecimento dos organismos privados, ou seja, para as autoras a privatização da saúde suprime o direito constitucional, universal e geral de assistência à saúde.

Paula (2005, p.47) conclui que é preciso reconhecer que “a natureza da abordagem gerencialista está voltada para a eficiência da gestão”. A administração pública tem uma lógica própria, requerendo o desenvolvimento de técnicas de gestão adequadas, além de uma formação específica para os gestores públicos, ou seja, a nova administração pública deve servir aos interesses da sociedade e da democracia, embora esteja sempre sendo reformulada.

1.1.2 O servidor público no Brasil

A administração pública brasileira usa quatro formas de regime de trabalho: estatutária, celetista, especial e cargos de comissão. Este último se divide em: a) funções de confiança, que são aquelas funções exercidas exclusivamente por detentores de cargo efetivos e, b) cargos em comissão, que são exercidas por qualquer pessoa desde que devidamente nomeada (NOGUEIRA, BARALDI e RODRIGUES, 2004; DI PIETRO 2015).

Cabe ao Congresso Nacional, com a sanção do Presidente da República, art. 48 da CF, deliberar a criação, transformação e extinção de cargos, empregos e funções públicas (BRASIL, 1988).

Devido a iniciativas próprias da modernização da gestão do Estado, o vínculo contratual, regido pela Consolidação das Leis do Trabalho (CLT), foi amplamente utilizado na administração direta nas duas décadas anteriores à Constituição de 1988 e foi reintroduzido com a Emenda Constitucional Nº 19, de 04/06/98, sob a denominação de emprego público. (NOGUEIRA, BARALDI e RODRIGUES, 2004, p.10).

A CLT buscou unificar e regulamentar a legislação trabalhista brasileira, e foi aprovada e regulamentada pelo Decreto-Lei nº 5.452, de 1 de maio de 1943, tendo sofrido alterações subsequentemente (BRASIL, 1943; BRASIL, 1977).

A alteração da CLT pela lei nº 13.467 de 13 de julho de 2017, passou a vigorar com mudanças que precisam ser negociadas entre trabalhadores e empresas. A princípio essas alterações não atingiam questões relacionadas ao salário mínimo, 13º salário, seguro-desemprego, indenização rescisória, FGTS, benefícios previdenciários, férias devidas, repouso semanal remunerado, licença maternidade, licença paternidade e normas relativas à segurança e saúde do trabalhador (BRASIL, 2017).

Os servidores estatutários federais são regidos pelo Regime Jurídico Único, aprovado pela lei nº 8.112, de 11 de dezembro de 1990. Esta lei também dispõe sobre as autarquias e as fundações públicas federais, e define, em seu artigo 2º, servidor como a pessoa legalmente em cargo público, e no artigo 3º o cargo público como o

conjunto de atribuições e responsabilidades previstas na estrutura organizacional que devem ser cometidas a um servidor (BRASIL, 1990b).

O poder público é responsável pela gestão nas esferas de governo federal, estadual, distrital ou municipal (BRASIL, 2017).

O serviço público é entendido por Di Pietro (2015) como um conjunto de atividades essenciais à coletividade sob controle do Estado, de caráter controverso, mas que visa a proteção do interesse público.

De acordo com Mello (2015, p.255) servidor público é uma designação e genérica que engloba de modo abrangente “todos os que mantêm vínculo de trabalho profissional com as entidades governamentais, integrados em cargos ou empregos da União, Estados, Distrito Federal, Municípios, respectivas autarquias e fundações de Direito Público”.

A categoria servidor público é constituída pelas pessoas que prestam serviços à administração direta e indireta, nas seguintes modalidades admitidas pela Constituição de 1988 (MUJALLI, 1997:126-127):

- a) Servidores públicos concursados (artigo 37, II, C.F.);
- b) Servidores públicos exercentes de cargo em comissão, ou função de confiança, escolhidos, preferencialmente entre aqueles que ocupam cargo de carreira profissional ou técnica, mediante ingresso, sem a necessidade de concurso (artigo 37, V);
- c) Servidores temporários que são contratados por tempo determinado para desenvolver atividade que constitua necessidade temporária de interesse público (artigo 37, IX), excetuando aqueles que se vinculam à Administração direta, às autarquias e às fundações públicas que ficam a distritos ao regime jurídico único imposto pela atual Constituição.

Pelo artigo 7º da CF/88, aplicam-se aos servidores públicos os direitos trabalhistas constitucionais, dentre eles destacam-se: salário mínimo, fixado em lei; garantia de salário, nunca inferior ao mínimo, para os que percebem remuneração variável; décimo terceiro salário com base na remuneração integral ou no valor da aposentadoria; remuneração do trabalho noturno superior à do diurno; salário-família para os dependentes do trabalhador; duração do trabalho normal não superior a oito horas diárias e 44 semanais; repouso semanal remunerado, preferencialmente aos

domingos; remuneração do serviço extraordinário superior, no mínimo, em cinquenta por cento à do normal; gozo de férias anuais remuneradas com, pelo menos, um terço a mais do que o salário normal; licença à gestante, sem prejuízo do emprego e do salário, com a duração de cento e vinte dias; licença-paternidade, nos termos fixados em lei; proteção do mercado de trabalho da mulher, mediante incentivos específicos, nos termos da lei; redução dos riscos inerentes ao trabalho, por meio de normas de saúde, higiene e segurança; adicional de remuneração para as atividades penosas, insalubres ou perigosas, na forma da lei (BRASIL, 1988; BRASIL, 2017).

Além dos servidores públicos que atuam em todas as esferas do governo, Mello (2015) destaca o chamado agente público que, para o autor, é uma expressão que distingue de forma genérica as pessoas que sirvam ao poder público e/ou desempenhem funções estatais de forma ocasional ou episódica:

[...] tanto o Chefe do poder executivo (em quaisquer das esferas), como os senadores, deputados e vereadores, os ocupantes de cargos os empregos públicos da Administração direta dos três Poderes, os servidores das autarquias, das fundações governamentais, das empresas públicas e sociedades de economia mista nas distintas órbitas de governo, os concessionários e permissionários de serviço público, os delegados de função ou ofício público, os requisitados, os contratados sob locação civil de serviços e os gestores de negócios públicos (MELLO, 2015, p. 250-251).

Dessa forma, para diferenciar essa caracterização na natureza jurídica, utiliza-se agente público de ordem objetiva para atividades de natureza estatal e agente público de ordem subjetiva para investidura episódica estatal, também chamado de “funcionário de fato, [que] é aquele cuja investidura foi irregular, mas cuja situação tem a aparência de legalidade. Em nome do princípio da aparência, da boa-fé dos administrados [...]” (MELLO, 2015, p. 251).

Com relação à classificação dos agentes públicos, Mello (2015, p. 252-260) faz uma categorização agrupada diante da variedade de sujeitos envolvidos sob tal denominação: a) Agentes políticos: são os titulares dos cargos estruturais à organização política do país, ou seja, ocupantes dos que integram o arcabouço

constitucional do Estado, como o Presidente da República, os Governadores, Prefeitos e respectivos vices, os auxiliares imediatos dos Chefes de Executivo, isto é, Ministros e Secretários das diversas Pastas, bem como os Senadores, Deputados federais e estaduais e os vereadores. A relação jurídica que os vincula ao Estado, não é profissional, é de natureza política institucional estatutária. Seus direitos e deveres não advêm de contrato travado com o Poder Público, mas descendem diretamente da Constituição e das leis; b) Agentes honoríficos: Similarmente aos agentes políticos se ligam ao Estado, sem vínculo profissional, em razão da qualidade de cidadãos, mas não ocupam cargos políticos próprios da condução suprema da vida das entidades governamentais; são livremente designados para compor comissões técnicas em razão de sua presumida elevada reputação e conhecimentos em certas áreas; c) Servidores estatais: Abarcava todos aqueles que se vinculavam com o Estado e suas entidades da Administração indireta, independente de natureza pública ou privada (autarquias, fundações, empresas públicas e sociedades de economia mista), relação de trabalho de natureza profissional e caráter não eventual sob vínculo de dependência; d) Particulares em colaboração com a Administração: É composta por pessoas que sem perderem sua qualidade de particulares ‘portanto, de pessoas alheias à intimidade do aparelho estatal’, exceto os militares, exercem função pública, mesmo que seja de forma esporádica. São estes os requisitados, gestores de negócios públicos, contratados por locação civil de serviços, concessionários e permissionários de serviços públicos e os delegados de função ou ofício público.

Percebe-se que cada ‘serviço’ se torna único nas complexas atribuições e competências públicas, independente das especificações e funções desempenhadas e área territorial correspondente (MELLO, 2015, p.258).

Com relação aos cargos, Mujalli (1997) os distingue da seguinte forma: 1) Cargo em comissão ou de provimento em comissão: é aquele predisposto ou vocacionado a ser preenchido por um ocupante transitório, da confiança da autoridade que o nomeou, e que nele permanece enquanto durar essa confiança, ou seja, não há necessidade de concurso. A nomeação é livre como também a exoneração; 2) Cargo efetivo ou de

provimento efetivo: é aquele predisposto a ser preenchido sem transitoriedade, ou seja, em caráter definitivo. A sua natureza tende à recepção de um ocupante que permaneça no cargo em caráter transitório e 3) Cargo vitalício ou de provimento vitalício: são unicamente os previstos na Constituição, para Magistrados e Ministros do Tribunal de Contas, após dois anos de exercício, tanto o cargo efetivo caracterizado pela vocação para receber o ocupante que nele permanecerá em definitivo. O titular do cargo vitalício só pode ser desligado mediante processo judicial, enquanto que no cargo efetivo o seu desligamento ocorre processo administrativo.

No artigo 37, inciso V, a Constituição Federal estabelece que “as funções de confiança, exercida exclusivamente por servidores ocupantes de cargo efetivo, e os cargos em comissão, a serem preenchidos por servidores de carreira nos casos, condições e percentuais mínimos previstos em lei, destinam-se apenas às atribuições de direção, chefia e assessoramento”. O texto apresenta uma diferença entre cargos e funções do Direção e Assistência Intermediária (DAI), instituído pelo Decreto nº 72.912 de 1973, que era acumulativo e retribuída uma gratificação mensal ao exercício da função de direção, chefia e assessoramento (BRASIL, 1973).

Os vínculos de empregados celetistas e os contratos por tempo determinado sofrem restrições decorrentes do princípio da legalidade e obedecem a requisitos gerais da ação do Estado. Por exemplo, os empregados públicos não podem ser livremente contratados, mas devem passar por 11 procedimentos seletivos de natureza pública. A Lei também estabelece limites para os ocupantes de cargos comissionados, havendo uma proporção assinalada para os integrantes de carreiras (NOGUEIRA, BARALDI e RODRIGUES, 2004, p.10-11).

A Lei nº 8.745, de 09 de dezembro de 1993, estabelece que os casos de contratação por tempo determinado para atender à necessidade temporária devem ser excepcionais e de interesse público (BRASIL, 1993).

A nomeação em comissão insere-se no conceito de ato discricionário, sendo este assim definido por lei como de livre nomeação e exoneração da autoridade administrativa competente. Por estar prevista em lei, abre-se o campo de liberdade para o administrador público, que acaba por ter, legitimamente, o juízo de conveniência e oportunidade para praticar precitado ato (SANTOS, 2016, p. 21).

Com relação à exoneração de cargos de comissão, art. 3º, pode acontecer a pedido do servidor ou de ofício, quando não satisfeitas as condições do estágio probatório quando tendo tomado posse o servidor não entra em exercício no prazo estabelecido (BRASIL, 1990), especificados no art. 34:

- a) a juízo da autoridade competente ou a pedido do próprio servidor;
- b) o afastamento dos servidores de função de direção, chefia e assessoramento se dá, a pedido, mediante dispensa, nos casos de: promoção; cumprimento do prazo exigido para rotatividade da função; por falta de exação no exercício de suas atribuições, de acordo com que for apurado em processo de avaliação, conforme estabelecido em lei e regulamento; a critério da Autoridade competente.

Os empregados públicos têm seus direitos assegurados pelo que dispõem a CLT e o Regime Geral de Previdência Social, enquanto as vantagens e benefícios dos servidores estatutários estão previstos na Constituição. Os trabalhadores do regime especial e de cargos comissionados também tem direitos e vantagens (NOGUEIRA, BARALDI e RODRIGUES, 2004).

O trabalho na área da saúde é complexo, porque se apresenta como um dos grandes setores que compõem o mercado, composto por uma grande variedade de profissionais, que segundo o Glossário Temático publicado pela Secretaria de Gestão do Trabalho, são considerados:

[...] os indivíduos que, estando ocupado ou não no setor da Saúde, detém formação profissional específica ou qualificação prática ou acadêmica para o desempenho das atividades ligadas diretamente ao cuidado ou às ações de saúde. A formação e/ou capacitação destes requer um conjunto de habilidades cognitivas, adquiridas com o intuito de atuar nesse setor. Considera-se também profissional de saúde o indivíduo com formação profissional específica que está desempregado ou que esteja procurando emprego [...] (BRASIL, 007, p: 36–37).

Tanto o desemprego quanto o aumento dos serviços temporários e terceirizados estão associados com a flexibilização do trabalho e consequente precarização (ANTUNES, 2014).

Com relação às competências do DEGERTS, em suas atribuições, visando às questões da flexibilização e precarização do trabalho, devem apontar as necessidades quantitativas e qualitativas de profissionais da área de saúde; desenvolver ações que garantam a oferta quantitativa de profissionais com perfil adequado, assegurando direitos e deveres dos trabalhadores de saúde; assim como participar de articulações intra e intergovernamentais, especialmente junto aos Ministérios do Trabalho e Emprego, do Planejamento, Orçamento e Gestão, da Educação e da Ciência e Tecnologia, para a busca de soluções que dizem respeito aos problemas que envolvem os trabalhadores do SUS.

1.1.3 Concurso público como forma igualitária de acesso

No que concerne ao ingresso no serviço público, houve várias mudanças nas Constituições brasileiras, por exemplo, na Constituição de 1934 no art. 170; na de 1937 no art. 156 e de 1964 no art. 186 era exigido concurso público apenas na primeira investidura em plano de carreira. Já a Constituição de 1967 estabelecia o concurso público como condição indispensável para qualquer cargo público, exceto os de comissão, conforme art. 95 parágrafos 1 e 2. Na Emenda Constitucional nº 1 de 17 de outubro de 1969 voltou a ser exigido concurso público apenas para a primeira investidura em cargo público, exceto os indicados em lei e cargos comissionados, art. 97, parágrafos 1 e 2 (BRASIL, 1934; BRASIL, 1967; BRASIL 1969).

Para Meirelles (2002, p. 403) o concurso público é uma forma técnica colocada à disposição da Administração Pública “em busca da moralidade, eficiência e

aperfeiçoamento do serviço público, e, ao mesmo tempo, propiciar igual oportunidade a todos os interessados que atendam aos requisitos da lei”.

Há cargos de provimento vitalício que não são submetidos a concursos públicos, tais como: Ministros dos tribunais de contas, art. 73 CF; Magistrados nomeados em razão do art. 94 CF; Ministros do Supremo Tribunal Federal art. 101 CF; Ministros do Superior Tribunal de Justiça, art. 104 CF (BRASIL, 1988).

Como já assinalado, observa-se que a Constituição Federal de 1988 determinou entre outras coisas, a realização de concurso público, como forma de ingresso dos servidores públicos. Este é um instrumento de natureza jurídica, utilizado pela Administração Pública, conforme art. 37, II CF “A investidura em cargo ou emprego público depende de aprovação em concurso público de provas ou de provas e títulos, ressalvadas as nomeações para cargo em comissão declarado em lei de livre nomeação e exoneração” (BRASIL, 1988).

Para ocupar cargo público, a lei 8.112 estipula, no art. 5, que o candidato deve preencher alguns requisitos, tais como: nacionalidade brasileira; gozo de direitos políticos; quitação com as obrigações militares e eleitorais; nível de escolaridade exigido para o exercício do cargo; idade mínima de 18 anos; aptidão física e mental (BRASIL, 1990b).

Em 14 de agosto de 2007, foi instituída uma Comissão para assessorar os órgãos e as instituições integrantes do Sistema Único de Saúde (SUS), portaria nº 1963, visando elaborar ou reformular uma política de Planos de Carreiras, Cargos e Salários-PCCS-SUS. (BRASIL, 2007).

Os principais princípios apontados foram:

I – da universalidade dos planos de carreiras, entendendo-se por este que os planos deverão abarcar todos os trabalhadores dos diferentes órgãos e instituições integrantes do Sistema Único de Saúde;

II – da equivalência dos cargos ou empregos;

III – do concurso público de provas ou de provas e títulos, significando este à única forma de ingresso no serviço, para o exercício de cargo ou emprego e acesso à carreira;

VII – das carreiras como instrumento de gestão, entendendo-se por isto que o plano de carreiras deverá se constituir num instrumento gerencial de política de pessoal integrado ao planejamento e ao desenvolvimento organizacional;

VIII – da educação permanente, importando este o atendimento da necessidade permanente de oferta de educação aos trabalhadores do SUS;

IX – da avaliação de desempenho, entendido como um processo pedagógico focado no desenvolvimento profissional e institucional (BRASIL, 2007).

Outro apontamento, conforme art. 53, nos termos da Lei 5.315 de 12 de outubro de 1967 “I – aproveitamento no serviço público, sem exigência de concurso, com estabilidade” é com relação aos ex-combatentes que tenham participado de operações bélicas, durante a segunda guerra mundial.

No parágrafo 1º do art. 41 da CF, modificado no contexto da EC 19/1998, a perda do cargo pelo servidor público com estabilidade ocorre:

I – em virtude de sentença judicial transitada em julgado;

II – mediante processo administrativo em que lhe seja assegurada ampla defesa;

III – mediante procedimento de avaliação periódica de desempenho, na forma da lei complementar, assegurando ampla defesa.

Entretanto, conforme parágrafo 3º do mesmo artigo “[...] extinto o cargo ou declarada a sua desnecessidade, o servidor estável ficará em disponibilidade, com remuneração proporcional ao tempo de serviço, até seu adequado aproveitamento em outro cargo”.

O processo de recrutamento de pessoas na administração pública, segundo Bergue (2010, p. 526) segue cinco fases de acordo com o grau de importância: “1) identificação da efetiva necessidade, 2) análise da existência legal da vaga, 3) elaboração e publicação do edital de abertura do concurso, 4) processo de inscrições e 5) homologação das inscrições”.

O concurso público, visto como um instrumento viabilizador do recrutamento de pessoal na Administração Pública, deve ter por objetivo a satisfação do interesse público, ou seja, da necessidade da sociedade levando-se com conta a requisitos justos e adequação à demanda proporcional de cada região (MELO, 2006).

A realização de concurso público é uma exigência constitucional, sendo fundamentos do concurso público: o princípio da isonomia, também chamado princípio da igualdade, assim como os princípios da impessoalidade, moralidade e eficiência, previstos na CF que reservará percentual dos cargos e empregos públicos necessários de acordo com a lei (MEIRELLES, 2002; MELO, 2006).

1.2 O SUS e a Reforma de Estado no Brasil

A formulação e a construção de um sistema nacional público de saúde no Brasil foram produtos de um projeto assumido e defendido pelo movimento social em um momento de redemocratização da sociedade brasileira, que reuniu desde intelectuais membros da academia, estudantes, lideranças religiosas e populares, partidos políticos e várias formas de organização da população, especialmente de bairros periféricos de grandes municípios brasileiros (LACAZ e JUNQUEIRA, 2017).

Segundo Noronha e Soares (2001, p. 446) “[...] este projeto inscreveu a Saúde no marco de uma seguridade social pública, universal, garantidora de direitos de cidadania e que não tergiversava acerca da responsabilidade do Estado na sua implementação”. Ainda segundo os autores, este projeto de proteção social se confronta com grandes mudanças econômicas, sociais institucionais, no bojo das assim denominadas reformas estruturais, orientadas por uma matriz ideológico-política de cunho neoliberal.

Ferreira e Araujo (2014) relatam que o neoliberalismo surgiu com base no liberalismo no século XVIII que buscava diminuir a presença dos governos na economia e na sociedade, conformando o assim chamado de Estado mínimo, cuja atuação na

regulação da política e da economia convive com o ideário do livre mercado (FERREIRA e ARAUJO, 2014, p. 677).

Dessa forma, a cultura neoliberal repercute no contexto da saúde pública do Brasil, pois segundo os autores “[...]a influência neoliberal, privatista e individualizante, passa a disputar espaço com uma política de saúde de cunho universal e solidário” (FERREIRA e ARAUJO, 2014, p. 677).

Antes da criação do SUS, no Brasil a assistência médica era oferecida pelo Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS), apenas aos seus segurados que recolhiam contribuições à previdência social. O restante da população ou pagava do próprio bolso ou era atendida como indigente pelas Santas Casas e entidades similares e pelos hospitais e ambulatórios das faculdades de Medicina. A implantação do SUS buscou superar essa restrição e foi embasada nas diretrizes de universalidade, igualdade de acesso e integralidade nos serviços e nas ações de saúde, e também nos princípios organizativos de descentralização, regionalização e hierarquização da rede, bem como na participação de usuários e trabalhadores do SUS na gestão por meio de conferências e conselhos gestores em todos os níveis de atenção (BRASIL, 1990a; BRASIL, 1990b).

O SUS se constituiu como um “conjunto de ações e serviços de saúde, prestados por órgãos e instituições públicas federais, estaduais, e municipais da administração direta e indireta e das fundações mantidas pelo poder público”, complementado pela iniciativa privada (BRASIL, 1990a).

O artigo 198 da Constituição Federal cita a regionalização e a hierarquização da rede de serviços de saúde. No que concerne à organização, à direção e à gestão estabelece que a direção do SUS é única, sendo exercida em cada esfera do governo pelos seguintes órgãos:

- no âmbito da União, pelo Ministério da Saúde;
- no âmbito dos Estados e do Distrito Federal, pela respectiva Secretaria de Saúde ou órgão equivalente;

- no âmbito dos municípios, pela Secretaria da Saúde ou órgão equivalente.

A gestão no SUS, de acordo com o Conselho Nacional dos Secretários de Saúde (CONASS) é dividida em quatro grandes grupos de funções: (a) formulação de políticas/planejamento; (b) financiamento; (c) coordenação, regulação, controle e avaliação (do sistema/ redes e dos prestadores públicos ou privados); (d) prestação direta de serviços de saúde. Cada uma dessas macro-funções compreende uma série de outras sub-funções e de atribuições para os gestores na área da saúde (BRASIL, 2003, p.39).

Para melhor entendimento das funções no âmbito do SUS, seguem alguns conceitos de acordo com o CONASS (BRASIL, 2003, p.39):

Gerência como a administração de uma unidade ou órgão de saúde (ambulatório, hospital, instituto, fundação, etc.) que se caracterizam como prestadores de serviços do SUS.

Gestão como a atividade e responsabilidade de comandar um sistema de saúde (municipal, estadual ou nacional) exercendo as funções de coordenação, articulação, negociação, planejamento, acompanhamento, controle, avaliação e auditoria.

Paim (2017, p.258) aponta que é necessário acionar teorias potentes que ajudem a encontrar o que não está nas aparências, considerando que “a construção do SUS público, gratuito e de qualidade passa pela radicalização da Reforma Sanitária e da democracia”, fenômeno sócio-histórico que impacta nos modelos de gestão.

Os Relatórios de Gestão, nos níveis nacional, estadual e municipal, são elaborados anualmente a partir do quadro de metas e destina-se a sistematizar e divulgar informações sobre os resultados obtidos e devem ser elaborados pelos gestores e submetidos aos respectivos Conselhos de Saúde. Este relatório deve ser constituído por: diagnóstico situacional, ao qual se agregam as prioridades estabelecidas; e uma análise estratégica, que permita a comparação crítica entre o previsto e o realizado, mediante a focalização do quadro-síntese das metas e da

programação em saúde explicitadas no Quadro de Metas, bem como da aplicação dos recursos financeiros (BRASIL, 2003, p.86).

O processo de elaboração dos instrumentos de gestão do SUS aponta alguns aspectos que devem ser frisados: (a) articulação entre os diversos instrumentos, suas etapas de tramitação e seus respectivos níveis de responsabilidade; (b) vinculação com o processo de elaboração da proposta orçamentária em cada nível de governo de modo que as ações planejadas sejam inseridas nas respectivas leis orçamentárias e planos plurianuais; (c) definição precisa das instâncias, dos fluxos, dos prazos e das responsabilidades em cada etapa e em cada nível do processo; (d) circulação das informações entre as três esferas de gestão do SUS e correspondentes conselhos e comissões intergestores; (e) ênfase na abordagem estratégica, fundada em compromissos e em acordos com relação a metas e a prioridades entre os diferentes gestores; (f) padronização de instrumentos sem comprometimento das nuances da realidade local, com flexibilidade para inclusão de indicadores e metas adequados à mesma (BRASIL, 2003, p.88).

Uma vertente de pensamento apontada por Contreiras (2011) traz crítica às inovações institucionais que permitem escapar ao regime administrativo público, como reflexo da reforma administrativa de 1995, que preconiza um novo modelo institucional baseado no setor privado, as Organizações Sociais (O.S.) e a utilização de antigas formas de participação do setor privado na prestação de serviços de saúde.

Noronha e Soares (2001, p.448-450) corroboram esse pensamento, chamando a Reforma administrativa de 'mal' que transformou órgãos públicos estatais em agências privadas denominadas de OS.: “[...] representa o descompromisso do Estado com a saúde da população, entregando-a nas mãos de agentes privados alavancados por recursos públicos”. Os autores enfatizam também que os sistemas privados devem ser submetidos aos dispositivos regulatórios, normativos e legislativos que orientam a implementação desta política.

A O.S. é uma qualificação conferida pelo poder público a pessoas jurídicas de direito privado sem fins lucrativos. Constituíram-se como umas das principais estratégias do PDRAE, tendo sido criadas pela lei 9.637 em 1998, e sua implantação iniciada em 1.999, disseminando-se pelo país, estabelecendo vínculos por meio de contrato de gestão, desde que não infrinjam a CF. Contreiras (2011, p.38) afirma que a proposta das O.S., embora seja fomentada e regulamentada pelo Estado, privilegia o setor privado.

O contrato de gestão é o instrumento que regula a parceria entre o poder público e a O.S., definindo atribuições, responsabilidades e obrigações de ambas as partes. O contrato é elaborado em comum acordo entre o órgão ou entidade supervisora e a O.S. No contrato são estipuladas as metas, os prazos e os indicadores de qualidade e produtividade que serão utilizados para a avaliação do desempenho da O.S., a fiscalização é de responsabilidade do poder público (CONTREIRAS, 2011).

De acordo com Contreiras (2011), os problemas de gestão do SUS evidenciam a heterogeneidade de interesses, diagnósticos e propostas que têm se materializado em projetos e políticas públicas contraditórios no âmbito da administração pública e saúde. Seriam fruto da intensificação burocrática trazida pela Constituição de 1988 e de incompletas medidas reformadoras dos anos 1990.

1.2.1 Aspectos legais sobre a Gestão Federal do SUS

O SUS possui leis que o regulamentam, as chamadas leis orgânicas de saúde: lei 8.080 e 8.142. A lei 8.080/90, que regula em todo o território nacional as ações e serviços de saúde, executados isolada ou conjuntamente, em caráter permanente ou eventual, por pessoas naturais ou jurídicas de direito público ou privado; e a lei 8.142 que 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 (BRASIL, 1990a, 1990b).

A gestão do SUS, de acordo com a lei nº 8.080, deve estar fundamentada na distribuição de competências entre a União, os estados e os municípios, que por sua vez devem definir mecanismos de controle e avaliação dos serviços de saúde, monitorar o nível de saúde da população, gerenciar e aplicar os recursos orçamentários e financeiros, definir políticas de recursos humanos, realizar o planejamento de curto e médio prazo e promover a articulação de políticas de saúde, entre outras ações (BRASIL, 2018).

Este amplo processo de discussão culminou na aprovação da Norma Operacional Básica 96/SUS (NOB), publicada em 1996 conforme portaria nº 2.203 em substituição à NOB-93 (BRASIL, 1996). Além de incluir as orientações operacionais, dá sequência aos princípios e diretrizes da Constituição Federal, lei 8.080/90 e lei 8.142/90.

Ambas têm por finalidade a promoção e consolidação da atenção à saúde dos seus munícipes (BRASIL, 2007). Esta NOB também tem como objetivos reordenar os modelos de atenção à saúde:

- a) os papéis de cada esfera de governo e, em especial, no tocante à direção única;
- b) os instrumentos gerenciais para que municípios e estados superem o papel exclusivo de prestadores de serviços e assumam seus respectivos papéis de gestores do SUS;
- c) os mecanismos e fluxos de financiamento, reduzindo progressiva e continuamente a remuneração por produção de serviços e ampliando as transferências de caráter global, fundo a fundo, com base em programações ascendentes, pactuadas e integradas;
- d) a prática do acompanhamento, controle e avaliação no SUS, superando os mecanismos tradicionais, centrados no faturamento de serviços produzidos, e valorizando os resultados advindos de programações com critérios epidemiológicos e desempenho com qualidade;
- e) os vínculos dos serviços com os seus usuários, privilegiando os núcleos familiares e comunitários, criando, assim, condições para uma efetiva participação e controle social.

A Norma Operacional Básica de Recursos Humanos para o SUS (NOB/RH-SUS), resgata a importância do trabalho para o sistema, a necessidade da valorização profissional na implantação dos modelos assistenciais e a regulação das relações de trabalho no setor saúde. Para a NOB-RH a gestão do trabalho no SUS (BRASIL, 2005) é “A gestão e gerência de toda e qualquer relação de trabalho necessária ao funcionamento do Sistema, desde a prestação dos cuidados diretos à saúde dos seus usuários até as atividades-meio necessárias ao seu desenvolvimento”, dessa forma, o “Trabalho no SUS” refere-se àquele que é exercido pelos trabalhadores dos serviços públicos e privados de saúde (contratados ou conveniados). Diz respeito às relações de trabalho de caráter permanente e precárias, desde que exercidas no interior do SUS.

A partir do momento que a administração pública se tornou tema central nos debates da área da saúde, surgem as propostas de “[...] fortalecimento da capacidade de gestão na administração direta e indireta na melhoria da relação entre órgãos e entes, e destes com empresas e terceiro setor” (CONTREIRAS, 2011, p.37).

Dentre essas iniciativas são criadas: a Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES), são aprovados o Pacto de Gestão, o ProgeSUS, o HumanizaSUS e o DesprecarizaSUS.

A SGTES, criada em 2003 pelo decreto 4.726 de 09 de junho de 2003, é um importante órgão que responde pela gestão federal do SUS quanto à formulação de políticas orientadoras da formação, do desenvolvimento, da distribuição, da regulação profissional e da gestão dos trabalhadores da saúde (BRASIL, 2009; BRASIL, 2012).

Também integram a SGTES o Departamento de Gestão da Educação na saúde-Deges e o Departamento de Gestão e da Regulação do Trabalho em Saúde-Degerts, veiculado no início do primeiro Governo Lula, dentre suas atribuições (BRASIL, 2012, p.2):

O **Deges** é o responsável pela proposição e pela formulação de políticas relativas: à formação, ao desenvolvimento profissional e à educação permanente dos trabalhadores da saúde em todos os níveis de escolaridade; à capacitação de profissionais de outras áreas da saúde, dos movimentos sociais e da população, para favorecer a articulação intersetorial, incentivar a participação e o controle social no setor Saúde; [...] Esse departamento responsabiliza-se, da mesma forma, pela cooperação técnica, financeira e operacional com estados e municípios, com instituições formadoras, com organizações de educação popular em saúde dos movimentos sociais e com outras entidades envolvidas com formação, desenvolvimento profissional, educação permanente e educação popular. O **Degerts** é o responsável, fundamentalmente, pela proposição, pelo incentivo, pelo acompanhamento e pela elaboração de políticas de gestão, planejamento e regulação do trabalho em saúde. É do âmbito também desse departamento a negociação do trabalho em saúde junto aos segmentos do governo e dos trabalhadores no que se refere à gestão, à regulação e à regulamentação do trabalho, a fim de estruturar uma efetiva política de gestão do trabalho nas esferas federal, estadual e municipal, envolvendo os setores público e privado que compõem o sistema e, assim, contribuir para a promoção da melhoria e humanização do atendimento ao usuário.

Para Pierantoni *et al.* (2008) a criação da SGTES foi muito importante para área de recursos humanos e o desenvolvimento da Política Nacional de Saúde e, embora encontre desafios no campo da gestão do trabalho e educação em saúde, tem como desafio equacionar os problemas da área além de definir políticas no campo da gestão do trabalho e da educação em saúde.

No caso do Brasil, em que essa área se institucionaliza no âmbito da política nacional de saúde, via criação da Secretaria de Gestão do Trabalho e na Educação na Saúde do Ministério da Saúde, a avaliação e o acompanhamento dos processos de gestão desenvolvidos nas instâncias locais e organizacionais em que, *na práxis*, esses processos estão sendo desenvolvidos, tornam-se imperativos. É fundamental identificar fragilidades e potencialidades que possam orientar tanto a definição de diretrizes políticas quanto oferecer mecanismos de apoio aos sistemas locais para implementação das políticas, com autonomia, independência e governança (PIERANTONI, VARELLA e FRANÇA., 2004, p.60).

Em 2004, o Ministério da Saúde organizou uma oficina sobre o Pacto de Gestão, cujo objetivo principal foi iniciar a discussão para a revisão do processo normativo do SUS; e estabelecer as diretrizes, conteúdos e metodologia de trabalho para a elaboração de propostas para pactuação de questões fundamentais para o processo de gestão do SUS (BRASIL, 2006b).

O Pacto de Gestão, implementado pelo Ministério da Saúde em 2005, é considerado “um conjunto de reformas institucionais pactuado entre as três esferas de gestão (União, estados e municípios) do SUS, com o objetivo de promover inovações nos processos e instrumentos de gestão. Sua implementação se dá por meio da adesão de municípios, estados e União ao Termo de Compromisso de Gestão (TCG), que, renovado anualmente, substitui os anteriores processos de habilitação e estabelece metas e compromissos para cada ente da federação” (BRASIL, 2005).

Em 22 de fevereiro de 2006 a Portaria nº 399 trata do Pacto pela Saúde, visando a consolidação do SUS e aprovação das diretrizes operacionais, dentre suas atribuições (BRASIL, 2007):

Na perspectiva de superar as dificuldades apontadas, os gestores do SUS assumem o compromisso público da construção do PACTO PELA SAÚDE 2006, que será anualmente revisado, com base nos princípios constitucionais do SUS, ênfase nas necessidades de saúde da população e que implicará o exercício simultâneo de definição de prioridades articuladas e integradas nos três componentes: Pacto pela Vida, Pacto em Defesa do SUS e Pacto de Gestão do SUS; Estas prioridades são expressas em objetivos e metas no Termo de

Compromisso de Gestão e estão detalhadas no documento Diretrizes Operacionais do Pacto pela Saúde 2006 (BRASIL, 2007).

Assim sendo, nesse mesmo ano, foi sancionado o decreto 7.508, que dispõe sobre a organização do SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, objetivando o aprimoramento do Pacto Federativo e fortalecimento do direito à saúde (BRASIL, 2007):

Considerando a necessidade do aprimoramento do processo de pactuação intergestores objetivando a qualificação, o aperfeiçoamento e a definição das responsabilidades sanitárias e de gestão entre os entes federados no âmbito do SUS; Considerando a necessidade de definição de compromisso entre os gestores do SUS em torno de prioridades que apresentem impacto sobre a situação de saúde da população brasileira [...] (BRASIL, 2007).

A questão da regionalização e descentralização também foi abordada, a partir da premissa apontada na portaria de que o Brasil é um país continental e com muitas diferenças e iniquidades regionais. Para o CONASS a regionalização é uma forma de facilitar o acesso aos serviços de saúde, buscando o desenvolvimento de sistemas eficientes e efetivos e criando bases territoriais para o desenvolvimento de redes de atenção à saúde – RAS (BRASIL, 2003).

Ademais, de acordo com o Pacto de Gestão (BRASIL, 2006b, p. 40-43), os gestores devem implementar e desenvolver a Regulação da Atenção à Saúde, articulando e integrando as ações de Contratação, Controle, Regulação do Acesso, Auditoria e Avaliação da Atenção à Saúde, devendo:

- Fazer com que os contratos sejam pactos de compromissos entre gestores e prestadores para a produção qualificada das ações de saúde. No contrato com prestadores, deve ficar claro que a produção dos serviços deve ocorrer segundo as definições do gestor e as necessidades das Políticas de Atenção [...].
- Reformular e articular as atividades de Controle Assistencial de modo a controlar a execução do atendimento [...] e fiscalização da execução dos procedimentos realizados em cada estabelecimento [...].
- Implementar as ações de Avaliação da Atenção à Saúde de maneira a medir a qualidade que garanta maior eficiência, eficácia, resolubilidade, humanização,

satisfação do usuário, em conformidade com os princípios do SUS, por meio de análise de dados e indicadores, verificação de padrões de conformidade, aplicação de questionários e entrevistas.

- Implementar a Regulação Assistencial que deve viabilizar o acesso do usuário aos serviços de saúde, de forma a adequar, à complexidade de seu problema, os níveis tecnológicos exigidos para uma resposta humana, oportuna, ordenada, eficiente e eficaz [...].
- Implementar os Complexos Reguladores como uma das estratégias de Regulação Assistencial [...].

Observa-se que os gestores municipais precisam se adequar às novas tarefas, tendo em vista as novas responsabilidades e decisões que vão tomar porque envolvem outras pessoas, bem como monitoramento. “Nos municípios que não tiverem condições de assumir todas as responsabilidades de imediato, deve ser construído um cronograma pactuado, com os passos necessários a serem efetivados por ele e pelos demais entes para que possa ir assumindo plenamente as responsabilidades” (BRASIL, 2006b, p.47).

A implantação do Pacto de Gestão envolve mobilização dos gestores nas três esferas do governo, com um termo de compromisso assinado a cada dois anos em cronogramas monitorados (BRASIL, 2006b).

No desenho do SUS, a Função de gestão tem uma forte dimensão participativa, pois, além de envolver os gestores municipais, estaduais e federais, congrega, através de mecanismos participativos, como os Conselhos e Conferências de Saúde, o conjunto dos sujeitos envolvidos na produção da saúde, o que inclui os trabalhadores e os usuários do Sistema. Assim é que foram instituídos os Conselhos de Saúde, organizados nos três níveis da administração (federal, estadual e municipal), objetivando o controle social do sistema. Eles têm caráter deliberativo e devem: aprovar o planejamento da saúde e acompanhar sua execução; aprovar e acompanhar o orçamento setorial; avaliar os serviços de saúde e fiscalizar a aplicação dos recursos financeiros. A composição é paritária, sendo eles constituídos por 50% de usuários, e 50% de trabalhadores, prestadores de serviços e gestores (FERREIRA e ARAUJO, 2014, p.681).

Ferreira e Araujo (2014) destacam a Comissão Tripartite, que atua junto ao Ministério da Saúde, também reunindo as três esferas de governo como sendo a principal instância de negociação e reconhecem a importância dos sujeitos sociais em um momento de busca de avanços na gestão do SUS, propondo gestões democráticas e participativas.

Os gestores [federais, estaduais e municipais do SUS e também os das operadoras na saúde suplementar] cumprem um papel decisivo na conformação das práticas de saúde por meio das políticas, dos mecanismos de financiamento etc., mas não governam sozinhos. Apesar de haver uma direção - os gestores, a quem formalmente cabe governar - na verdade todos governam: gestores, trabalhadores e usuários (MERHY e FEUERWERKER, 2009, p.10).

No Brasil diferentes programas e políticas foram instituídas para qualificar o SUS. O Programa de Qualificação e Estruturação da Gestão do Trabalho e da Educação - ProgeSUS, de acordo com a portaria nº 2.261, de 22 de setembro de 2006 foi estruturado para colaborar técnica e financeiramente com a execução de projetos voltados ao fortalecimento dos setores de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde de Secretarias estaduais de Saúde do Distrito Federal e de municípios (BRASIL, 2011).

Visando a necessidade de qualificação na saúde pública, o Ministério da Saúde criou em 2003 a Política Nacional de Humanização (PNH) (HumanizaSUS), pela Portaria GM/MS nº 2406, 19.12.2003, a qual busca transformar as relações de trabalho envolvendo trabalhadores, usuários e gestores na produção e gestão do cuidado e dos processos de trabalho. Suas diretrizes incluem: acolhimento, gestão participativa e cogestão, ambiência, clínica ampliada e compartilhada, valorização do trabalhador e defesa dos direitos dos usuários, que devem estar presentes e inseridas em todas as políticas e programas do SUS (BRASIL, 2013).

No que diz respeito ao DesprecarizaSUS, trata-se de “uma estratégia de ação do governo federal cujo objetivo principal é a desprecarização dos vínculos de trabalho na saúde”. Dessa forma, em 2003 o Ministério da Saúde criou o Comitê Nacional

Interinstitucional de Desprecarização do Trabalho no SUS, que tem como objetivo a elaboração de políticas e de formulação de diretrizes em busca da desprecarização do trabalho (BRASIL, 2006a, p. 6,13).

De acordo com o CONASS e o Conselho Nacional dos Secretários municipais de saúde (Conasems), o trabalho precário está relacionado aos vínculos de trabalho no SUS que não garantem direitos trabalhistas e previdenciários previstos em lei, sejam eles vínculo direto ou indireto. Todavia para as entidades sindicais que representam os trabalhadores do SUS, “trabalho precário está caracterizado não apenas como ausência de direitos trabalhistas e previdenciários consagrados em lei, mas também como ausência de concurso público ou processo seletivo público para cargo permanente ou emprego público no SUS” (BRASIL, 2006a, p.13).

Em 2007 foi feito um Termo de Compromisso de Gestão formalizando as responsabilidades e atribuições do Ministério da Saúde referentes ao processo permanente de aprimoramento e consolidação do SUS, incluído na portaria MS n.º 399/GM, de 22 de fevereiro de 2006, que estabelece as Diretrizes Operacionais dos Pactos Pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão (BRASIL, 2007).

Ainda sobre a desprecarização do trabalho, o Governo Federal, por meio do decreto 7.133 de 19 de março de 2010, estabeleceu critérios e regras para realização de avaliações de desempenho individual e institucional no serviço público e gratificações de desempenho, conforme art. 2 (BRASIL, 2010), os seguintes termos:

I - avaliação de desempenho: monitoramento sistemático e contínuo da atuação individual do servidor e institucional dos órgãos e das entidades de lotação dos servidores integrantes dos planos de cargos e de carreiras abrangidos pelo art. 1º, tendo como referência as metas globais e intermediárias destas unidades;

II - unidade de avaliação: o órgão ou a entidade como um todo, um subconjunto de unidades administrativas de um órgão ou entidade que execute atividades de mesma natureza, ou uma unidade isolada, conforme definido no ato de que trata o caput do art. 7º, a partir de critérios geográficos, de hierarquia organizacional ou de natureza de atividade;

III - equipe de trabalho: conjunto de servidores que faça jus a uma das gratificações de desempenho de que trata o art. 1o, em exercício na mesma unidade de avaliação;

IV - ciclo de avaliação: período de doze meses considerado para realização da avaliação de desempenho individual e institucional, com vistas a aferir o desempenho dos servidores alcançados pelo art. 1o e do órgão ou da entidade em que se encontrem em exercício; e

V - plano de trabalho: documento em que serão registrados os dados referentes a cada etapa do ciclo de avaliação, observado o disposto no art. 6o.

Pierantoni *et al.* (2011) acreditam ser fundamental a implantação de avaliações de desempenho profissional, tendo em vista que embora existam espaços para discussão das práticas de gestão, ainda faltam integração de sistemas, ferramentas e estratégias para a gestão do trabalho em saúde.

1.2.2 Aspectos legais sobre gestão estadual do SUS em São Paulo

O estado de São Paulo tem uma população estimada de 45.094.866 habitantes, tendo um total de 645 municípios (IBGE, 2017).

O governo do estado conta com 25 secretarias: Administração Penitenciária; Agricultura e Abastecimento; Casa Civil; Casa Militar; Cultura; Desenvolvimento Econômico, Ciência, Tecnologia e Inovação; Desenvolvimento Social; Direitos da Pessoa com Deficiência; Educação; Emprego e Relações do Trabalho; Energia e Mineração; Esporte, Lazer e Juventude; Fazenda; Governo; Habitação; Justiça e Defesa da Cidadania; Logística e Transportes; Meio Ambiente; Planejamento e Gestão; Procuradoria Geral do Estado; Saneamento e Recursos Hídricos; Saúde; Segurança Pública; Transportes Metropolitanos e Turismo (SÃO PAULO, 2017).

A Constituição estadual de São Paulo em seu art. 111 acrescenta aos princípios da Constituição Federal de 1988: razoabilidade, finalidade, motivação e interesse

público. Com relação ao art. 226 da referida constituição (SÃO PAULO, 1989).

É vedada a nomeação ou designação, para cargo ou função de chefia ou assessoramento na área de Saúde, em qualquer nível, de pessoa que participe de direção, gerência ou administração de entidades que mantenham contratos ou convênios com o SUS, a nível estadual, ou sejam por ele credenciadas.

O anexo 9.4 apresenta o organograma da Secretaria de Estado da Saúde do Estado de São Paulo (SES/SP), órgão responsável pela formulação de políticas estaduais de saúde, cujas as diretrizes estão de acordo com os princípios do SUS (SÃO PAULO, 2017).

O estado de São Paulo conta com 17 departamentos regionais de saúde (DRS), cujas atribuições de planejamento e ações são de responsabilidade da SES-SP, avaliadas pelas instâncias Conselho Estadual de Saúde-CES e Comissão Intergestores Bipartite (CIB). Os DRS atendem ao decreto nº 51.433 de 28 de dezembro de 2006, sendo responsáveis por coordenar as atividades de gestão estadual articulada aos municípios. Os municípios, objeto de estudo desta tese, se localizam no DRS1 – Grande São Paulo (Guarulhos e São Paulo) (SÃO PAULO, 2017).

A SES-SP conta com diferentes áreas técnicas: Saúde Bucal; Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus; Saúde da Mulher; Saúde da Pessoa Idosa; Saúde das Populações Privadas de Liberdade; Saúde da População Indígena; Saúde da População Negra; Saúde Mental, álcool e drogas; Saúde do Homem; Saúde da Criança; Saúde da Pessoa com Deficiência; Saúde do Trabalhador e Saúde do Adolescente, que são responsáveis por formular políticas públicas e apoiar tecnicamente os municípios (SÃO PAULO, 2012; SÃO PAULO, 2014).

A Coordenadoria de Recursos Humanos (CRH) faz parte do Sistema de Administração de Pessoal do Estado-SAP, centralizada na SES e desde 1991 tem como função planejar, controlar e executar as políticas de Recursos Humanos determinadas pelo Governo do Estado. A CRH da SES-SP criou o serviço de Promoção da Qualidade de Vida no Trabalho e o Núcleo de Melhoria da Qualidade de Vida e do

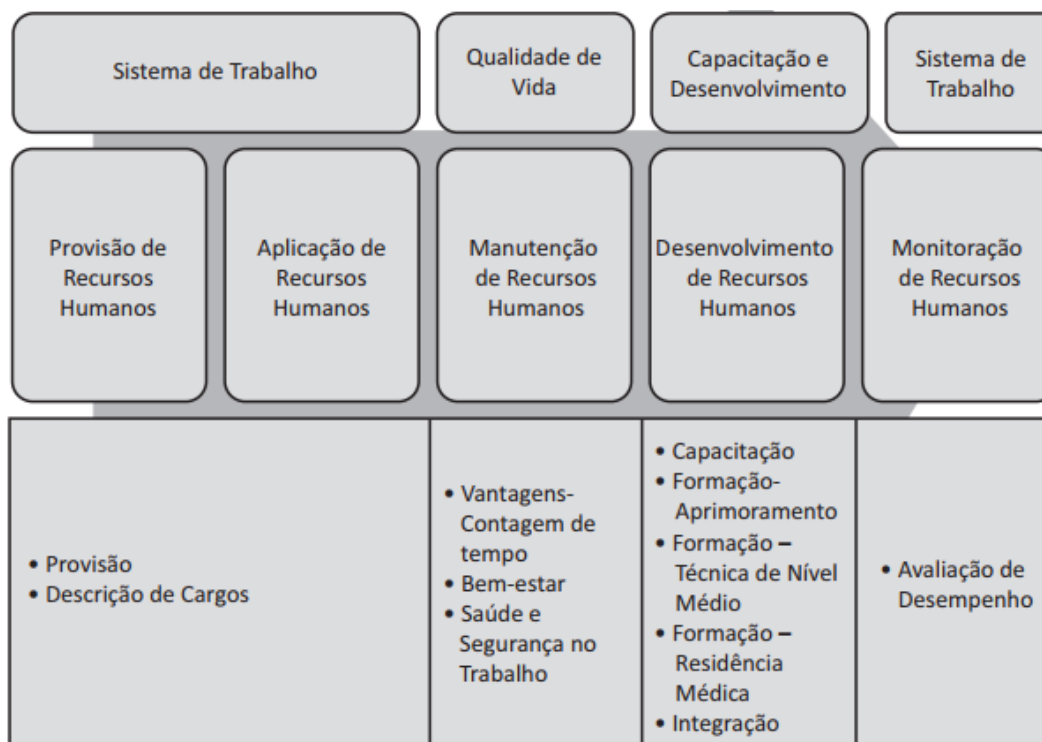
Ambiente Profissional, por meio do decreto nº 49.343 de 24 de janeiro de 2005 em busca da qualidade e humanização nos serviços de saúde (SES-SP, 2008).

Atualmente faz a gestão de pessoas de aproximadamente 55 mil servidores ativos e processamento de documentação de 7 mil inativos, com o apoio do Centro de Legislação de pessoal. Além de desenvolver processos de seleção, admissão e avaliação de servidores, operacionalização de remunerações também coordena a política de educação permanente no Estado de São Paulo (SÃO PAULO, 2012).

As políticas de gestão englobam: os sistemas de trabalho (o aspecto objetivo e formal da gestão de pessoas); capacitação e desenvolvimento das pessoas que trabalham na SES; e qualidade de vida para a força de trabalho tanto no seu ambiente laboral como fora dele. A CRH em busca da garantia dos processos de gestão, possui três departamentos: Grupo de Apoio ao Desenvolvimento Institucional, Grupo de Seleção e Desenvolvimento de Recursos Humanos e o Grupo de Gestão de Pessoas (SÃO PAULO, 2012; SÃO PAULO, 2014).

Foi criado um Observatório de Recursos Humanos em Saúde para o SUS/SP, e fica interior da SES/SP, visando disseminar informações e conhecimentos organizados e/ou produzidos, bem como incentivar sua utilização na gestão, em busca da contribuição para a produção e transformação do conhecimento organizacional (SÃO PAULO, 2013; PIERANTONI, VARELLA e FRANÇA, 2004; NOGUEIRA, BARALDI e RODRIGUES, 2004).

Figura 1 – Estrutura administrativa do Observatório de Recursos Humanos em Saúde – SUS/SP.



Fonte: Cartilha do Observatório de Recursos Humanos em Saúde (SÃO PAULO, 2013).

O Observatório tem como objetivos assessorar o planejamento e subsidiar a tomada de decisões em busca da eficiência nas práticas de gestão de pessoas. Espera-se contribuir para as áreas de recrutamento e seleção, pois acredita-se que a adequada seleção, colocação e aproveitamento dos recursos humanos são passos decisivos para o cumprimento dos princípios e objetivos do SUS (SÃO PAULO, 2013).

A Política de gestão de Pessoas na SES-SP está dividida em três eixos: Sistemas de trabalho; Educação, treinamento e Desenvolvimento das pessoas; Bem-estar e satisfação das pessoas (SÃO PAULO, 2012).

Seixas *et al.* (2006, p. 271) menciona que “[...] os paradigmas contemporâneos

de gestão organizacional apontam para a primazia das pessoas na busca da excelência para a produção de bens e serviços e para viabilizar a transformação institucional”.

Sobre o campo da Política de Recursos Humanos - RH, em sua proposta de reestruturação da SES-SP, Seixas afirma ainda que as políticas de RH criadas pelos gestores como prioritárias “[...] para a consecução de um sistema de saúde democrático, equitativo e eficiente [...] devem ser formas democráticas de responsabilização e mobilização que propiciem maior adesão às novas missões desempenhadas pelo SUS” (BRASIL, 2002; SEIXAS *et al.*, 2006).

Sendo assim, entende-se que as políticas de gestão representam ações e procedimentos de interesse público; em se tratando da área da saúde, cada secretaria deve buscar um fortalecimento institucional incluindo espaços para discussão, negociação e pactuação entre gestores do sistema, usuários e trabalhadores (BRASIL, 2002).

Segundo Nogueira (1998), para a gestão pública hoje não é mais suficiente apenas o desenvolvimento de técnicas e a formulação de sofisticados programas administrativos. Trata-se de lidar com uma complexidade que requer visão mais estratégica, participativa e solidária.

Dessa forma, segundo a PNH, vale a pena resgatar a importância das SES em construir compromissos na esfera da gestão no campo da formação e desenvolvimento (com a educação permanente) de servidores, dos profissionais em formação, dos docentes e de estudantes. São compromissos relevantes das SES: a) identificar necessidades de formação, mobilizar a capacitação em serviço e a produção de conhecimento ascendente; potencializar ou criar Centros de Formação e Desenvolvimento Profissional/Escolas de Saúde Pública/Escolas Técnicas de Saúde; b) estabelecer articulação com os movimentos de mediação pedagógica em educação popular; c) mediar articulações com o Conselho Estadual de Saúde - CES, com o Conselho Estadual de Educação - CEEEd e com a Secretaria Estadual de Educação - SEC; d) mediar a relação com os Programas de Residência Médica/Especializações em

Serviço e e) trabalhar pelo desenvolvimento da gestão descentralizada do SUS como uma escola em ato da Reforma Sanitária Brasileira. (BRASIL, 2003, p. 16-17).

Os modelos gerenciais apresentados ainda são assunto de discussões constantes, pois constituem-se como um desafio na legislação, especialmente no que tange às parcerias entre Administração Pública e Organizações Sociais.

1.2.3 Aspectos legais sobre a gestão municipal do SUS em São Paulo e Guarulhos

A CF/88, art. 30, inciso V, determina ser da competência comum da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos municípios os serviços de transporte coletivo e promoção da melhoria das condições de saneamento básico, ou seja, não há outros serviços atribuídos expressamente aos municípios na CF, o que deu liberdade e autonomia para atividades econômicas, como a contratação de pessoal, desde que haja autorização legal; tal fato gera um grande desafio em se tratando de ferramentas de controle (BRASIL, 1988; MEIRELLES 2006).

Conforme o Tribunal Superior Eleitoral – TSE, cada município tem um prefeito e um número de vereadores de acordo com a população da cidade. O mandato do prefeito tem duração de quatro anos, cabendo ao prefeito, além do orçamento, não apenas sancionar as leis aprovadas em votação pela câmara municipal, mas também vetar e elaborar propostas de leis quando achar necessário (TSE, 2016).

Os municípios de São Paulo e Guarulhos contam respectivamente com 55 e 34 vereadores. O vereador, pode criar, aprovar ou rejeitar projetos de lei estão entre as principais atribuições do poder legislativo municipal, mesmo depois de aprovados, projetos e emendas precisam ser submetidos à apreciação do prefeito, que pode vetá-los total ou parcialmente ou aprová-los. Quando há aprovação, o projeto é publicado no diário oficial da cidade e vira lei (TSE, 2016).

Além do prefeito e vereadores o município também conta com outras esferas governamentais, ou seja, dos governos estadual e federal, como a gestão da área da saúde. A ajuda destes dois últimos acontece por meio de repasses de verbas, convênios e auxílios de toda natureza para a realização de obras e implantação de programas sociais, os quais, principalmente no caso de prefeituras de pequenos municípios, tornam-se fundamentais para o atendimento das demandas locais (TSE, 2016).

Segundo o TSE, os serviços políticos implicam altos investimentos, assim as prefeituras contam principalmente com o dinheiro arrecadado pelo Imposto Predial e Territorial Urbano (IPTU) e Imposto Sobre Serviços (ISS). Mas nem sempre essa verba é suficiente, podendo ser necessário um aporte do governo federal (TSE, 2016).

O Estatuto dos Servidores Públicos do Município de São Paulo, lei nº 8.989, de 29 de outubro de 1979, é a lei maior do funcionalismo público municipal, com direitos, deveres, regras de assuntos voltados às carreiras, tempo de serviço, pagamento, benefícios e outras questões específicas, cujas características para os funcionários da prefeitura são (SÃO PAULO, 1979):

Art. 2º - Para os efeitos deste Estatuto, funcionário público é a pessoa legalmente investida em cargo público. Art. 3º - Cargo público é aquele criado por lei, em número certo, com denominação própria, remunerado pelos cofres municipais, ao qual corresponde um conjunto de atribuições e responsabilidades cometidas a funcionário público. Art. 4º - Classe é o agrupamento de cargos da mesma denominação e idêntica referência de vencimento. Art. 5º - Carreira é o conjunto de classes da mesma natureza de trabalho, escalonadas segundo a responsabilidade e a complexidade das atribuições. Art. 6º - Os cargos públicos são isolados ou de carreira. Art. 7º - Os cargos públicos são integrados em: I - Quadro Geral; II - Quadros Especiais, cujos cargos são agrupados por similitude das atividades neles compreendidas

Na Lei Orgânica do Município de São Paulo (LOMSP), 01/90, que constitui a lei fundamental do município de São Paulo, com o objetivo de organizar o exercício do poder e fortalecer as instituições democráticas e os direitos da pessoa humana, destacam-se os artigos 212-218 do capítulo II da Saúde (SÃO PAULO, 1997):

4º - É vedada a nomeação ou designação, para cargo ou função de chefia ou assessoramento na área de saúde, em qualquer nível, da pessoa que participe na direção, gerência ou administração de entidade ou instituição que mantenha contrato com o sistema único de saúde ou seja por ele creditada. Art. 217 - O sistema único de saúde do Município de São Paulo promoverá, na forma da lei, a Conferência Anual de Saúde e audiências públicas periódicas, como mecanismos de controle social de sua gestão. Art. 218 - Fica criado o Conselho Municipal de Saúde, órgão normativo e deliberativo, com estrutura colegiada, composto por representantes do Poder Público, trabalhadores da saúde e usuários que, dentre outras atribuições deverá promover os mecanismos necessários à implementação da política de saúde nas unidades prestadoras de assistência, na forma da lei.

O decreto nº 45.037 de 20 de julho de 2004, que dispõe sobre a organização do Sistema Único de Saúde no município de São Paulo, considerando que a descentralização político-administrativa no município de São Paulo se consolida, dentre outras medidas, com a efetiva implantação das Subprefeituras, conforme previsto na Lei nº 13.399, de 1º de agosto de 2002 decreta que (SÃO PAULO, 2004):

Art. 1º O Secretário Municipal da Saúde é o dirigente único do Sistema Único de Saúde no Município de São Paulo, cabendo-lhe manter a unicidade conceitual e política do sistema.

Art. 2º As Coordenadorias de Saúde das Subprefeituras são órgãos do Sistema Único de Saúde no Município de São Paulo, cabendo-lhes desempenhar as funções de gestão do SUS, nas respectivas áreas de atuação, mediante delegação da Secretaria Municipal de Saúde.

Parágrafo único. O Secretário Municipal da Saúde deverá anuir previamente à indicação e exoneração dos ocupantes dos cargos de Coordenador de Saúde e dos cargos da área de vigilância em saúde nas Subprefeituras.

O município também conta com um Código de Conduta Funcional dos Agentes Públicos e da Alta Administração Municipal, Decreto nº 56.130, de 26 de maio de 2015, apregoando normas de conduta funcional, de educação ética e de prevenção à corrupção, na conformidade das disposições deste decreto (SÃO PAULO, 2015).

A Lei Orgânica do município de Guarulhos, lei nº 6010 de 12 de abril de 2004, criou o Conselho municipal de Saúde de Guarulhos (CMS), no artigo 239. O CMS é responsável em acompanhar a concretização das decisões do orçamento participativo,

ou seja, “a população discute e decide sobre o orçamento público e as políticas públicas, e faz o levantamento das necessidades de seu setor para discutir as prioridades de acordo com o orçamento do município”, seus representantes são: usuários, prestadores privados, trabalhadores e gestores do SUS (GUARULHOS, 2013).

O plano de Gestão do Trabalho, criado pela SMS no ano de 2006, objetivou a valorização do trabalho e do trabalhador do SUS, apresentando os seguintes eixos no período de 2005 a 2009: Processos seletivos e concursos públicos; Admissão; Movimentação de pessoal; e Extensão da carga horária (GUARULHOS, 2013).

Dentre os assuntos abordados, o plano de carreiras PPSUS-SMS, implantado em 2008, aponta como objetivo: “Oferecer ao Profissional da Saúde” oportunidades de desenvolvimento; “Adotar um instrumento de gestão de pessoas”, instituindo uma política de ingresso, evolução, desenvolvimento e avaliação de desempenho; “Estabelecer incentivo ao exercício profissional em condições adversas de forma a tornar atrativo o deslocamento para regiões especialmente carentes” (GUARULHOS, 2010, p. 76).

O decreto municipal de nº 26.613 de 16 de julho de 2009, alterado pelo decreto nº 29.354 de 20 de outubro de 2011, que instituiu e deu publicidade à Política de Saúde e Segurança do Trabalhador da Prefeitura de Guarulhos, atribuiu à Secretaria de Administração e Modernização e ao Departamento de Recursos Humanos implementar e coordenar o plano de ação no município: “Art. 2º Ficam instituídos e divulgados para que surtam seus efeitos legais e administrativos a Política de Saúde e Segurança do Trabalhador da Prefeitura de Guarulhos, o Protocolo da CIPA e o Protocolo de Readaptação e Reabilitação” (GUARULHOS, 2011).

O Plano Municipal de Saúde do quadriênio 2010-2013 afirma: “É preciso investimento maior nas ações intersetoriais, o que é grande desafio, porque envolve mudanças de atuação governamental, operação política e gestão de pessoas”. O texto destaca ainda que embora haja outros problemas “a implementação dessas ações se operacionaliza nos níveis locais, dependendo de uma gama de condições, inclusive

organizacionais e de gestão”, planos de Gestão em saúde relativos à regulação, avaliação, controle e auditoria (GUARULHOS, 2013, p. 45).

Ambos os municípios contam com os Centros de Referência em Saúde do Trabalhador (Cerest) regionais, Serviço Especializado em Engenharia de Segurança em Medicina do Trabalho (Sesmt), Divisão Técnica de Engenharia e Medicina do Trabalho (DTEMT), Divisão Técnica de Segurança e Saúde do Servidor (DTSSS), entre outros.

Paim (2017) ressalta que devido à negligência dos partidos políticos, os movimentos sociais em saúde, “como o da Reforma Sanitária, expressam-se mediante a atuação de Conselhos de Saúde e organizações como o Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (Cebes), a Associação Brasileira de Saúde Coletiva (Abrasco), a Associação Brasileira de Economia da Saúde (ABrES), a Rede Unida, Fóruns, entre outros”, embora apresentem seus limites uns avançam enquanto progressistas enquanto outros se tornam conservadores priorizando interesses particulares.

2. OBJETIVOS

2.1. Objetivo geral

Analisar a ocupação de cargos públicos na área de gestão de saúde em dois municípios de grande porte do estado de São Paulo e de uma província canadense.

2.2. Objetivos específicos

- a) Identificar as evidências disponíveis sobre a ocupação de cargos públicos de gestão no Brasil;
- b) Investigar a ocupação de cargos públicos na área de gestão de saúde em uma província canadense;
- c) Investigar a ocupação de cargos públicos na área de gestão de saúde de dois municípios de grande porte do estado de São Paulo;
- d) Discutir a implicação dos processos de ocupação de cargos públicos na área da saúde na qualidade de vida dos trabalhadores.

3. Referencial teórico

3.1 Gestão do trabalho em saúde

Como já mencionado a reforma de Estado implementada pelo Mare, de 1995 em diante, propôs entre seus objetivos, políticas e diretrizes que incluíam, no âmbito da reforma administrativa, o modelo do que viria a ser essa “nova administração pública” conforme exposto no PDRAE (BRASIL, 1995a, BRASIL, 1998).

Tal reforma deveria transformar o modelo de administração pública vigente em uma nova administração pública, que se diferenciava pelos princípios do gerencialismo, devendo enfatizar a profissionalização e o uso de práticas de gestão do setor privado (BRESSER-PEREIRA, 1997; PAULA, 2005).

As crises econômico-financeiras, os descontentamentos quanto à inflexibilidade dos procedimentos administrativos e a diminuição da confiança pública levaram à introdução das ideias gerencialistas no setor público e os modelos do setor privado foram amplamente prescritos para tarefas do setor público (POLLIT, VAN THIEL e HOMBURG, 2007).

Observe-se que o PDRAE, ao considerar os quadros técnicos, operacionais e gerenciais, presume que a administração de recursos humanos necessita de um sistema de incentivos profissionais, tais como de formação, capacitação permanente, remuneração e de valorização da função pública. Ou seja, tendo em vista a complexidade da máquina administrativa governamental, neste movimento voltado para resultados, adota-se um sistema de gestão por competências e gestão por desempenho, alegadamente, voltado para a busca da eficiência e eficácia (BRASIL, 1995a; BRESSER-PEREIRA, 1998).

A eficiência, eficácia, efetividade em busca de resultados estão presentes no gerencialismo, e de acordo com Meirelles (2002, p.94) “O princípio da eficiência exige que a atividade administrativa seja exercida com presteza, perfeição e rendimento funcional”, dentro do princípio da legalidade e da função administrativa “exigindo

resultados positivos para o serviço público e satisfatório atendimento das necessidades da comunidade e seus membros”.

Como contraponto, Cohn (2009) refere que, a partir da década de 1990, os estudos pragmáticos e tecnicistas tenderam a tornar sinônimos conceitos distintos tais como: 1) universalização: confundido como simples expansão de oferta; 2) acesso e acessibilidade: ambos confundidos como oferta de serviços; 3) acesso: também confundido como cobertura e oferta de serviços; 4) gestão: confundido como gerência de serviços, enquanto aquele se refere ao conteúdo da gerência e 5) controle social e participação social: sem diferenciar controle da sociedade e promoção e fortalecimento de novos espaços públicos para a criação de novos sujeitos sociais, esta tendência evidencia que a Reforma sanitária “nos tempos atuais comparece na agenda pública fundamentalmente às custas de uma esterilização desses conceitos anteriormente tão prechos de conteúdo emancipatório” (COHN, 2009, p.1617).

Como consequência, tem-se um esvaziamento da dimensão da política a favor da dimensão técnica na formulação e implementação dessas mesmas políticas e programas, privilegiando-se a dimensão da gerência em detrimento da dimensão da gestão, a dimensão da relação custo/efetividade em detrimento da dimensão da eficácia social, e das metas de cobertura em detrimento da dimensão do acesso e da acessibilidade aos serviços e produtos de saúde. A isso somam-se a baixa capacidade regulatória do Estado e sua baixa capacidade de promover a integração inter e intra setorial na gestão da área social (COHN, 2009, p. 1617).

Existe uma série de desafios quando o tema é gestão do trabalho, inclusive no cenário internacional que aponta a necessidade do estabelecimento de políticas macroeconômicas sólidas, que somem forças para as questões relativas à força de trabalho no setor saúde (PIERANTONI; VARELLA; FRANÇA, 2004).

Pierantoni; Varella e França (2004) relatam que o termo Gestão do Trabalho em Saúde surgiu a partir da Administração de Recursos Humanos e requerem reconhecimento das dimensões que envolvem os trabalhadores da saúde nos processos de gestão e do trabalho. Os autores destacam ainda quatro grandes objetivos relacionados à gestão do trabalho em saúde: a) Aumentar a cobertura e a

fixação de equipes de profissionais para assegurar a prestação de serviços de saúde de forma adequada e equitativa; b) Garantir competências e habilidades-chave para a forma de trabalho em saúde; c) Aumentar o desempenho da equipe de profissionais diante dos objetivos definidos e d) Fortalecer a capacidade de planejamento (PIERANTONI; VARELLA e FRANÇA, 2004).

O Ministério da Saúde demonstrando preocupação em auxiliar a Gestão do Trabalho, em 2005, desenvolveu um Sistema Gerencial de Informação em Gestão do Trabalho em Saúde para ser utilizado como instrumento de tomada de decisão e formulação de políticas nas três esferas de governo, o sistema permite uma organização em quatro grandes blocos: um que identifica a Secretaria de Saúde; outro que se refere à capacidade instalada; um que diz respeito ao Sistema Formador em Saúde, e o último que dimensiona a área de Recursos Humanos em relação à oferta dos profissionais de saúde e à caracterização do mercado de trabalho, possibilitando mostrar o total de empregos e suas modalidades de inserção nos serviços de saúde (BRASIL, 2005, pp. 61–63).

Para Machado e Filho (2014), a dificuldade começa com termo recursos humanos, implicando na percepção de que as pessoas que trabalham numa organização são apenas mais um recurso, “tal visão levava à ideia de que esses recursos deveriam ser mais bem administrados, para obter-se deles o máximo rendimento possível, sendo, dessa maneira, considerados também parte do patrimônio da organização” (p. 59).

A Organização Mundial da Saúde (OMS) instituiu o período de 2006 a 2015 como a “década de recursos humanos em saúde”. Esse fato reforçou a mobilização de diferentes segmentos na análise e reflexão sobre as tensões e conflitos inerentes às relações que se estabelecem no campo do trabalho e da educação em saúde. Acredita-se que um importante legado a ser deixado é a consolidação de estudos e pesquisas que possam apoiar os países na busca de soluções viáveis para problemas de RHS que se assemelham mesmo em conjunturas sociais díspares, pois refletem sobremaneira a qualidade da atenção à saúde (PIERANTONI *et al.*, 2013, p.7-8).

Os problemas de gestão do trabalho no setor público de saúde vão além das políticas econômicas e da necessidade de incorporação de novas tecnologias, tendo implicações nas ações dos trabalhadores do setor (PIERANTONI *et al.*, 2013).

Surgem as críticas relativas aos modelos vigentes, incluindo os relativos à Gestão de Recursos Humanos na área da saúde, e o termo Gestão de pessoas foi incorporado na década de 1990, onde o profissional é chamado de colaborador da Instituição, devendo ser comprometido e responsável. Em busca do reconhecimento do trabalhador como agente transformador de seu ambiente e não apenas um realizador de tarefas, adota-se o conceito de Gestão do trabalho, como uma política que trata das relações de trabalho (MACHADO e FILHO, 2014).

Dessa forma, a gestão do trabalho deve visar um modelo de gestão participativa, o que envolve reconhecer a grandeza dos processos e configuração da estrutura da área em que o trabalho se desenvolve, bem como as constantes mudanças que envolvem os trabalhadores e a sociedade.

Ferreira *et al.* (2009) a Gestão do Trabalho deve apoiar a prática da qualidade de vida no trabalho – QVT, em prol da valorização e do reconhecimento dos trabalhadores principalmente no que tange o bem-estar tanto individual quanto coletivo.

3.2 Qualidade de vida e a saúde do trabalhador do setor público da saúde

O trabalho em suas variadas formas, como caçar, pescar e se defender dos animais, caracterizou-se como estratégia de sobrevivência e concretização de necessidades (DINIZ *et al.*, 2013). Para os autores a busca pela qualidade de vida (QV) é antiga, havendo relatos de Aristóteles (384-322 a.C.) nos quais associam-se boa vida, bem-estar e felicidade. Todavia, embora a QV fosse compreendida como resultados de

percepções e experiências individuais, somente a partir do século XX estudiosos começaram a usar o termo em diferentes fundamentações teóricas, políticas e práticas.

No cenário cronológico e internacional foi instituída em 1802 a 1ª Lei de proteção aos trabalhadores pelo parlamento britânico. Em 1890 aconteceu a conferência de Berlim, adotando medidas para o trabalho nas minas. Em 1919 houve a primeira conferência Internacional do Trabalho, quando foi fundada a Organização Internacional do Trabalho (OIT).

Sua criação possibilitou regulamentação das condições de trabalho mediante uma série de convenções e normas de proteção aos trabalhadores a fim de reduzir os riscos advindos dos ambientes de trabalho (OIT, 2017).

É também digna de nota a influência, no debate sobre qualidade de vida, da construção do Estado de Bem-estar social nos países europeus no período pós-segunda guerra mundial, reconhecido como uma conquista de direitos que se materializaram em um conjunto de medidas positivas do Estado (LAURELL, 1995).

Para Wilensky (1975, p.30) o Estado de Bem-Estar Social originou-se na Inglaterra e foi reconhecido entre 1905 e 1911 por meio de uma legislação de inspiração igualitária “[...] a essência do Estado do Bem-Estar Social é a proteção governamental, em níveis básicos de renda, nutrição, saúde, habitação e educação, assegurados a cada cidadão como um direito, não como caridade”. A partir de leis e de um sistema fiscal progressivo inicia-se a prática de um Estado liberal democrático que busca reconhecer os direitos sindicais e políticos dos operários, especialmente dentro de um contexto industrial e urbano.

Em 1948 a Organização Mundial da Saúde (OMS) declarou que “saúde é o estado de completo bem-estar físico, mental e social e não apenas ausência da doença” e qualidade de vida como “a percepção do indivíduo sobre a sua posição na vida, no contexto da cultura e dos sistemas de valores nos quais ele vive, e em relação a seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações” (WHOQOL GROUP, 1998, p. 1405).

A década de 1965-1975 foi marcada pela “radicalização e endurecimentos dos movimentos sindicais dos trabalhadores; descompasso entre valorização do capital e o aumento da produtividade; choque do aumento do preço do petróleo; ascensão das taxas de juros; aumento do desemprego” e é nesse contexto que um processo de reestruturação produtiva se instaura (FERREIRA et al., 2009):

No conjunto, as mudanças no cenário produtivo que se operam nas sociedades capitalistas ocidentais aparecem acompanhadas das seguintes características: redução do papel do Estado; políticas governamentais de valorização do capital financeiro; flexibilização dos contratos de trabalho; aumento crescente das taxas de desemprego e exclusão social; e baixa e instável expansão da riqueza para a sociedade como um todo (FERREIRA et al., 2009, p. 319)

As mudanças e transformações eram de ordem mundial, em 1976 o Programa Internacional para Melhoria das Condições de Trabalho e do Meio Ambiente (PIACT) foi apresentado pela Organização Internacional do Trabalho. Entre outros aspectos, o programa busca: a melhoria da qualidade de vida do trabalho, a prevenção de acidentes, prevenção de doenças profissionais, aplicação dos princípios da ergonomia, organização do horário de trabalho, melhoria das condições e organização do trabalho e, para tanto, utiliza-se de criação e revisão de normas e reuniões (OIT, 1976).

Outro documento que teve grande repercussão mundial foi a Carta de Ottawa (WHO, 1986), publicada por ocasião da Primeira Conferência sobre Promoção da Saúde, realizada em novembro de 1986, e que prevê ações relacionadas ao campo da saúde do trabalhador (ST):

- Elaboração e implementação de políticas públicas saudáveis.
- Criação de ambientes favoráveis à saúde.
- Desenvolvimento de habilidades e atitudes pessoais.
- Reorientação dos serviços de saúde.

No Brasil, diferentes constituições abordaram uma preocupação com a consciência sanitária e com a qualidade do trabalho. A Constituição de 1934

considerava a assistência médica e sanitária como direito do trabalhador (art.121, parágrafo 1º); as Constituições de 1937 e de 1946 tratavam também o tema da higiene e segurança no trabalho como sendo um direito do trabalhador.

As Constituições de 1967 e de 1969 reconheciam o direito do trabalhador à higiene e segurança do trabalho. Tais direitos não se expressaram nas estatísticas de acidentes do trabalho, sendo que, em 1975, o Brasil foi considerado campeão mundial de acidentes do trabalho (LACAZ, 1996).

Em 8 de junho de 1978 foi expedida a portaria nº 3214 a qual tratava das atividades insalubres e perigosas para os trabalhadores.

A importância da proteção ao trabalhador é referida na CF/88, art.196, que estabelece a saúde como "direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação", ou seja, a saúde foi considerada como direito social, buscando assegurar aos trabalhadores a redução dos riscos inerentes ao trabalho, por meio de normas de saúde, higiene e segurança (BRASIL, 1988).

A Lei Orgânica da Saúde nº 8.080/90, que dispõe sobre as condições para promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços e as leis previdenciárias, 8.212/91 e 8.213/91, instituíram normas de amparo à saúde dos trabalhadores - ST (BRASIL, 1990a; BRASIL, 1991a; BRASIL 1991b).

A ST é entendida pela Lei 8.080/90, art. 6º parágrafo 3º, como sendo "O conjunto de atividades que se destinam através de ações de vigilância epidemiológica e vigilância sanitária, à promoção e proteção da saúde dos trabalhadores [...]", incluindo as seguintes atribuições:

[...] assim como visa à recuperação e reabilitação da saúde dos trabalhadores submetidos aos riscos e agravos advindos das condições de trabalho devido à abrangência de seu campo de ação, a Saúde do Trabalhador apresenta caráter intra-setorial, envolvendo todos os níveis de atenção e esferas de governo no SUS, e intersetorial (incluindo a Previdência Social, o trabalho, o meio ambiente, a justiça, a educação e os demais setores relacionados com as políticas de desenvolvimento) o que exige uma abordagem interdisciplinar, com a gestão participativa dos trabalhadores. (BRASIL, 1990a)

Dentre as normas de serviços relacionados à saúde dos trabalhadores e dispositivos operacionais de política de proteção e promoção da ST, a Coordenação Geral de Saúde do Trabalhador (CGST) do Ministério da Saúde (MS) instituiu, mediante a Portaria nº 1.679, (BRASIL, 2002) a Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador (RENAST) em 2002, que concretiza a política de proteção à ST mediante a organização de uma rede composta por ações e serviços, articulando diversos atores sociais no campo da ST e dos serviços do SUS. Por meio dos CEREST, a Renast procura desenvolver ações que incluem: estruturação de protocolos, linhas de cuidado, capacitação e profissionalização, divulgação de informação, entre outros, para integraliza ações e favorecer o controle social (RENAST, 2017).

O Cerest, criado pela portaria federal 1.679/2002 que dispõe sobre a estruturação da rede nacional de atenção integral à saúde do trabalhador no SUS, é um centro articulador e organizador de ações na ST, oferecendo apoio técnico especializado nos municípios e estados aos serviços da rede SUS.

Instituída pelo decreto nº 7.602/2011 a Política Nacional de Saúde e Segurança do Trabalhador (PNSST) tem por objetivos a “promoção da saúde e a melhoria da qualidade de vida do trabalhador, a prevenção de acidentes (já contemplada pelo decreto-lei nº 7.036 de 10 de novembro de 1944) e de danos à saúde advindos e relacionados ao trabalho ou que ocorram no curso dele, por meio da eliminação ou redução dos riscos no ambiente de trabalho”. Espera-se que haja uma articulação conjunta das ações do governo, do Ministério do Trabalho e Emprego, da Saúde e da Previdência Social em prol dos trabalhadores (BRASIL, 2011).

Por meio da Portaria nº 1823 de 23 de agosto de 2012 o MS instituiu a Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora (PNSTT), tendo o SUS como principal órgão competente. (BRASIL, 2012). Os objetivos, segundo o art. 8, são:

I - fortalecer a Vigilância em Saúde do Trabalhador (VISAT) e a integração com os demais componentes da Vigilância em Saúde; II - promover a saúde e ambientes e processos de trabalhos saudáveis; III - garantir a integralidade na atenção à saúde do trabalhador, que pressupõe a inserção de ações de saúde do trabalhador em todas as instâncias e pontos da Rede de Atenção à Saúde do SUS, mediante articulação e construção conjunta de protocolos, linhas de cuidado e matriciamento da saúde do trabalhador na assistência e nas estratégias e dispositivos de organização e fluxos da rede; IV - ampliar o entendimento de que a saúde do trabalhador deve ser concebida como uma ação transversal, devendo a relação saúde-trabalho ser identificada em todos os pontos e instâncias da rede de atenção; V - incorporar a categoria trabalho como determinante do processo saúde-doença dos indivíduos e da coletividade, incluindo-a nas análises de situação de saúde e nas ações de promoção em saúde; VI - assegurar que a identificação da situação do trabalho dos usuários seja considerada nas ações e serviços de saúde do SUS e que a atividade de trabalho realizada pelas pessoas, com as suas possíveis consequências para a saúde, seja considerada no momento de cada intervenção em saúde; e VII - assegurar a qualidade da atenção à saúde do trabalhador usuário do SUS.

Além das normas, leis, decretos, dispositivos, equipamentos, inspeções e fiscalização, assegurar a qualidade de vida do trabalhador envolve uma gama de fatores, requerendo que os trabalhadores estejam cientes e capacitados para lidarem com múltiplos aspectos e problemas.

A Lei nº 6.514, de 22 de dezembro de 1977, contemplou nos art. 154 até 201 da Consolidação das Leis do Trabalho (CLT), questões relativas à segurança e medicina do trabalho (BRASIL, 1977). O art. 200 estabelece as disposições complementares às normas relativas à segurança e medicina do trabalho. Em 08 de junho de 1978 o Ministério do Trabalho aprovou a portaria nº 3.214, capítulo V, título II, estabelecendo 28 normas regulamentadoras-NRs, que atualmente perfazem 36, sendo as mais conhecidas, os referentes ao SESMT, CIPA, EPI, PCMSO, PPRA e Ergonomia (BRASIL, 1978). Cabe observar que não tendo sido aprovadas pelo Congresso Nacional, tais normas não têm força de lei, mas apenas caráter de recomendação.

Uma das atribuições das empresas neste sentido consiste na implantação da Comissão Interna de Prevenção de Acidentes (CIPA), lei nº 6.514, aprovada pela

portaria nº 3.214 de 08/06/1976, publicada no D.O.U de 29/12/1994 e modificada em 15/02/1995. Regulamentada pela NR-5 do Ministério do Trabalho, a CIPA é composta por representantes da empresa e dos empregados, e tem por objetivo observar e relatar as condições de risco nos ambientes de trabalho, solicitando medidas para reduzir e até eliminar os riscos existentes, e/ou neutralizar os mesmos. Tem como missão a busca da integridade física e conscientizar os trabalhadores sobre todos os aspectos que englobem a segurança (BRASIL, 1978).

As mudanças mundiais de ordem econômica, política, social e cultural, sob a égide do neoliberalismo, impõem formas de conceber e praticar a ST. Embora as leis, decretos, normas visem formalmente o bem comum, tal dimensão de ordem macropolítica não contempla a determinação social que envolve as relações de trabalho, privilegiando a avaliação da qualidade do serviço prestado sob um enfoque quantitativo de metas e produção (LACAZ e JUNQUEIRA, 2017).

Analisando esse percurso histórico, DINIZ *et al.* (2013) afirmam que “iniciou-se um ciclo de formação em QV, que, apesar de parecer difícil de ser completado, já permite reciclagem técnico-científica de acordo com a área profissional”. Em contraponto, Padilha (2010, p.549) enfatiza que ainda que haja ‘melhorismos’ nas condições e relações de trabalho, são apenas aliviados sintomas que “não ferem as causas estruturais dos problemas”.

Farquhar, (1995) em uma revisão da literatura, na década de 1990, elaborou uma taxonomia das definições sobre QV, conforme apresentado no quadro a seguir:

Quadro 4. Características das definições de qualidade de vida, segundo Farquhar (1995).

TAXONOMIA	CARACTERÍSTICAS E IMPLICAÇÕES DAS DEFINIÇÕES
1 – Definição global	Primeiras definições que aparecem na literatura. Predominam até meados da década de 80, de forma geral, não abordam possíveis dimensões do construto. Não há operacionalização do conceito. Tendem a centrar-se apenas em avaliação da satisfação/insatisfação na vida.
2 – Definição com base em componentes	Definições baseadas em componentes surgem nos anos 80. Inicia-se o fracionamento do conceito global em vários componentes ou dimensões. Iniciam-se a priorização de estudos empíricos e a operacionalização do conceito.
3 – Definição focalizada	Definições valorizam componentes específicos em geral voltados para habilidades funcionais ou de saúde. Ênfase em aspectos empíricos e operacionais. Desenvolvem-se instrumentos diversos de avaliação da qualidade de vida para pessoas acometidas por diferentes agravos.
4 – Definição combinada	Definições incorporam aspectos dos tipos 2 e 3: favorecem aspectos do conceito em termos globais e abrangem diversas dimensões que compõem o construto. Ênfase em aspectos empíricos e operacionais. Desenvolvem-se instrumentos de avaliação global e fatorial.

Fonte: Farquhar (1995).

Como visto a QV está associada ao bem-estar e satisfação. No trabalho não é muito diferente disso. De acordo com Lacaz (2000), a terminologia Qualidade de Vida no Trabalho (QVT), por um lado está relacionada com noções como motivação, satisfação, saúde-segurança no trabalho, e por outro, a uma vertente que prioriza as condições, ambientes, organização do trabalho e as tecnologias.

Segue um breve histórico apresentado pelo autor e ancorado pela literatura (LACAZ, 2000):

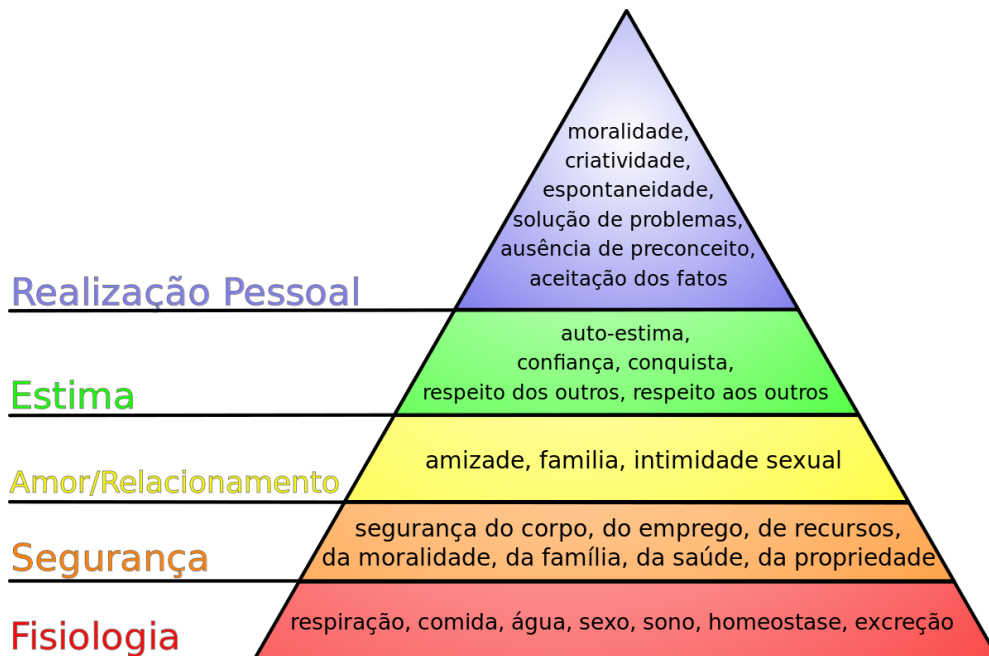
- Origem do QVT pode ser encontrada no pós-guerra como consequência da implantação do Plano Marshall²;
- Década de 1960 – Aspectos da reação individual do trabalhador às experiências do trabalho;
- Década de 1970 – a QVT assume maior relevância nesta década, “quando se dá um esgotamento da organização do trabalho de corte taylorista/fordista, ao qual se associa um aumento do absenteísmo, da insatisfação no trabalho e da não aderência dos trabalhadores às metas definidas pela gerência” (p.159), trazendo aspectos de melhoria das condições de trabalho, visando maior satisfação e produtividade;
- Década de 1980 – Conceito globalizante na busca de encontrar as questões ligadas à produtividade e à qualidade total.

Walton (1974) entende que a QVT depende do equilíbrio entre trabalho e atividades cotidianas, dessa forma, associou a QVT ao grau de satisfação das necessidades pessoais consideradas mais importantes pelos trabalhadores de uma organização, tais como as necessidades fisiológicas, segurança, amor, estima e auto realização.

Tais necessidades são apontadas na pirâmide de Maslow (1908-1970) sobre a hierarquia de necessidades do ser humano:

² Plano Marshall: Plano econômico criado por George Marshall em 1947 em busca do fortalecimento do capitalismo e hegemonia dos Estados Unidos.

Figura 2 – Pirâmide hierárquica das necessidades do ser humano, segundo Maslow



Outrossim, Walton (1974) aponta oito fatores que devem ser levados em consideração por interferirem nas condições de trabalho, tais como: compensação adequada e justa; condição de trabalho seguro e saudável; oportunidade de utilizar e desenvolver as capacidades humanas; oportunidade de crescimento na carreira; integração social na força de trabalho; constitucionalismo na organização do trabalho; trabalho e qualidade de vida e relevância especial do trabalho.

Ciborra e Lanzara (1984) *apud* Lacaz e Sato (2006), assessores de uma central sindical da Itália, a partir de uma crítica à QVT, propõem que o trabalhador busque adaptações e mudança de hábitos. Os autores utilizam algumas definições da expressão QVT, associando-a 1) às características intrínsecas das tecnologias introduzidas e ao seu impacto; 2) a elementos econômicos, como salários, incentivos, abonos, ou ainda a fatores que ligados à saúde física e mental e à segurança e, em geral, ao bem estar daqueles que trabalham; 3) em outros casos é determinada por fatores psicológicos, como grau de criatividade, de autonomia, de flexibilidade de que os trabalhadores podem desfrutar ou, fatores organizativos e políticos, como a

quantidade de controle pessoal sobre o posto de trabalho ou a quantidade de poder que os trabalhadores podem exercitar sobre o ambiente circundante a partir de seu posto de trabalho.

Para Albuquerque e Limongi-França (1998, p.2) a QVT está mais voltada para as ações empresariais que são responsáveis pelo “diagnóstico e implantação de melhorias e inovações gerenciais, tecnológicas e estruturais dentro e fora do ambiente de trabalho, visando propiciar condições plenas de desenvolvimento humano para e durante a realização do trabalho”. Todavia, considera-se que os indicadores da QVT devem ser construídos pelos trabalhadores, dessa forma, a QVT passa a ser um instrumento de avaliação dos trabalhadores sobre o ambiente em que trabalham.

Heloani e Capitão (2003) criticam as políticas empresariais de programas de qualidade que associam a QVT com a competitividade desenfreada e produtividade, dessa forma a qualidade total passa a ser vista como parcial.

Dejours, (2004, p.33) em seus estudos sobre prazer e sofrimento no trabalho, relata que as “formas de organização do trabalho, de gestão e de administração, depois da virada neoliberal, repousam sobre princípios que sugerem, precisamente, sacrificar a subjetividade em nome da rentabilidade e da competitividade.

Antunes afirma que “[...] A subjetividade operária deve transcender a esfera da execução, para além de produzir, pensar também diuturnamente naquilo que é melhor para a empresa e o seu projeto” para o autor o “[...] Trabalho material e imaterial, na imbricação crescente que existe entre ambos, encontram-se, entretanto, centralmente subordinados à lógica da produção de mercadorias e de capital” (ANTUNES, 2013, p.128).

O autor ressalta também, sob o ponto de vista da centralidade do trabalho, que independente da separação entre a “elaboração e execução do trabalho e dos níveis hierárquicos”, deve haver maior participação em assuntos que envolvam o “controle da qualidade” do trabalho (ANTUNES, 2013, p.130).

As condições laborais e relações diretas entre os trabalhadores também influenciam a qualidade, se comparado à concepção taylorista/fordista “O que existe é a substituição do controle externo do desempenho pelo controle interno dos próprios funcionários mediante eficiente trabalho de comunicação” (HELOANI e CAPITÃO, 2003, p. 107).

Ainda nesse sentido, Dejours (2004), Blanch (2011) e Lacaz *et al.* (2014) enfatizam que condições precárias, sobrecarga, falta de autonomia no trabalho, clima organizacional, entre outros fatores, contribuem para o desequilíbrio psíquico e consequentemente causando prejuízos para a saúde dos trabalhadores.

Sato, Lacaz e Bernardo (2006) demonstram preocupação com a saúde dos trabalhadores e consideram como fundamental um olhar que considere o biológico, o psíquico e o social, especialmente no que tange os processos de adoecimento no trabalho.

Ainda para Scopinho (2010) a QVT vai além da ausência de adoecimento no trabalho. Para a autora o trabalho não é apenas um espaço de realização da mais-valia e de dominação do capital, mas também é espaço de produção, de criação e difusão de valores coletivistas, no qual a ideia de qualidade de vida encontra-se estreitamente relacionada ao estado geral de saúde dos trabalhadores, dependendo, essencialmente, de um pacto que se faça no planejamento do trabalho e que se cumpra ao realizá-lo, levando também em conta as necessidades de adaptação dos trabalhadores.

A QVT também ganha destaque na busca de importantes instrumentos de gestão administrativa, envolvendo fatores múltiplos como bem-estar dos trabalhadores, desempenho, produtividade, lucros, relação trabalhador-empresa, clima organizacional, passando a saúde do trabalhador a ser regulamentada via a criação de políticas e programas específicos, além da legislação de saúde ocupacional (DINIZ *et al.*, 2013).

As entidades sindicais são apontadas por Ribeiro e Lacaz (1984) como instrumento de proteção ao trabalhador, todavia, os autores mencionam que o chamado

‘novo sindicalismo’ não focou especificamente a qualidade de vida (no trabalho) e sim a melhoria das condições de trabalho e defesa da saúde como direito da cidadania.

Por outro lado, Diniz *et al.* (2013, p.125) salientam que o trabalho pode fomentar a melhora da qualidade de vida das pessoas, desde que o ambiente seja propício. Dejours (1991) corrobora essa ideia de que se o trabalho pode gerar o pior, atualmente, no mundo humano, também poderia gerar o melhor. Dessa forma, a satisfação no trabalho é reconhecida como um fator importante da QVT.

Limongi-França (2004, p.186) destaca que há muitas limitações no estudo da QVT, devido à amplitude e diversidade de variáveis que tem gerado confusão de conceitos e interpretações, e propõe a gestão da qualidade de vida no trabalho como competência necessária ao administrador e finaliza enfatizando que a QVT precisa ser difundida nas organizações com a “adoção de informações e práticas especializadas, sustentadas por expectativas legítimas de modernização, mudanças organizacionais e por visão crítica dos resultados”.

A gestão da QVT também é mencionada por Ferreira *et al.* (2009), em seus estudos, os autores notaram ausência ou dificuldade de identificação de programas e políticas institucionais de QVT nos órgãos federais que pesquisaram. Apontam também que cobrança e pressão sobre os funcionários; intensa carga de trabalho; e infraestrutura deficiente pode ser prejudicial à QVT, enfatizando que há um descompasso entre as práticas gerenciais voltadas para QVT que afetam o processo e organização do trabalho.

4. Método

4.1 Tipo de estudo

Trata-se de uma pesquisa descritiva qualitativa com revisão integrativa. A pesquisa qualitativa constitui-se como campo de investigação no qual pesquisador está situado, buscando interpretar de modo naturalístico no sentido de que não haja comprometimento da integridade da investigação com todos seus significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes (HOGA, 2016). Segundo a autora “estudos de natureza qualitativa são desenvolvidos para preencher lacunas do conhecimento e tentar equacionar problemas de prática cotidiana” (HOGA, 2016, p.34).

A revisão integrativa de acordo com Broome (1993) é um método que resume a literatura empírica ou teórica passada em busca de compreensão ou novas conclusões. O autor enfatiza que primeiramente define-se uma pergunta ou problemática a ser resolvida, passo importante para delimitar o escopo da revisão, em busca do entendimento por meio de busca em base de dados conhecidas no tema de interesse (BROOME, 1993, p.237).

Para Whitlemore e Knafl (2005) a revisão integrativa permite a inclusão de diversas metodologias e tem potencial para apresentar diferentes perspectivas de um fenômeno e colaborar na prática baseada em evidências. Para isso é necessário descrever o processo de coleta de dados e análise de resultados de modo a atender o rigor da revisão.

Concomitante à revisão integrativa, foi feita uma pesquisa documental, para levantamento de leis, decretos e normas públicas sobre ocupação de cargos na área da saúde, para Minayo (2004) documentos podem ser textos administrativos, publicações governamentais e organizações tanto nacionais quanto internacionais e que estejam relacionadas ao objeto de estudo.

[...] a área da saúde abrange uma objetividade com a espessura que tem a vida, por onde passa o econômico, o político, o religioso, o simbólico e o imaginário, sendo o 'lócus' onde se articulam conflitos e concessões, tradições e mudanças, e onde tudo ganha sentido, ou sentidos (MINAYO, p. 31).

Portanto, a saúde coletiva e ciências da saúde formam um campo multidisciplinar que abarca diferentes saberes, dessa forma Minayo (2004) descreve que o universo das investigações qualitativas e as experiências do senso comum devem ser coletadas, interpretadas e re-interpretadas levando em conta os sujeitos que a vivenciam.

4.2 Local

As atividades foram organizadas de acordo com a exploração de campo proposta por Minayo (2004, p.101): a) escolha do espaço da pesquisa; b) escolha do grupo de pesquisa.

No Canadá, considerado o país com melhor performance econômica e modelo em qualidade de vida (MEDEIROS et al 2008) foi selecionada a província de Ontário, localizada no sudeste do país.

No Brasil, os dois municípios escolhidos como objeto de pesquisa foram São Paulo, por ser a cidade mais populosa do Brasil, e Guarulhos. Guarulhos participou juntamente com Embu das Artes de uma pesquisa anteriormente realizada em parceria com as Secretarias Municipais de Saúde, financiada pela Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo – FAPESP (LACAZ *et al.* 2014) intitulada “Gestão do trabalho em saúde em dois sistemas municipais do Estado de São Paulo: implicações operacionais e psicossociais para uma política de pessoal”, na perspectiva de que fossem adotadas políticas de proteção e promoção da saúde dos trabalhadores do sistema de saúde.

4.2.1 Província de Ontário - Canadá

Em extensão, Ontário é a segunda maior província do Canadá e a mais populosa, com projeção populacional para 2016 de 14.146.200 habitantes, cobrindo mais de um milhão de quilômetros quadrados. Toronto - o nome derivado da palavra Huron para "açude de pesca" - está na costa noroeste do Lago Ontário e é a capital de Ontário, com projeção populacional para 2016 de 2.806.600, abrange 641 km². Estende-se por 43 km de leste a oeste e 21 km de norte a sul em seus pontos mais longos. Toronto é a maior cidade do Canadá, o coração da vida comercial, financeira, industrial e cultural do país, e é um dos centros urbanos mais habitáveis do mundo³.

O sistema de saúde da Província de Ontário é considerado pelos residentes um dos melhores do mundo. Muitos dos serviços de assistência à saúde são financiados com fundos públicos. Isto significa que tais serviços são remunerados, total ou parcialmente, pelo governo e englobam: consultas com o médico de família e especialistas e a maioria dos serviços de assistência à saúde de caráter básico e urgente, inclusive cirurgias e hospitalizações. Para que tais serviços sejam pagos, a província de Ontário criou o *Ontario Health Insurance Plan*, cuja forma abreviada é conhecida pela maioria das pessoas naquela província, isto é, OHIP⁴ (OHIP é o plano de saúde gerido pelo governo de Ontário, sendo financiado com recurso proveniente dos impostos pagos pelos residentes e empresas de Ontário), e é popularmente

³Disponível em: <http://gec.grm.cuhk.edu.hk/fieldtrip/northamerica2007/1abouttheCountry/1abouttheCountry.html> e <http://www.greatertoronto.org/why-greater-toronto/economic-overview/population> acesso em 17/12/2015

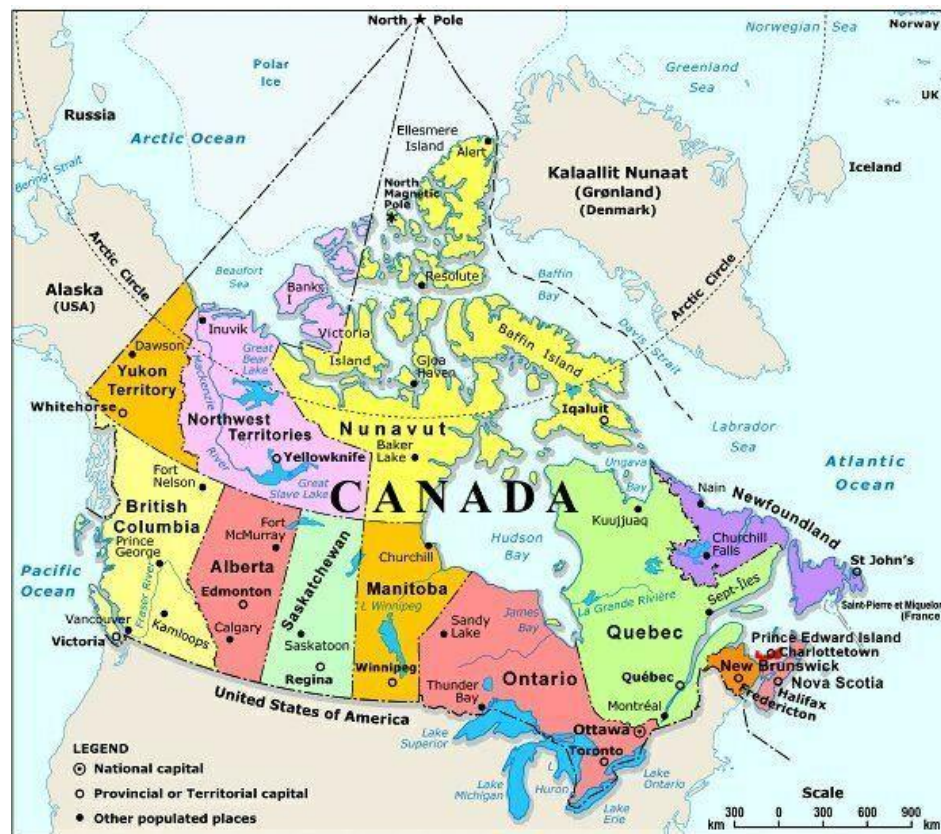
⁴ Para alguém ter direito ao OHIP a pessoa deverá responder três perguntas: a sua residência principal situa-se no Ontário? Durante os primeiros seis meses que viveu no Ontário, esteve fora menos de 30 dias? Permanece no Ontário durante o mínimo de 153 dias em qualquer período de 12 meses? Poderão também aplicar-se outras condições. Por exemplo, não terá direito ao OHIP se: a pessoa for visitante ou turista; solicitar estatuto de refugiado; estiver fora do Ontário durante mais de 153 dias em qualquer período de 12 meses; estiver fora do Ontário durante mais de 30 dias nos primeiros 183 dias que estiver na província e for estudante estrangeiro ou, em alguns casos, trabalhador estrangeiro. Para quem chegou recentemente ao Ontário, deverá fazer uma inscrição e apresentar documentos originais provando que reside em Ontário sem demora porque existe um período de espera de três meses até as despesas médicas ficarem cobertas pelo OHIP.

conhecido como *Medicare*. O governo canadense, através do *Canada Health Act*, instituiu um padrão a ser seguido pelas províncias e territórios que também têm suas próprias regras e regulamentos (THOMPSON, 2015).

Segundo Thompson (2015) há uma controvérsia no Canadá sobre a ampliação do cuidado privado à saúde para além dos serviços complementares e suplementares que já existem sob várias formas em todo o país, particularmente existem compras de serviços nas clínicas cirúrgicas para grupos populacionais entre os quais índios, aborígenes e presidiários.

Em função das diferenças existentes entre os sistemas de saúde das províncias canadenses foi selecionada a região que do ponto de vista político e econômico fazer parte das mais importantes do país.

Mapa 1 – Mapa do Canadá



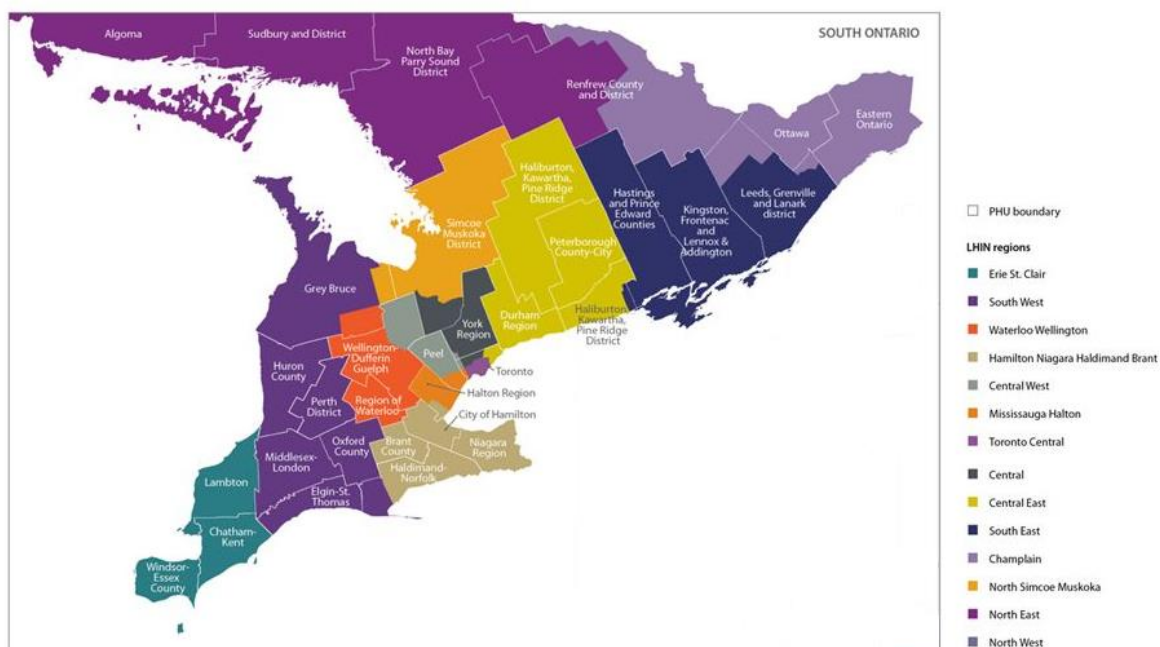
Fonte: *showing the boundary of Canada in North Americ, (CANADÁ, 2016)*

O organograma dos serviços públicos de saúde de Ontário é complexo (ANEXO 9). No que se refere à ocupação dos cargos há quatro níveis hierárquicos: 1) cargos eleitos ou indicados politicamente (*Minister, Deputy Minister e os Assistants*); 2) cargos selecionados por um processo público no qual a avaliação é feita de acordo com o currículo e a trajetória profissional; 3) cargos imediatamente subordinados a esse segundo nível; e 4) os cargos que executam a prestação de serviços assistenciais.

Mapa 2 – Mapa de Ontário com as unidades de saúde pública.

Map of Ontario's LHINs and Public Health Units

Ontario Local Health Integration Network (LHIN) and public health unit (PHU) correspondence map



Fonte: *Map of Ontário's LHINs and Public Health Units. (CANADÁ, 2016)*

Quando os ontarienses pagam impostos, uma parte destes reverte para aquele plano a fim de custear os serviços de saúde. Para um indivíduo ficar coberto pelo OHIP, é necessário inscrever-se e adquirir um cartão de saúde. Os médicos e outros profissionais de saúde cobram ao OHIP após terem prestado o serviço aos pacientes

(THOMPSON, 2015).

Enquanto as províncias (10) e territórios (3) são responsáveis pela prestação de cuidados de saúde para a maioria dos canadenses, o governo federal também tem uma série de papéis e responsabilidades fundamentais em áreas que afetam a saúde. Além de trabalhar em estreita colaboração com os governos provinciais e territoriais, trabalham também com outros departamentos e agências federais, organizações não-governamentais, outros países, parceiros aborígenes e o setor privado, todavia a gestão direta dos serviços de saúde é de responsabilidade de cada província. (AISTON, DICKSON E PREVISICH, 2000).

No que se refere à ocupação dos cargos há quatro níveis hierárquicos: os que são eleitos ou indicados politicamente (*Minister, Deputy Minister e os Assistants*); os que são selecionados por um processo público no qual a avaliação é feita de acordo com o currículo e a trajetória profissional; em seguida vêm os cargos imediatamente subordinados a esse segundo nível; finalmente os que executam a prestação de serviços assistenciais. Para o escopo desse estudo, interessa examinar mais detidamente o processo de seleção do segundo nível, no qual se situam o *Chief Medical Officer of Health*, os *Executive Directors* e os *Administrators*, bem como os do terceiro nível⁵.

Conforme o *Canadá Labour Code*, ato para a consolidação de determinados estatutos respeitando o trabalho, com transcrição em inglês e francês, especificamente na Parte II, *Occupational Health and Safety* (CANADÁ, 2016, p. 97-108) trata-se um manual oficial das consolidações trabalhistas.

A partir de 1º de junho de 2009, todos os atos e regulamentos consolidados de Leis de Justiça são "oficiais", o que significa que podem ser utilizados para fins de prova. Este é o resultado da entrada em vigor, naquela data, das alterações

⁵ Disponível em: http://www.health.gov.on.ca/en/common/system/docs/getting_started_fs_portuguese.pdf acesso em 15/12/2015.

introduzidas na Lei de Revisão dos Estatutos, que passou a ser denominada Lei de Revisão e Consolidação de Legislação (CANADÁ, 2016).

Também, a Divisão de Planejamento de Recursos Humanos e Assuntos regulatórios, disponibilizam serviços que incluem: informações sobre profissões de saúde regulamentadas e processos de licenciamento; aconselhamento contínuo para apoiar o caminho mais eficaz para a prática profissional; referências à educação, avaliação e recursos comunitários, opções de carreira alternativas que complementam habilidades e experiência (ONTÁRIO 2009-2010).

No Canadá, nem constituições, estatutos nem costumes limitam o controle que as províncias têm sobre seus municípios constituintes. Na verdade, como resultado cumulativo de uma série de decisões e arranjos institucionais e fiscais feitos no século passado, as províncias tornaram-se claramente supremas (TOMALTY e MALLACH, 2016, p. 99).

4.2.2 Município de São Paulo - Brasil

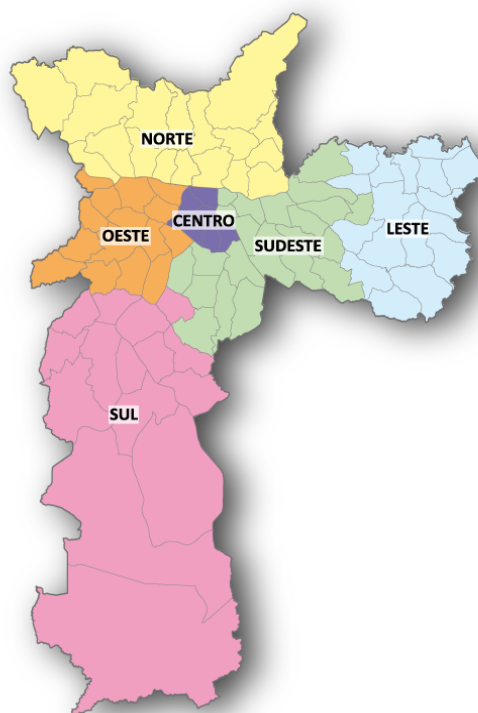
O município de São Paulo, capital do estado de São Paulo, tem 12.038.175 habitantes, de acordo com estimativa do IBGE 2016, em uma área de 1.521.110 km e é o principal centro comercial da América do Sul⁶.

As secretarias municipais de saúde-SMS, além de atuarem como gestoras do SUS municipal e repartições são também responsáveis pela formulação e implantação de políticas, programas e projetos em prol da saúde populacional. Há outros órgãos que atuam em parceria na implementação das diretrizes da SMS, como da Administração direta, indireta, Instituições conveniadas e contratadas (SÃO PAULO, 2017).

⁶ Disponível em <http://cidades.ibge.gov.br/xtras/perfil.php?codmun=355030> acesso em 19/01/2016

As SMS também são responsáveis pelas Coordenadorias Regionais de Saúde- CRS, supervisões e estabelecimentos de saúde. A CRS é responsável pela coordenação, articulação e organização do SUS municipal, de acordo com o mapa a seguir:

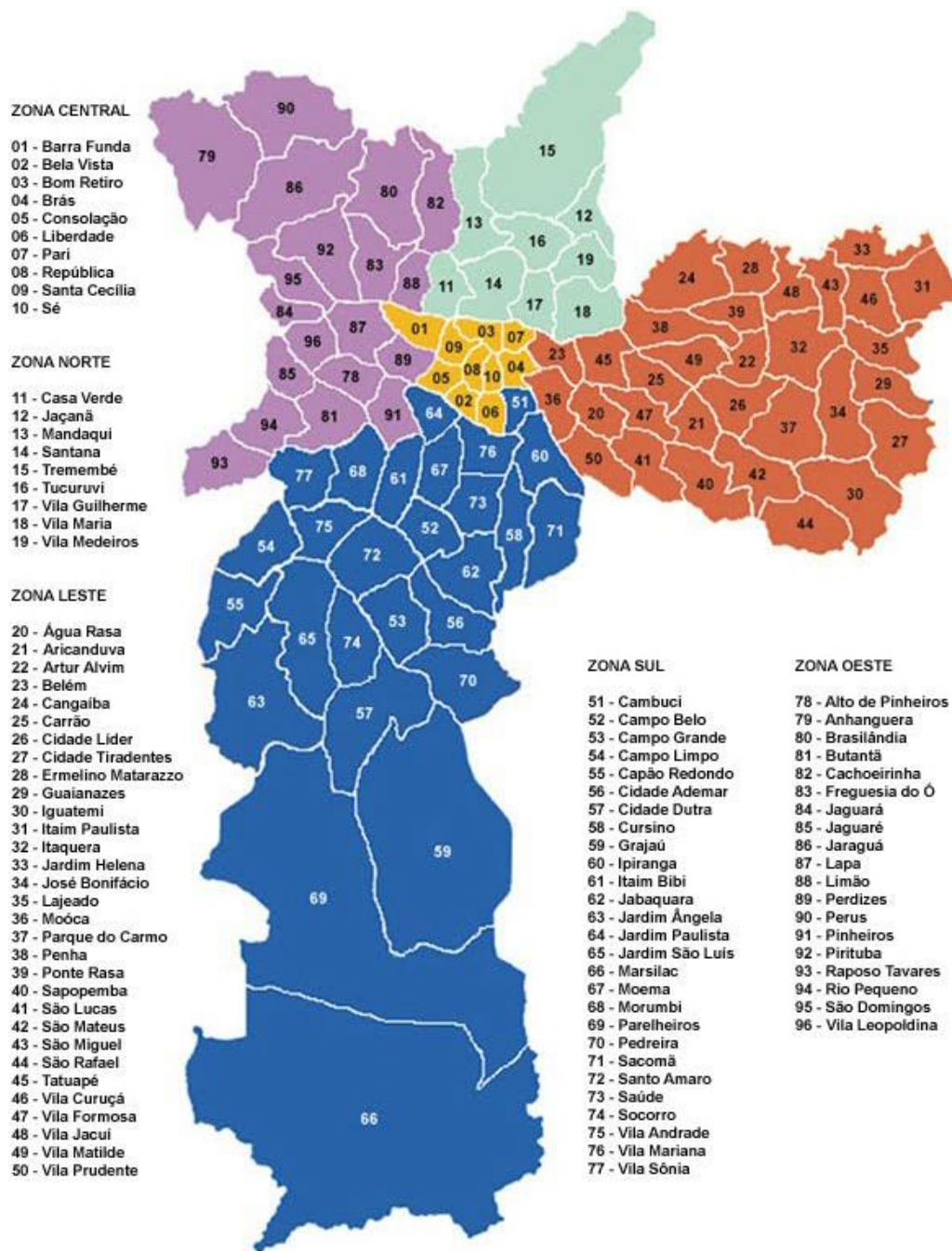
Mapa 3 - Mapa de coordenadoria regional do município de São Paulo.



Fonte: <http://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/saude/organizacao/index.php?p=6541>

As coordenadorias regionais de Saúde – CRS, são responsáveis pela coordenação, articulação e organização do sistema de saúde de cada distrito, divisão regional do município, ora denominados: Distrito de Saúde (DS) Centro, Distrito de Saúde (DS) Oeste, Distrito de Saúde (DS) Leste, Distrito de Saúde (DS) Norte, Distrito de Saúde (DS) Sudeste e Distrito de Saúde (DS) Sul (SÃO PAULO, 2017).

Mapa 4 – Mapa com divisão distritos e bairros do município de São Paulo.



FONTE: <http://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/saude/organizacao/index.php?p=6541>

Os municípios podem contar com consórcios, conselhos e distritos para integrar e articular recursos que visem ações de saúde, no artigo 12 “Fica criada, compondo e diretamente subordinada ao Gabinete do subprefeito, a seguinte estrutura: Chefia de gabinete, Coordenadoria de Ação Social e Desenvolvimento, Coordenadoria de Planejamento e Desenvolvimento Urbano, Coordenadoria de Manutenção a Infraestrutura Urbana, Coordenadoria de Projetos e Obras Novas, Coordenadoria de Educação, Coordenadoria de Saúde e Coordenadoria de Administração de Finanças”, cabe à Coordenadoria de Saúde a competência “ação de assistência à saúde, vigilância sanitária e epidemiológica, recursos humanos e financeiros da Saúde e atividades afins” (SÃO PAULO, 2002).

Quadro 5 - Número de estabelecimentos de saúde, segundo tipos selecionados em São Paulo, 2017.

ESTABELECEMENTOS DE SAÚDE	N
Hospitais, Pronto-socorros e Pronto-atendimentos	34
Unidade Básica de Saúde (UBS)	437
Assistência Médica Ambulatorial (AMA)	116
Estabelecimentos de Saúde Mental	113
Estabelecimentos de Saúde Bucal	30
Outros	54
Ambulatórios de Especialidades	23
Assistência Médica Ambulatorial Especialidades	15
Outros	114
TOTAL	934

Fonte: SMS/SP, 2012.

De acordo com a Lei nº 13.399 de 1º de agosto de 2002, que dispõe no artigo 1º da criação, estrutura e atribuições das Subprefeituras no Município de São Paulo, estabelece procedimentos para sua implantação e prevê a transferência gradual de órgãos e funções da Administração Direta Municipal (SÃO PAULO, 2002).

A prefeitura além de gerenciar folha de pagamento, férias e exonerações de servidores públicos, trata de procedimentos internos de contratação e concursos públicos, atua na distribuição dos trabalhadores públicos nas devidas lotações. Também podem atuar na gestão da publicação do diário oficial, licitações e compras (SÃO PAULO, 2012).

4.2.3 Município de Guarulhos

Guarulhos contava com 1.349.113 habitantes em 2017, população estimada pelo IBGE, numa área de 318.675 km², o município está localizado na região metropolitana de São Paulo, sendo a segunda cidade com maior população do estado (GUARULHOS, 2018).

A cidade foi fundada pelo Padre Jesuíta Manuel de Paiva em 08 de dezembro de 1560, em um local habitado por índios da tribo dos Guaianases. Dom Pedro II em 1880 nomeou a cidade como Província de Nossa Senhora da Conceição de Guarulhos e somente em 1906 foi chamada de Guarulhos (IBGE 2017).

Guarulhos é a 8ª cidade mais rica do Brasil, com uma produção que representa mais de 1% do Produto Interno Bruto (PIB), 13º maior do país, renda per capita 39.402,08, índice de desenvolvimento humano – IDH de 0.763 (IBGE 2017).

⁷ Disponível em <http://cidades.ibge.gov.br/xtras/perfil.php?lang=&codmun=351880&search=sao-paulo|guarulhos> acesso 19/01/2016

A cidade recebeu, nas últimas décadas, diversos grupos populacionais que chegaram em busca de oportunidades de emprego e moradia o que contribuiu significativamente para o crescimento do município (GUARULHOS, 2018).

Mapa 5 - Mapa do município de Guarulhos dividido por distritos.



Fonte: <http://educasaude.com/cidade-guarulhos/>

Para fins de gerenciamento e planejamento do município, Guarulhos possui 69 Unidades básicas de saúde - UBS dispostas no seu território que prestam o atendimento de atenção básica à saúde de acordo com os princípios do SUS. Das 69 UBS, 47 são Unidades com Agentes Comunitários de Saúde (ACS) ou Estratégia de Saúde da Família (ESF), sete policlínicas, o Centro de Especialidades Médicas, unidades psicossociais e unidades de atendimento odontológico. A atenção à saúde populacional se dá em três níveis: básica, média e alta complexidade (GUARULHOS, 2018).

A estrutura dos departamentos de Administração regionais de Saúde de Guarulhos, de acordo com a Lei Municipal nº7.119, artigo nº 21, de 18 de abril de 2013, atualmente é:

- Gabinete do Secretário;
- Conselho Municipal de saúde – CMS;
- Departamento do Complexo Regulador da Saúde (SS01);
- Departamento de Vigilância em Saúde (SS02);
- Departamento de Administração do Hospital Municipal de Urgências (SS03);
- Departamento de Administração do Hospital Municipal da Criança e do Adolescente (SS04);
- Departamento de articulação de Redes de Atenção à Saúde – DARAS (SS05);
- Departamento de Administração Regional de Saúde I (Centro), (SS06);
- Departamento de Administração Regional de Saúde II (Cantareira), (SS07);
- Departamento de Administração Regional de Saúde III (São João/Bonsucesso), (SS08);
- Departamento de Administração Regional de Saúde IV (Pimentas/Cumbica), (SS09);
- Departamento Administrativo e Financeiro da Saúde (SS10);
- Departamento de Recursos Humanos da Saúde (SS11).

Quadro 6. Regiões administrativas do município de Guarulhos com a divisão por distrito e número de unidades de saúde, 2017.

Região Centro	Região Cantareira	Região São João/Bonsucesso	Região Pimentas/Cumbica
Distrito Centro 1. UBS Paraventi 2. UBS Flor da Montanha 3. UBS São Ricardo	Distrito Vila Galvão 14. UBS Vila Galvão 15. UBS Rosa de França 16. UBS Palmira	Distrito São João 32. UBS Bananal... 33. UBS Fortaleza 34. UBS Seródio 35. UBS Haroldo Veloso 36. UBS Santos Dumont	Distrito Pimentas 49. UBS Pimentas 50. UBS Marcos Freire 51. UBS Jacy
Distrito Cécap 4. UBS Cécap 5. UBS Vila Fatima 6. UBS Vila Barros	Distrito Continental 17. UBS Paulista 18. UBS Continental 19. UBS Cambará	Distrito Bonsucesso 37. Nova Bonsucesso 38. UBS Álamo 39. UBS Vila Carmela 40. UBS Bambi 41. UBS Água Azul	Distrito Cumbica 52. UBS Cummins 53. UBS Cumbica 54. UBS Solimco 55. UBS Uirapuru 56. UBS Nova Cumbica
Distrito Ponte Grande 7. UBS Cavadas 8. UBS Itapegica 9. UBS Munhoz 10. UBS Ponte Grande	Distrito Cabuçu 20. UBS Novo Recreio 21. UBS Recreio São Jorge 22. UBS Cabuçu	Distrito Presidente Dutra 42. UBS Presidente Dutra 43. UBS Marinópolis 44. UBS Allan Kardec 45. UBS Inocoop	Distrito Água Chata 57. UBS Dinamarca 58. UBS Nova Cidade 59. UBS Jandaia 60. UBS Normândia 61. UBS Piratinga 62. UBS Aracília
Distrito Tranquilidade 11. UBS Tranquilidade 12. UBS Jardim Vila Galvão 13. UBS São Rafael	Distrito Paraíso 23. UBS Acácio 24. UBS Belvedere 25. UBS Primavera	Distrito Lavras 46. UBS Lavras 47. UBS Soberana 48. UBS Ponte Alta	Distrito Jurema 63. UBS Cumbica I 64. UBS Cumbica II 65. UBS Alvorada 66. UBS Jurema 67. UBS Dona Luiza 68. UBS Santo Afonso
	Distrito Taboão 26. UBS Cidade Martins 27. UBS Taboão 28. UBS Santa Lidia		
	Distrito Cocaia 29. UBS Jovaia 30. UBS Vila Rio 31. UBS Morros		

Fonte: <http://www.guarulhos.sp.gov.br/pagina/ubs>

Os Departamentos de administração Regional I, II, III e IV, Centro, Cantareira, São João/Bonsucesso e Pimentas/Cumbica, respectivamente, são objetivos desta pesquisa, cujos coordenadores responsáveis participaram espontaneamente do estudo por meio de entrevistas, conforme especificado no item método.

4.3 População

Para estabelecimento dos critérios de inclusão da população (MINAYO, 2004), a escolha dos entrevistados foi intencional e não aleatória. No Canadá definiu-se por entrevistar gestores do setor público de saúde; no Brasil a definição dos entrevistados abrangeu os diretores de todas as coordenadorias regionais em ambos os municípios.

Com relação ao número de trabalhadores exercendo cargo de gestão a serem entrevistados, Minayo (2004, p.102) explica que em casos de metodologia qualitativa, o principal critério não é a quantidade de pessoas entrevistadas, e sim a reflexão que pode surgir da totalidade de suas múltiplas dimensões.

Assim, os entrevistados da província canadense que participaram do estudo foram quatro profissionais: uma diretora executiva de unidade de saúde (D.E.); uma supervisora administrativa saúde pública (S.A); uma chefe do departamento de doenças infecciosas (C.D.) e uma gestora de *Primary Health Care Master in Health* (G.S).

Ontário contava com uma população total de 13.448.494 pessoas em 2016 e um total de 401.865 trabalhadores da administração pública (CANADÁ, 2016).

No que diz respeito aos municípios brasileiros, a divisão administrativa da SMS de São Paulo está organizada nas seguintes regiões de saúde: CRS Centro, CRS Leste, CRS Norte, CRS Oeste, CRS Sudeste e CRS Sul. Estas seis regiões coordenam um total de 50.733 servidores, conforme tabela abaixo:

Tabela 2 - Distribuição de funcionários por região e vínculo funcional do município de São Paulo

	AHM	Estadual	Federal	HSPM	Mais médicos	Municipal	Parceira	Total
AHM	8.904	5	2			2.381	3.181	14.473
CRS CENTRO	4	15	5		6	414	1.336	1.780
CRS LESTE	1	646	13		61	2.610	7.999	11.330
CRS NORTE	5	529	11		56	2.394	6.739	9.734
CRS OESTE	1	163	11		20	1.161	2.061	3.417
CRS SUDESTE	5	629	17		63	2.671	6.699	10.084
CRS SUL	2	462	10		67	2.129	11.718	14.388
GABINETE	8	27	4			2.955	4.953	7.947
HSPM	2	1		2.770		132		2.905
SAMU	1	2				1.680	1	1.684
s/info	28	18			1	193	562	802
Total	8.961	2.497	73	2.770	274	18.720	45.249	78.544

Fonte: Divisão de Informações de Gestão de Pessoas – DIGEP (SÃO PAULO, 2018)

No município de Guarulhos, a divisão administrativa da SMS, compreende quatro regiões de saúde: I – Centro, II – Cantareira, III – São João/Bonsucesso e IV – Pimentas/Cumbica, abrangendo um total de 4.441 servidores sob a gestão dos dirigentes entrevistados.

Cada diretor regional no município de Guarulhos, também, era responsável para vários níveis de atenção, conforme tabela a seguir:

Tabela 3 - Distribuição de funcionários por região e vínculo funcional do município de Guarulhos.

CENTRO DE RESULTADO	ADMINISTRAÇÃO DIRETA	MUNICIPALIZADOS	TOTAL	%
SS - COMPLEXO HOSPITALAR PADRE BENTO DE GUARULHOS	4		4	0,06
SS - CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE - CMS	3		3	0,04
SS – DEPARTAMENTO ADMNISTRATIVO E FINANCEIRO DA SAÚDE - DAFS	240	13	253	3,50
SS – DEPARTAMENTO DE ARTICULAÇÃO DE REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE - DARAS	33	2	35	0,48
SS – DEPARTAMENTO DO COMPLEXO REGULADOR DA SAÚDE - DCRS	338	8	346	4,79
SS – DEPARTAMENTO DE RECURSOS HUMANOS DA SAÚDE - DRHS	49	4	53	0,73
SS – DEPARTAMENTO DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE - DVS	427	10	437	6,05
SS – HOSPITAL MATERNIDADE JESUS, JOSÉ E MARIA	45		45	0,62
SS - GABINETE	46	2	48	0,66
SS – HOSPITAL MUNICIPAL DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE - HMCA	639	7	646	8,94
SS – HOSPITAL MUNICIPAL DE URGÊNCIA - HMU	915	1	916	12,67
SS – REGIÃO DE SAÚDE I - CENTRO	1.263	43	1.306	18,07
SS – REGIÃO DE SAÚDE II - CANTAREIRA	876	11	887	12,27
SS – REGIÃO DE SAÚDE III - SÃO JOÃO/BONSUCESSO	984	5	989	13,68
SS – REGIÃO DE SAÚDE IV - PIMENTAS/CUMBICA	1.245	14	1.259	17,42
TOTAL GERAL*	7.107	120	7.227	100,00

Fonte: Caderno de Gestão de RH 2015. [Não contabilizados Programa mais médicos=52, Residência médica=27 e servidores afastados com ou sem remuneração] (GUARULHOS, 2016).

4.4 Coleta de Dados

Para a revisão integrativa a pergunta foi estabelecida a partir da estratégia PCC: P- População, C- Conceito, CO- Contexto (JBI, 2014). Para esta revisão considerou-se: P- Gestores e profissionais de saúde, C- Gestão e ocupação de cargos, C- Serviços de saúde, desta forma a pergunta ficou: Para os gestores como ocorre a ocupação de cargos na área da saúde?

Para orientar a busca nas bases de dados, as palavras-chave utilizadas foram: cargo público, serviço público em saúde e ocupação em saúde e cargos em saúde por título, já que nenhuma dessas terminologias foram encontradas como descritores. As bases de dados foram: a) SciELO (*Scientific Eletronic Library OnLine*), b) LILACS (*Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde*) produzida pela Bireme e abrange América latina e Caribe, e c) *Google acadêmico* por ser uma plataforma de pesquisa científica unificada com todas as áreas, no período inicial de cada base de dados, até maio de 2017.

Os critérios de inclusão foram: artigos completos em português citáveis, publicados a partir de 1990 e os critérios de exclusão foram resumos cujo foco desviava da ocupação de cargos públicos na área da saúde no Brasil e não mencionasse a reforma ou os princípios da CF.

A pesquisa documental foi feita por via eletrônica, sites abertos dos órgãos nacionais e internacionais que retratassem assuntos sobre ocupação de cargos públicos na área da saúde. A coleta do material visou todos os documentos disponíveis independente da data de publicação, com atenção para área da saúde.

Com relação às entrevistas, a pesquisadora realizou os pré-contatos com as devidas secretarias antecipadamente. Nesse momento, apresentou-se como doutoranda da Universidade Federal de São Paulo, providenciando os devidos documentos para autorização das entrevistas.

A estratégia de entrada de campo (MINAYO, 2004) constou de dois momentos principais nos três locais da pesquisa.

- 1) A indicação da província de Ontário foi feita mediante um contato com um especialista canadense em saúde pública, que diante do conhecimento da tese, sugeriu os nomes dos dirigentes canadenses a serem entrevistados.
- 2) Em ambos os municípios brasileiros, os contatos foram feitos pessoalmente com os respectivos dirigentes juntamente com a co-orientadora, ocasião em foram

expostos os objetivos da pesquisa, sendo obtidas neste momento as autorizações para entrada em campo.

Em Toronto as entrevistas semi-estruturadas foram realizadas via Skype, entre 2015 e 2016, com durações aproximadas de 2 horas. Na entrevista com o informante-chave e com a diretora executiva foi necessário a contratação de uma tradutora-intérprete, enquanto que nas outras obteve-se o apoio online da gestora em *primary health care* que tinha nacionalidade portuguesa.

A coleta de dados nos dois municípios brasileiros também foi feita mediante entrevistas semi-estruturadas, com os diretores regionais de Guarulhos e São Paulo, pessoalmente. Para Minayo (2004, p.108-109) as entrevistas podem ser estruturadas e não estruturadas, nos quais podem ser obtidos dados de natureza a) os que se referem a fatos que o pesquisador poderia conseguir por meio de outras fontes como censos, estatísticas, registros civis, etc. b) os que se referem diretamente ao indivíduo entrevistado, isto é, suas atitudes, valores e opiniões.

Optou-se por um questionário padronizado semi-estruturado com perguntas fechadas e abertas (ANEXO 9) que serviu para nortear as entrevistas. As questões fechadas buscavam identificar informações básicas como: nome, idade, sexo, grau de escolaridade, informações sobre formação e experiência profissional.

As questões abertas buscavam identificar a opinião dos gestores com relação a formas de ocupação de cargos de direção na área da saúde e os critérios para contratação, foram estas: 1) Quantos e quais cargos de chefia e direção, sob sua gestão, são comissionados, ou seja, são ocupados por pessoas sem vínculo anterior com a SMS e quantos são ocupados por servidores da SMS?; 2) Quais critérios são utilizados para ocupação dos cargos de chefia e direção sob sua gestão? Experiência anterior, formação profissional, tempo de serviço, entre outros; 3) Os ocupantes dos cargos de chefia e direção sob sua gestão são escolhidos por indicação, processo seletivo público, plano de carreira ou outra modalidade de seleção?; 4) Como avalia o modo de ocupação dos cargos de direção/chefia do setor público de saúde?; 5) Em sua

opinião, quais seriam a formação/o perfil/as competências adequadas ao exercício dos cargos de direção/chefia no setor público de saúde?; 6) As características socioeconômicas da região, na qual está situado o serviço que dirige/chefia, influíram de algum modo no processo de seleção/indicação para os cargos de chefia e direção sob sua gestão?; 7) Até que ponto a qualificação da gestão implica diretamente na qualidade de vida no trabalho?

Durante o percurso metodológico, as reflexões e perguntas que o pesquisador deseja responder apresentam forma não linear, sendo que a busca das respostas seguindo os preceitos éticos validam a pesquisa (HOGA, 2016).

As entrevistas nos municípios brasileiros foram feitas nas unidades onde cada gestor trabalhava, com horário e local escolhido por cada coordenador, cada entrevista demorou aproximadamente 1 hora e 15 minutos, as entrevistas foram gravadas e posteriormente transcritas.

Na pesquisa de campo, as entrevistas ocorreram conforme planejado, exceto pela dificuldade para encontrar os entrevistados para fazer os agendamentos, algumas desmarcações e difícil acesso geográfico de algumas secretarias.

4.5 Análise de Dados

Para a análise do primeiro texto, os dados foram organizados em quatro categorias pré-estabelecidas, definidas a partir dos princípios básicos da administração pública, conforme artigo 37 da Constituição da República Federativa do Brasil: impessoalidade, moralidade, eficiência e publicidade. De acordo com o dicionário da língua portuguesa, a definição destes conceitos são:

Impessoal: 1. Que não se refere ou não se dirige a uma pessoa em particular, mas às pessoas em geral. 2. Independente de, ou sobranceiro a qualquer circunstância ou particularidade (Ferreira, 1999, p.352).

Moral: 1. Conjunto de regras de conduta consideradas como válidas, quer de modo absoluto para qualquer tempo ou lugar, quer para grupo ou pessoa determinada, 2. Conclusão moral que se tira de uma obra, ou um fato, 3. Conjunto das nossas faculdades morais (Ferreira, 1999, p.442).

Eficiência: 1. Ação, força, virtude de produzir um efeito; eficácia (Ferreira, 1999:235). 2. Capacidade para produzir realmente um efeito (Aurélio, 2008).

Publicidade: 1. Qualidade do que é público; 2. Vulgarização, divulgação; 3. Promoção de produto ou serviço através dos meios de comunicação social; 4. Mensagem que publicita esse produto ou serviço (Aurélio, 2008).

Esta revisão integrativa buscou responder como se dá a ocupação de cargos de gestão na área da saúde no Brasil e os resultados estão apresentados no texto 1.

Para Hoga (2016) a análise de documentos, como políticas, assume importância especialmente quando há necessidade de comparar suposições e argumentos de uma realidade.

Em relação aos dados coletados nas entrevistas foi realizada análise de conteúdo, que de acordo com Bardin (2004, p.37) trata-se de um “conjunto de técnicas de análise das comunicações visando obter, por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção destas mensagens”. Essas mensagens podem ser submetidas a uma ou várias dimensões de análise (BARDIN, 2004).

A primeira etapa engloba uma leitura flutuante, objetivos, hipóteses e elaboração de indicadores que possam fundamentar a interpretação. Na segunda etapa os dados podem ser codificados, e apenas na última etapa é que é possível fazer uma categorização, que consiste na classificação por semelhanças e por diferenciação, denominação de subcategorias (BARDIN, 2004).

As entrevistas foram transcritas textualmente, o material foi lido e relido, os principais relatos foram destacados para facilitar o processo de análise. Os trechos das

entrevistas foram extraídos para exemplificar os principais resultados da pesquisa. “Esta estratégia é importante para elucidar os componentes dos resultados e representa um dos aspectos de rigor no desenvolvimento da pesquisa qualitativa” (HOGA e PEREIRA, 2016, p. 20).

De acordo com Bardin (2004), a codificação pode ter três passos: a) o recorte, escolhas das unidades para análises; b) a enumeração, escolha de regras para contagem; c) a classificação e a agregação, a escolha das categorias, que são rubricas ou classes centrais que reúnem um grupo de elementos em razão de características comuns, subtemas ou subcategorias que diluem os temas que são explicados nas categorias.

A partir das perguntas do questionário semi-estruturado foram desenvolvidas as categorias de análise levando-se em consideração as especificidades do processo de ocupação de cargos de gestão em saúde de cada território.

Para a análise das entrevistas de Toronto, utilizou-se extratos das falas dos participantes da pesquisa originaram as subcategorias, sendo as categorias: 1) Recrutamento e processo seletivo público e transparente, 2) Critérios específicos para assumir o cargo de direção, 3) Indicação, financiamentos e localização geográfica interferem nas contratações, 4) Desenvolvimento pessoal e profissional afetam a QVT.

Para análise das entrevistas das categorias em Guarulhos e em São Paulo, foram destacados trechos das falas, esses extratos foram sub-categorizados dando sentido para as ementas das seguintes categorias: 1) Políticas de pessoal, habilidades e competência influenciam a ocupação de cargos; 2) Importância de recrutamento e processo seletivo público e transparente; 3) Delimitação dos critérios específicos para cargo de direção em saúde pública; 4) Indicação, financiamentos e localização geográfica interferem nas contratações e 5) Desenvolvimento pessoal e profissional afetam a QVT.

4.6 Aspectos Éticos

A presente pesquisa foi submetida e aprovada sob o nº 1475/2015 e por meio do número CAAE 51326215.7.0000.5505 pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de São Paulo (CEP/UNIFESP). Em relação aos aspectos éticos fundamentais, não houve discriminação de nenhuma natureza na seleção dos indivíduos, apenas um risco de exposição mínima relacionada ao desconforto com alguma pergunta do questionário aplicado.

O Conselho Nacional de Saúde apresenta as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas com seres humanos, seja individual ou coletivamente “em sua totalidade ou partes dele, e o envolva de forma direta ou indireta, incluindo o manejo dos seus dados, informações ou material biológico” de acordo com a resolução nº 466 de 12 de dezembro de 2012, II dos termos de definições (BRASIL, 2012).

Para essa pesquisa somente a pesquisadora colheu e armazenou os dados pessoais, e para análise e correção tiveram acesso a orientadora e co-orientadora obedecendo os mesmos preceitos éticos.

Os entrevistados assinaram um Termo de Compromisso Livre e Esclarecido (TCLE – Anexo 9), deixava os participantes livres para recusar respostas a determinadas questões durante as entrevistas, bem como para retirar seu consentimento e terminar sua participação a qualquer momento, sem penalidades e sem prejuízo, garantindo o total anonimato dos dados colhidos.

5. Resultados e discussão

Os resultados desta tese de doutorado estão divididos em três partes:

- 1) Ocupação de cargos públicos de gestão no setor público no Brasil: revisão integrativa da literatura, item 5.1 - texto 1, em formato de artigo, submetido para a Revista Lua Nova no dia 05 de março de 2018;
- 2) Ocupação de cargos públicos na área da saúde na perspectiva de gestores de Ontário/Canadá, item 5.2 - texto 2, em formato de artigo, submetido para Revista Trabalho, Educação e Saúde no dia 04 de junho de 2018;
- 3) Ocupação de cargos públicos na área de gestão em saúde em dois municípios de grande porte do estado de São Paulo, item 5.3, resultados e discussão das categorias organizadas a partir das entrevistas com os dirigentes dos municípios de Guarulhos e São Paulo.

5.1 Texto 1 - OCUPAÇÃO DE CARGOS PÚBLICOS DE GESTÃO NO SETOR PÚBLICO NO BRASIL: REVISÃO INTEGRATIVA

Introdução: Considerando as mudanças na administração pública brasileira a partir da década de 1990, no contexto da reforma de Estado, o objetivo deste artigo é analisar a ocupação de cargos públicos de gestão no setor público no Brasil. **Método:** Revisão integrativa nas bases de dados *Scielo*, *Lilacs* e *Google acadêmico*, as palavras-chave utilizadas foram: cargo público, serviço público em saúde e ocupação em saúde e cargos em saúde até maio de 2017. A análise de dados foi baseada em quatro princípios do art. 37 da Constituição Federal, alterada pela emenda constitucional 19 de 1998: impessoalidade, moralidade, publicidade e eficiência. **Resultados:** Foram encontrados 697 artigos, após leitura criteriosa de títulos e resumos, destes, 12 foram selecionados para análise. **Considerações finais:** Verificou-se uma gama de olhares críticos nas formas de ocupação de cargos no setor público de saúde, especialmente de gestão, que segundo estes, ainda são de cunho patrimonialista, paternalista e personalista.

Palavras-Chave: administração pública; serviço público de saúde; ocupação de cargos públicos.

OCCUPY OF PUBLIC MANAGEMENT POSTS IN THE HEALTH AREA IN BRAZIL: INTEGRATING REVIEW OF THE LITERATURE

Introduction: Considering the changes in Brazilian public administration since the 1990s, in the context of State reform, the objective of this article is to analyze the occupation of public management posts in health services. **Method:** Documentary analysis and a review of the literature in the databases *Scielo*, *Lilacs* and *Google academic* and categorial analysis based on four principles of art. 37 of the Federal Constitution, as amended by constitutional amendment 19 of 1998: impersonality, morality, publicity and efficiency. **Results:** After careful reading of titles and abstracts, 697 articles were found, and 12 were selected for analysis. **Final considerations:** There has been a range of critical perspectives in the forms of occupation of positions, especially of management, which according to these, are still patrimonialistic, paternalistic and personalistic.

Key Words: public administration; public health service; occupation of public office.

SUMÁRIO: 1. Introdução; 2. Método; 3. Resultados; 4. Discussão; 5. Considerações Finais; 6. Referências.

1. Introdução

Em um contexto de crise econômica repercutindo no aparelho estatal, o papel dos servidores públicos tem sido crescentemente questionado. A quase totalidade dos países implementou algum grau de reforma de Estado com consequente redução dos quadros de pessoal dos serviços públicos.

De acordo com a Organização para Cooperação e Desenvolvimento Econômico – OCDE (2013), a proporção de servidores públicos em relação ao total de trabalhadores no Brasil é 12%, no Canadá é 20%, sendo que os países com maiores servidores são a Dinamarca e Noruega com 35%. Nesses países a grande maioria dos prestadores de cuidados de saúde, professores e trabalhadores de emergências são diretamente empregados pelo governo.

As significativas diferenças no tamanho relativo do emprego no setor público em toda a OCDE refletem a grande variedade de atividades realizadas pelos governos e as formas como eles prestam serviços públicos.

No Brasil, o artigo 6º do Decreto-Lei de nº 200 de 25 de fevereiro de 1967, que dispõe sobre a organização da Administração Federal, criou os órgãos da administração direta permitindo a descentralização de atividades, planejamento e obediência ao orçamento público, além do mais, a administração pública deve obedecer aos seguintes princípios fundamentais: planejamento, coordenação, descentralização, delegação de competência e controle (Brasil, 1967).

Em 1988, a Constituição da República Federativa do Brasil determinou, em seu artigo 37, que a administração pública direta e indireta⁸ de qualquer um dos poderes da União, dos estados, do Distrito Federal e dos municípios, de acordo com o art.37 da

⁸ Artigo 4º da Lei nº 7.596 de 10 de abril de 1987, compreende que I - administração direta se constitui dos serviços integrados na estrutura administrativa da presidência da República e dos Ministérios e II – administração indireta, que compreende as entidades: autarquias; empresas públicas; sociedades de economia mista e fundações públicas.

Constituição da República Federativa do Brasil, deve obedecer aos princípios básicos da legalidade, impessoalidade, moralidade, publicidade e eficiência, e deve servir os interesses da coletividade (BRASIL, 1988). A ausência ou a parcialidade destes princípios lesa o direitos dos trabalhadores, pois o Estado não deve ser manipulável, impedindo que a burocracia estatal e o parlamento perpetuem os princípios legais que lhes convém (Poulantzas, 2000).

Com a criação do Sistema Único de Saúde (SUS) em 1988, pela Constituição Federal Brasileira, a saúde foi considerada como um direito fundamental e o sistema foi organizado a partir de princípios de integralidade, igualdade e equidade, e de diretrizes como descentralização, controle social, regionalização (Brasil, 2002).

A efetivação do SUS demandou novas práticas administrativas, todavia persistem interrogações em relação à ocupação de cargos de gestão na área da saúde, que poderiam ter conservado características de cunho patrimonialista, paternalista e personalista. O personalismo, predominante no mundo latino-americano, é considerado como um fator cultural presente tanto na gestão pública quanto na privada e “desenvolve o autoritarismo hierárquico social” (Motta, 2007:89).

A ocupação de cargos públicos no SUS, foi afetada na década de 1990 a partir de acontecimentos remontando à crise dos aparelhos estatais que recrudescer na década de 1970, quando na quase totalidade dos países sobreveio um período de crise econômica, que atingiu a credibilidade do Estado, ao qual foi imputada a causa da crise, situação que se estende até a atualidade. Sob a pressão dos governos dos países do chamado primeiro mundo, notadamente EUA e Reino Unido, desenvolveu-se com força crescente um movimento internacional de reforma de Estado, com a consequente implementação pela maior parte dos governos da assim denominada modernização econômica, influenciados pelo modelo gerencialista e pela reestruturação produtiva preconizados por líderes políticos como Margareth Thatcher e Ronald Reagan (PAULA, 2005).

No Brasil, esse processo toma forma e se intensifica nos anos 1990, apontando

para a revisão da estrutura do aparelho estatal e de seu pessoal. Em 1995 foi criado o Ministério da Administração e Reforma do Estado - MARE, cujo titular à época era o ex-ministro Luiz Carlos Bresser Pereira, com o objetivo de encarregar-se das políticas e diretrizes para a reforma do Estado; (...) reforma administrativa; (...) supervisão e coordenação dos sistemas de pessoal civil, de organização e modernização administrativa, de administração de recursos da informação e informática e de serviços gerais; modernização da gestão e promoção da qualidade no setor público (Brasil, 1995, Bresser-Pereira, 1995).

A partir da criação do MARE, o processo de discussão acerca da necessidade de mudanças do Estado brasileiro fortaleceu-se institucionalmente e foram viabilizadas diversas ações estatais com este fim, com destaque para o Programa de Publicização do Estado, em que a implantação de Organizações Sociais como modelo de gestão para políticas públicas constituía-se como uma das estratégias centrais (Bresser-Pereira, 1995).

O Plano Diretor da Reforma do Estado, formulado pelo MARE, estabeleceu quatro setores estatais: núcleo estratégico, atividades exclusivas, serviços não-exclusivos e produção de bens e serviços. De acordo com este plano, o setor público de saúde está inserido no terceiro eixo, no qual “o Estado atua simultaneamente com outras organizações públicas não-estatais e privadas. As instituições desse setor não possuem o poder de Estado, mas este se faz presente porque os serviços envolvem direitos humanos fundamentais, como os da educação e da saúde” (Brasil, 1997, p. 10).

Em 1998, foi editada a Emenda Constitucional 19, que alterou vários artigos da Constituição Federal de 1988 relativos à administração pública de pessoal. Destaca-se particularmente a modificação do artigo 37 do texto constitucional. Acrescentou-se à redação original “Art. 37. A administração pública direta, indireta ou fundacional, de qualquer dos Poderes da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios obedecerá aos princípios de legalidade, impessoalidade, moralidade, publicidade e, também, ao seguinte” o princípio da eficiência, compatível com o novo padrão gerencialista a ser adotado (Brasil, 1998).

O porte do quadro de servidores federais denota a relevância do tema. No portal

do servidor, o Ministério da Saúde (Brasil, 2017) apresenta o painel estatístico de pessoal, demonstrando que o Brasil contava com 79.828 servidores em 2017, além de 19.829 vínculos de direção e assessoramento superior - DAS e funções comissionadas do poder executivo – FCPE, perfazendo um total de 99.657 com a seguinte distribuição: 31,5% centro-oeste, 27,7 sudeste, 19,8 nordeste, 12,0% sul e 9,0% norte, trata-se um percentual bem representativo, sinalizando a pertinência de investigar como ocorre a ocupação de cargos públicos na área gestão no Brasil.

Diante das mudanças provocadas pela reforma administrativa do Estado no setor público da saúde, há interesse em levantar e analisar a produção intelectual elaborada na literatura. Como perguntas de investigação busca-se pesquisar a introdução de tais mudanças, sua intensidade e alcance, via avaliação realizada pelo levantamento de artigos que se dedicam à administração pública brasileira depois de 1995. Dessa forma, o objetivo deste artigo é levantar e analisar, por meio de revisão da literatura, o que os autores escrevem sobre a ocupação de cargos públicos no Brasil no setor saúde e como se relaciona a Reforma do Estado e os princípios da CF/88.

O Servidor público no Brasil

No Brasil, a legislação consolidada do servidor público (Brasil, 2008), elaborada pelo Senado Federal, além dos dispositivos constitucionais pertinentes e emendas, incorpora as seguintes leis: Lei nº 8.448, de 21 de junho de 1992; Lei nº 8.647, de 13 de abril de 1993; Lei 8.852, de 4 de fevereiro de 1994; Lei nº 8.911 de 11 de julho de 1994; Lei nº 9.525, de 3 de dezembro de 1997; Lei nº 9.784 de 29 de janeiro de 1999; Lei nº 10.887 de 18 de junho de 2004.

A Constituição de 1988 garante aos servidores públicos os seguintes direitos: salário mínimo; irredutibilidade de salário; garantia de salário nunca inferior ao mínimo, se recebem remuneração variada; 13º salário; trabalho noturno com remuneração superior à do diurno; salário família para seus dependentes; jornada de trabalho de oito horas diárias e quarenta e quatro semanais; repouso semanal remunerado; remuneração do serviço extra superior, no mínimo em 50% do normal; férias anuais

remuneradas com pelo menos 1/3 a mais do que o salário normal; licença à gestante e de paternidade sem prejuízo de emprego e do salário;; proteção do mercado de trabalho da mulher; redução dos riscos inerentes ao trabalho; adicionais por atividades penosas, insalubres ou perigosas; proibição de diferenças de salários de exercícios de funções e de critério de admissão por motivo de sexo, idade, cor ou estado civil.

O serviço público visa contemplar necessidades econômicas, sociais e culturais da sociedade, ou seja, é aquele que a Administração Pública presta à comunidade porque reconhece sua essencialidade para a sobrevivência do grupo social e do próprio Estado, é aquele legalmente investido em cargo público (Mujalli,1997).

Os ocupantes de cargos públicos devem preencher alguns requisitos, tais como: nacionalidade brasileira; o gozo de direitos políticos; a quitação com as obrigações militares e eleitorais; nível de escolaridade exigido para o exercício do cargo; idade mínima de 18 anos; aptidão física e mental (Brasil, 1990).

De acordo com a Lei 8.112 de 11.12.1990 o servidor público civil passou a ser regulado pelo Regime Jurídico Único, implantado na União para os servidores federais, no inciso IV constam os deveres, as proibições, à disposição de que trata a lei sobre a acumulação de cargos, as responsabilidades dos servidores e as penalidades a que estão sujeitos por infração aos dispositivos legais (Brasil, 1990):

A Lei nº 8.027, de 12 de abril de 1990, artigo 1º, apregoa que servidor público é a pessoa legalmente investida em cargo ou em emprego público na administração direta, nas autarquias ou nas fundações públicas. São deveres dos servidores públicos civis, no 2º artigo: I - exercer com zelo e dedicação as atribuições legais e regulamentares inerentes ao cargo ou função; II - ser leal às instituições a que servir; III - observar as normas legais e regulamentares; IV - cumprir as ordens superiores, exceto quando manifestamente ilegais; V - atender com presteza: a) ao público em geral, prestando as informações requeridas, ressalvadas as protegidas pelo sigilo; b) à expedição de certidões requeridas para a defesa de direito ou esclarecimento de situações de interesse pessoal; VI - zelar pela economia do material e pela conservação do patrimônio público; VII - guardar sigilo sobre assuntos da repartição, desde que envolvam questões relativas à segurança pública e da sociedade; VIII - manter conduta compatível com a moralidade pública; IX - ser assíduo e pontual ao serviço; X - tratar com

urbanidade os demais servidores públicos e o público em geral; XI - representar contra ilegalidade, omissão ou abuso de poder.

De acordo com a Lei 8.112, artigo 21, com relação à estabilidade do servidor público, uma vez que este esteja habilitado em concurso público e empossado regularmente, em cargo de provimento efetivo adquire estabilidade ao completar dois anos de efetivo exercício. O servidor estável só perde o cargo por sentença judicial transitada em julgado ou decisão em processo administrativo disciplinar, desde que lhe seja assegurada ampla defesa, assim sendo, a exoneração de um cargo de comissão acontece quando:

- c) a juízo da autoridade competente ou a pedido do próprio servidor;
- d) o afastamento dos servidores de função de direção, chefia e assessoramento se dá: a pedido, mediante dispensa, nos casos de: promoção; cumprimento do prazo exigido para rotatividade da função; por falta de exaço no exercício de suas atribuições, de acordo com que for apurado em processo de avaliação, conforme estabelecido em lei e regulamento; afastamento para exercício de mandato eletivo.

A exoneração, artigo 33, de um cargo efetivo pode acontecer a pedido do servidor ou de ofício, quando não satisfeitas às condições do estágio probatório e tendo tomado posse o servidor não entra em exercício no prazo estabelecido. (Brasil, 1990)

O art. 19. constitui crime a representação por ato de improbidade contra agente público ou terceiro beneficiário, quando o autor da denúncia o sabe inocente, de acordo com a Lei nº 8.429, de 2 de junho de 1992.

A categoria servidor público é constituída pelas pessoas que prestam serviços à Administração direta e indireta, nas seguintes modalidades admitidas pela Constituição de 1988: (Mujalli, 1997, p. 126-127):

- d) Servidores públicos concursados (artigo 37, II, C.F.);
- e) Servidores públicos exercentes de cargo em comissão, ou função de confiança, escolhidos, preferencialmente entre aqueles que ocupam cargo de carreira profissional ou técnica, mediante ingresso, sem a necessidade de concurso (artigo 37, V);
- f) Servidores temporários que são contratados por tempo determinado para desenvolver atividade que constitua necessidade temporária de interesse público (artigo 37, IX), excetuando aqueles que se vinculam à

Administração direta, às autarquias e às fundações públicas que ficam a distritos ao regime jurídico único imposto pela atual Constituição.

Santos (2006, p. 44) complementa este item, classificando as pessoas que exercem função pública em: 1) servidores públicos: todos aqueles que mantêm com o Poder Público relação de trabalho, de natureza profissional e caráter não eventual, sob vínculo de dependência; 2) agentes públicos: todas as pessoas físicas ou jurídicas que, sob qualquer liame jurídico e, algumas vezes, sem ele, prestam serviços à administração pública; 3) agentes políticos: presidente e vice, governadores e vices, ministros de Estado. E cita dois tipos de vínculos empregatícios: os estatutários (ingresso por meio de concurso público) e os celetistas (ingresso por recrutamento e seleção).

Para Nogueira (2006, p. 11) o SUS tem uma importância fundamental como empregador, de mais de 1 milhão de trabalhadores, tanto com relação à força de trabalho quanto a grande diversidade de categorias profissionais e ocupacionais envolvida na prestação de serviços de saúde, a partir da legislação brasileira espera-se profissionalismo e transparência na gestão pública.

2. Método

Trata-se de uma revisão integrativa, na qual segundo Broome (1993), é um método que resume a literatura empírica ou teórica passada em busca de compreensão ou novas conclusões. O autor enfatiza que primeiramente define-se uma pergunta ou problemática a ser resolvida, passo importante para delimitar o escopo da revisão, em busca do entendimento por meio de busca em base de dados conhecidas no tema de interesse (Broome, 1993:237).

A pergunta da pesquisa foi estabelecida a partir da estratégia PCC: P- População, C- Conceito, CO- Contexto (JBI, 2014). Para esta revisão: P- Gestores e profissionais de saúde, C- Gestão e ocupação de cargos, C- Serviços de saúde, desta

forma a pergunta ficou: Para os gestores como ocorre a ocupação de cargos na área da saúde?

As palavras-chave utilizadas foram: cargo público, serviço público em saúde e ocupação em saúde e cargos em saúde por título, já que nenhuma dessas terminologias foram encontradas como descritores. As bases de dados foram: a) SciELO (*Scientific Eletronic Library OnLine*), b) LILACS (*Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde*) produzida pela Bireme e abrange América latina e Caribe, e c) *Google* acadêmico por ser uma plataforma de pesquisa científica unificada com todas as áreas, no período inicial de cada base de dados, até maio de 2017.

Os critérios de inclusão foram: artigos completos em português citáveis, publicados a partir de 1990 e os critérios de exclusão foram os resumos cujo foco desviava da ocupação de cargos públicos no Brasil e não mencionasse a reforma ou os princípios da CF.

Para a análise dos artigos, os dados foram organizados em quatro categorias pré-estabelecidas (Bardin, 1977), definidas a partir dos princípios básicos da administração pública, conforme artigo 37 da Constituição da República Federativa do Brasil: impessoalidade, moralidade, eficiência e publicidade. De acordo com o dicionário da língua portuguesa, a definição destes conceitos são:

Impessoal: 1. Que não se refere ou não se dirige a uma pessoa em particular, mas às pessoas em geral. 2. Independente de, ou sobranceiro a qualquer circunstância ou particularidade (Ferreira, 1999:352).

Moral: 1. Conjunto de regras de conduta consideradas como válidas, quer de modo absoluto para qualquer tempo ou lugar, quer para grupo ou pessoa determinada, 2, Conclusão moral que se tira de uma obra, ou um fato, 3. Conjunto das nossas faculdades morais (Ferreira, 1999:442).

Eficiência: 1. Ação, força, virtude de produzir um efeito; eficácia (Ferreira, 1999:235). 2. Capacidade para produzir realmente um efeito (Aurélio, 2008)

Publicidade: 1. Qualidade do que é público; 2. Vulgarização, divulgação; 3. Promoção de produto ou serviço através dos meios de comunicação social; 4. Mensagem que publicita esse produto ou serviço. (Aurélio, 2008)

A presente pesquisa foi submetida e aprovada sob o nº 1475/2015 pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de São Paulo (CEP/UNIFESP).

3. Resultados

A tabela 4 apresenta as palavras-chave e descritores utilizadas para realizar as buscas efetuadas nas bases SCIELO, LILACS e Google acadêmico e o número de artigos encontrados.

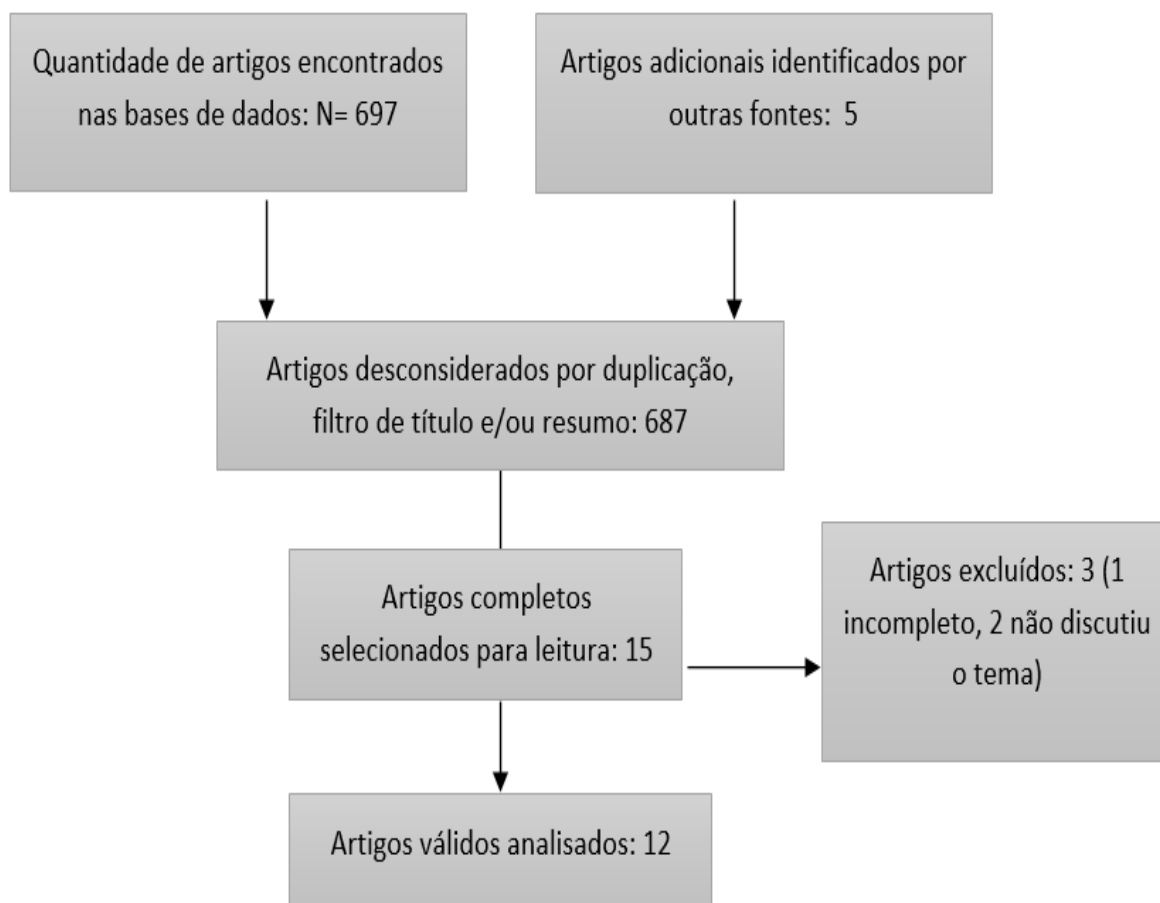
Tabela 4 Descritores e palavras chave utilizados nas respectivas bases.

DESCRITORES / PALAVRAS-CHAVE	SCIELO	LILACS	GOOGLE Acadêmico
Cargo publico	32	2	163
Serviço público AND saúde	75	120	268
Ocupação AND saúde	4	3	13
Cargos AND saúde	2	5	10
TOTAL:	113	130	454

Para um primeiro filtro foram considerados os artigos selecionados a partir dos Decs e que tivessem relação com a temática pesquisada, todavia diante da grande quantidade de artigos listados, optou-se por utilizar o filtro por título.

Foram encontrados 697 artigos, após a leitura dos títulos e/ou resumos, foram selecionados 12 artigos para análise, conforme figura 3.

FIGURA 3 - Total de artigos encontrados e selecionados para análise, nas bases Scielo e Lilacs.



Fonte: PRISMA *Flow Diagram*, 2009.

Quadro 7. Artigos incluídos na revisão

N	ANO	AUTORES	TÍTULO	PERIÓDICO
1	2000	SANTOS, Luiz e CARDOSO, Regina	A experiência dos gestores governamentais no governo federal do Brasil.	In: Congresso Internacional Del Clad, São Domingo, República Dominicana.
2	2002	GIORDANI, Francisco Alberto da Motta Peixoto	A contratação de servidor público sem concurso x princípio da dignidade da pessoa humana. Colisão de direitos? Outro enfoque. Consequências	Revista do TRT da 15ª Região, n.19, p.113-122
3	2006	MORAES, Alexandre	Administração pública e vedação do nepotismo no poder judiciário	Argumenta Journal Law, v.6, n.6, p.8-17
4	2009	PINTO, Conceição Jorge.	Cargos em comissão. Da contratação motivada pela capacitação técnica ao nepotismo e ao clientelismo	Jus Navigandi, Teresina, ano, v. 13
5	2009	SANTOS, Luiz Alberto	Burocracia profissional e a livre nomeação para cargos de confiança no Brasil e nos EUA.	Revista do serviço público 60 (1) jan/mar
6	2009	CÂMARA, Leonor Monteiro	O cargo público de livre provimento na organização da administração pública federal brasileira: uma introdução ao estudo da organização da direção pública na perspectiva de estudos organizacionais	Revista de Administração Pública. VI. 43. Nº 3 Rio de Janeiro maio/jun
7	2009	CRUZ, Rachel	Carreiras burocráticas e meritocracia: o impacto do ingresso de novos servidores na última década sobre a dinâmica do preenchimento dos cargos em comissão no governo federal brasileiro.	II Congresso Consad de Gestão Pública, Brasília
8	2010	DENIS, Jean-Louis	Institucionalização da avaliação na administração pública em saúde	Revista brasileira de saúde Mater. Infantil vl.10 supl. 1 Recife nov.
9	2011	VIEIRA, Carolina Belli <i>et al.</i>	Motivação na Administração Pública: considerações teóricas sobre a aplicabilidade dos pressupostos das teorias motivacionais na esfera pública	Revista adm. Gestão Estratégica
10	2012	VALADARES, Josiel Lopes e EMMENDOERFER, Magnus Luiz	Cargos de livre nomeação: reflexões com base no empreendedor público em um estado-membro do Brasil	Revista de Administração Contemporânea VI.16 nº 5 Curitiba se.t/out.
11	2013	NETA, Maria Rosa Oliveira	Cargos em Comissão: Uma questão mais que política.	Revista CEPPG - CESUC - Centro de Ensino Superior de Catalão, Ano XVI nº 28, 1º Semestre/2013
12	2013	MONTEIRO, Lorena Madruga	Reforma da administração pública e carreiras de Estado: o caso dos especialistas em políticas públicas e gestão governamental no Poder Executivo federal	Revista de Administração Pública. VI.47, nº 5 Rio de Janeiro set.out.

A análise de dados foi organizada a partir de quatro categorias pré-estabelecidas: impessoalidade, moralidade, eficiência e publicidade.

Impessoalidade

Os artigos apontam a impessoalidade como algo distante na indicação de cargos públicos de gestão na área da saúde no Brasil. Nesta categoria foram incluídos dados referentes aos artigos de números 1, 3, 5, 6, 7, 9, 10 e 12.

Para Vieira *et al.* (2011:4) a impessoalidade “Nada mais é que o clássico princípio da finalidade, o qual impõe ao administrador público que só pratique o ato para o seu fim legal. E o fim legal é unicamente aquele que a norma de Direito indica, expressa ou virtualmente, como objetivo do ato, de forma impessoal”.

Para Câmara (2009) a direção da administração pública federal brasileira é complexa e se dá exclusivamente por meio de cargos de livre provimento, em “decorrência de não haver formalidades quanto à seleção de seu ocupante, ou seja, livre provimento é atributo do cargo público e não da pessoa que nomeia”, associado aos interesses políticos.

“Quanto à ocupação dos cargos em comissão, embora sejam tímidas as iniciativas para restringir diretamente a livre nomeação, pode-se arguir que a disponibilidade crescente de burocratas de carreira, interessados também em ocupar cargos de confiança, restringe um espaço que antes era aberto ao alvitre das nomeações políticas. Por este raciocínio, mais carreiras meritocráticas implicaria menos patronagem” (Cruz, 2009, p. 28).

Santos e Cardoso (2000) mencionam que alguns cargos de gestores públicos passaram por transformações no decorrer dos anos, de forma que inicialmente exigia-se além das provas objetivas e dissertativas, prova de títulos e entrevista, enquanto que em anos subsequentes houve apenas nomeações.

Valadares e Emmendoerfer (2012) relatam que “[...] percebe-se que o uso pouco criterioso dos cargos de comissão aumenta os níveis de apadrinhamento na administração pública brasileira, fazendo com que o caráter patrimonialista permeie-se na Nova Administração Pública”, os autores declaram ainda que apesar do discurso de que esta cultura já ter sido suplantada “o que se evidencia com isso é um Estado responsivo aos interesses de governos e não responsivo aos usuários da administração pública” (Valadares e Emmendoerfer, 2012, p. 738).

“[...] observando os princípios norteadores da burocracia, como a Legalidade, Impessoalidade, Moralidade, Publicidade, que formam as vigas mestras desse construto, entende-se que o livre provimento de pessoas na organização pública, apesar de não ferir o princípio de legalidade, caminha numa posição muito delicada quanto ao princípio de impessoalidade” (Valadares e Emmendoerfer 2012, p.735)

Monteiro (2013) fez um estudo sobre como o recrutamento baseado em competências foi incorporado à administração pública federal do Brasil a partir de 1995 e como a interferência governamental impactou na formação de especialistas e gestores. Dentre outras coisas, o artigo discute que o aumento de carreiras meritocráticas tende a reduzir as nomeações estritamente políticas:

“Com o objetivo de limitar as indicações políticas aos cargos de secretarias executivas ou secretarias nacionais dos ministérios, instituiu-se, em 2005, [...], o Decreto no 5.497, que destinou 75% dos DAS [refere-se à cargos de direção e assessoramento superiores de livre provimento] de níveis 1, 2 e 3 e 50% dos DAS de nível 4 a servidores públicos. No entanto, essas vagas incluíam tanto os servidores de carreira ativos, os inativos, os servidores do Legislativo e do Judiciário, dentre outras esferas estatais, quanto aqueles que ingressaram no serviço público sem provimento de concurso público, antes de 1998” (Monteiro, 2013, p. 1127).

Em relação ao princípio da impessoalidade, o artigo nº 3, destaca uma preocupação com a prática do nepotismo, criticando a cultura do patrimonialismo.

Moralidade

Os artigos apontam a questão da moralidade como fundamental, especialmente no que se refere aos cargos em comissão e de livre nomeação, que são numerosos no Brasil e utilizados de forma comercial. Nesta categoria foram incluídos dados referentes aos artigos de números 2, 3, 4, 5 e 9.

Entre todos os princípios citados, “o princípio da moralidade é o que possui conceituação mais abstrata. Considera-se imoral o ato da administração que, mesmo realizado dentro da mais estrita legalidade, viole os princípios éticos da razoabilidade e da justiça, condições que conferem validade ao ato da administração pública” (Pinto, 2009, p. 10).

“E, ao atuar, não poderá desprezar o elemento ético de sua conduta. Assim, não terá que decidir somente entre o legal e o ilegal, o justo e o injusto, o conveniente e o inconveniente, o oportuno e o inoportuno, mas também entre o honesto e o desonesto. A moral administrativa é imposta ao agente público para sua conduta interna, segundo as exigências da instituição a que serve e a finalidade de sua ação: o bem comum” (Vieira *et al.*, 2011, p. 4).

Espera-se que os profissionais sejam honestos e éticos. Pereira (1998, p.27) defende uma administração pública gerencial, descentralizada, gestor público com autonomia, rígidos controles de desempenho, e que busque combater o nepotismo e a corrupção “À nova administração pública não basta ser efetiva em evitar o nepotismo e a corrupção: ela tem de ser eficiente ao prover bens públicos e semi-públicos que cabe ao Estado diretamente produzir ou, indiretamente, financiar”.

Pertinente ao assunto em tela e exemplo de aplicação dos princípios da impessoalidade e da moralidade, a necessidade de prévia aprovação em concurso público para que haja a investidura em cargo ou emprego público, é regra (Neta, 2013, p. 62).

Santos (2009, p. 11) relata que “Durante todo o processo da constituição dos quadros permanentes da burocracia federal” houve a criação de numerosos cargos de

comissão e de livre nomeação e que “se tornaram moeda de troca na busca de apoio político por parte do governo, quando não se constituíram em mera apropriação clientelista, fisiológica ou nepotista de postos de trabalho, cujo acesso se dá sem concurso público”.

Giordani (2002, p. 116) ressalta a importância dos princípios da legalidade e moralidade para se evitar o apadrinhamento “prejudicar aquele que só conta com sua força de trabalho para sobreviver e para manter sua família”.

Eficiência

A questão da eficiência em gestão no setor pública é considerada como uma obrigação e está correlacionada com a competência, legalidade, moralidade e profissionalismo. Nesta categoria foram incluídos os dados referentes aos artigos de números: 2, 5, 9 e 10,

Com relação às atividades desempenhadas por servidores na Administração Pública, o artigo 9 relata que: “[...] exige resultados positivos para o Serviço Público e satisfatório atendimento das necessidades da comunidade e de seus membros. Eficiência consiste em realizar as atribuições de uma função pública com competência, presteza, perfeição e rendimento funcional, buscando com isso, superar as expectativas do cidadão-cliente” (Vieira *et al.*, 2011, p. 4).

Embora haja a reformas administrativas, implantações de novas práticas de gestão, inovações tecnológicas, ainda há um movimento que busca propostas de reforma para os sistemas de gerenciamento de pessoas nas organizações públicas focado em competências e metas.

O artigo 7 relata que a preocupação da reforma era criar uma burocracia responsiva ao governante, diferentes das propostas da década de 1930 que “previam carreiras tradicionais, com ascensão linear e gradativo controle dos cargos diretivos pelos burocratas estatais” surge então uma burocracia permeável “cujo mérito não repousava apenas na aprovação no concurso de ingresso, mas dependia do

desempenho ao longo da vida funcional” (Cruz, 2009, p. 6).

Antes de decretos e leis sobre implantação de práticas de gestão, já existiam técnicas gerenciais e eficientes, entretanto “Do mesmo modo, apesar das grandes campanhas para implantação de práticas de gestão, práticas patrimonialistas de governar-se ainda são comuns no cotidiano da administração pública”, ou seja, para os autores, os modelos burocráticos não são plenamente eficazes, pois “permanece sendo administrado através de práticas que desconhecem ou ignoram princípios da impessoalidade, publicidade, especialização, profissionalismo, etc.” (Valadares e Emmendoerfer, 2012, p. 728).

“Do maior ou menor grau de interferência da política de clientela na gestão decorre, em grande medida, a eficiência e a efetividade das organizações públicas. Ademais, o elevado grau de dependência dos ocupantes desses cargos e apoio político, partidários ou de grupos de interesse para a permanência nos cargos tende a colocar em xeque a capacidade de julgamento, produzindo, em lugar da necessária responsividade ao sistema político, inerente à democracia representativa, uma situação de captura ou dependência que fragiliza o processo decisório governamental e propicia a ocorrência de práticas corruptas” (Santos, 2009, p. 23).

Santos (2009), defende a burocracia e busca de melhores práticas de outros países para melhorar poder decisório, gestão das políticas públicas, de forma democrática, transparente e extirpar a corrupção.

“A redução do espaço para as nomeações políticas ou para a rotatividade das chefias, assim, além de contribuir para o aumento da eficácia e da eficiência da ação do governo, teria o aspecto moralizador de retirar de circulação a “moeda de troca” tantas vezes associada à corrupção em nosso país e que frequentemente serve à subversão do sistema do mérito (Santos e Cardoso, 2000, p. 29).

Considere-se, ainda, que outros princípios constitucionais norteadores da administração pública vêm sendo maculados pelo mau uso da liberalidade constitucional, a saber, os da moralidade, da impessoalidade e da eficiência na administração; e, “no tocante a este último, a ausência de concurso público impede que os melhores, os mais preparados, desempenhem as funções que são de interesse da

sociedade, vedando o ingresso, por mérito, dos mais capacitados, daqueles que trariam os melhores resultados para a administração” (Pinto, 2009, p. 2).

Os princípios servem para nortear as interpretações dos artigos, leis, decretos e normas, especialmente diante do imenso arcabouço de ordenamentos e interpretações foram consideradas.

Publicidade

Os artigos 3, 5, 6, 7, 8 e 10 não mencionam a publicidade. Para o artigo 9 a publicidade é uma divulgação que deve acontecer oficialmente para conhecimento público e início de seus efeitos externos.

“A publicidade não é elemento formativo do ato; é requisito de eficácia e moralidade. Por isso mesmo, os atos irregulares não se convalidam com a publicação, nem os regulares a dispensam para a sua exequibilidade, quando a lei ou o regulamento a exige. Em princípio, todo ato administrativo deve ser publicado, porque pública é a Administração que o realiza, só se admitindo sigilo nos casos de segurança nacional, investigações policiais ou interesse superior da Administração a ser preservado em processo previamente declarado sigiloso” (Vieira *et al.*, 2011, p. 2-4).

Neta (2013) apresenta um artigo que busca retratar a seriedade à nomeação de cargos públicos em comissão, defendendo a necessidade do preenchimento de cargos de confiança, desde que esteja capacitada para o cargo.

“Sendo este a personificação da hodiernamente combatida permuta de favores. Simplificando, seria a nomeação de amigos e ou parentes de uma autoridade política por outra e vice-versa. Todavia, merece destaque que ante a ampla publicidade que referida prática tivera aliada à forma democrática com que a questão fora abrangida e tratada, a mesma fora ferozmente guerreada ao ponto de praticamente fulminar sua existência explícita tal qual o fora no passado. O interesse público, a aplicação dos princípios constitucionais e o respeito à sociedade tendem a prevalecer” (Neta, 2013, p. 65).

Santos e Cardoso (2000, p.3) ressaltam que no Brasil “os desvios em relação aos deveres formais de legalidade, impessoalidade, moralidade e publicidade são

recorrentes e povoam o noticiário dos jornais, os telejornais, estudos acadêmicos, diagnósticos de instituições governamentais e não governamentais, e o próprio imaginário popular” considerando importante que a população esteja ciente dos percalços políticos.

4. Discussão

De acordo com os artigos analisados, a ocupação de cargos de gestão tem se apresentado de forma pessoal, imoral, não transparente e com várias discussões sobre a eficiência.

Sobre a impessoalidade, Cruz (2009), citando como exemplo, sugere um controle sobre as nomeações, pois a nomeação não depende apenas da aprovação no processo seletivo que é bem específico e talvez não esteja acessível ao servidor público, “O Secretário-Executivo do Ministério da Fazenda poderá escolher um dos cinco melhores classificados independente da ordem de classificação, o que mantém a flexibilidade das nomeações”.

Sobre a questão da meritocracia mencionadas nos artigos nº 5 e 12, como forma de redução das nomeações, Santos e Cardoso (2000), artigo nº 1, salientam a dificuldade para tais implementações no Brasil, baseado em origens políticas, culturais e econômicas, também devido ao:

“[...] reduzido comprometimento dos dirigentes políticos com o sistema do mérito; as sucessivas e reiteradas campanhas voltadas para a justificação de medidas de ajuste que acabam por transmitir à sociedade uma ideia distorcida de que todo o servidor é desnecessário, desidiioso ou despreparado; a corrosão do poder aquisitivo dos salários percebidos por esses servidores; e a inconsistência do regulamento de carreiras. Todos esses fatores, em conjunto, têm desestimulado a permanência de quadros qualificados no serviço público e a continuidade dos programas desenvolvidos” (Santos e Cardoso, 2000:21).

Consideram que tanto a conceituação quanto à implementação de carreiras profissionais no serviço público tem sido incompleta, negligenciada e contaminada por um sistema paternalista:

“Assim, a estrutura remuneratória dessas carreiras e seus sistemas de avaliação de desempenho e de desenvolvimento, por não estarem fundados nos princípios essenciais que devem sustentar uma burocracia do tipo *weberiano*⁹ acabam, por falta de legitimidade, tornando-se incapazes de assegurar, mesmo nas poucas situações em que se encontram as características essenciais da burocracia, a retenção dos seus melhores quadros ou atrair os quadros com a qualificação necessária, ou mesmo de recompensar o mérito relativo, no âmbito dessas mesmas carreiras” (Santos e Cardoso, 2009, p. 21).

Além da dificuldade de retenção, Motta (2007, p. 89) menciona que a maioria das pessoas, quando vinculadas às organizações de trabalho, sejam estas públicas ou privadas “sente-se presa às suas condições sociais e julga ser inútil ou fora de seu alcance ter iniciativa, ambição ou ilusão de que a ordem social e administrativa poderia ser diferente”.

O autor acrescenta ainda que “a forma de organização e gestão obedecia menos a critérios técnicos racionais e democráticos para a prestação de serviços e mais a sistemas de loteamento político, para manter coalizões de poder e atender a grupos preferenciais” (Motta, 2007, p. 88).

O artigo nº 6, menciona que “o exercício do poder estatal decorrente do cargo não deve ser entendido exclusivamente como atributo da hierarquia, nem como voluntarismo do agente, mas sim, tal como *Bourdieu*¹⁰ concebe a noção de poder, como efeito das relações estabelecidas entre quem pratica e quem sofre a ação”.

Sobre a moralidade, Santos (2009, p. 22) salienta que a rotineira ocorrência de denúncias de corrupção pelos meios de comunicação aumenta a sensação de que o

⁹ Relativo a Max Weber (1864-1920), sociólogo alemão.

¹⁰ Relativo a Pierre Félix Bourdieu (1930-2002), sociólogo francês.

país não se empenha em reduzir as práticas fraudulentas, justificadas pelo “empreguismo, loteamento de cargos em organizações públicas e baixa profissionalização dos quadros dirigentes”. Dessa forma o autor acredita que estabelecer níveis hierárquicos que possam ser ocupados apenas por servidores do quadro efetivo “quando justificável pelo nível de especialização envolvido” constitui medida eficaz e necessária.

Sobre os cargos comissionados Valadares e Emmendoerfer (2012, p. 738) destacam que “as reformas administrativas não conseguiram suplantar de forma total as raízes patrimonialistas e clientelistas brasileiras. Apesar de almejar-se tanto a eficiência e de discursar-se que o Brasil já passou do nível de adotar tais práticas clientelistas”, os autores descrevem que, na prática, ainda existem favorecimentos.

Ainda que algumas pessoas resistam em assentir que grau de confiança não necessariamente significa nepotismo velado, a Administração Pública em todos os seus âmbitos tem provado oportunamente que se encontra cada vez mais regida pela moralidade e impessoalidade (Neta, 2013, p. 65-66)

Para o artigo nº 4 o nepotismo significa favorecimento, ou seja, quando é concedido cargos, funções e atribuições públicas a pessoas de seu círculo familiar. “No Brasil, atualmente, há diversas normas vedando o nepotismo institucional, por exemplo: a Resolução n.º 07/2001 do Conselho Nacional de Justiça e a Lei Estadual n.º 3.899/2002. Porém, surge, como um vírus resistente o ‘nepotismo cruzado’”, ou seja, quando surge a contratação de parentes de outros agentes públicos “tendo em contrapartida a contratação de seus parentes por aqueles agentes” (Pinto, 2009, p. 3).

Essa questão é abordada pelo artigo nº 3 em três, considerando os princípios da legalidade, impessoalidade, igualdade e moralidade administrativa sob três aspectos:

- 1) Se a vedação ao nepotismo é preceito implícito derivado diretamente da Constituição Federal e dos princípios regentes da Administração Pública ou se o texto constitucional ignora o assunto e, conseqüentemente, permite ao legislador ordinário sua livre regulação;
- 2) Eventual existência de direito adquirido ou ato jurídico perfeito a cargos em comissão ou funções de confiança;

3) Competência constitucional do Conselho Nacional de Justiça para coibir a prática do nepotismo no Poder Judiciário Nacional. (Moraes, 2006, p. 8-9)

O artigo nº 2 insiste na obrigatoriedade de concurso público para todos os servidores públicos, em busca da obediência dos princípios da legalidade, moralidade, impessoalidade e da publicidade.

A ocupação de cargos no Brasil se dá essencialmente por concurso público, existem os DAS que podem ser ocupados por servidores ou não, não foi considerada a questão da tercerização e quarteirização nos serviço público, porque entende-se que discutir a questão de prestação de um determinado serviço e fornecimento de mão-de-obra sem concurso estaria fadado a um novo dilema, que o artigo não visa abordar. Da mesma forma, com relação às cooperativas, que visam prestar serviços de interesse público, não vedados pela legislação, mas que também não estão sob a égide dos direitos trabalhistas.

O artigo 5 aborda essa questão pelo viés da Lei nº 8.911 de julho de 1994, onde o número de DAS 4, por exemplo, deve ser limitado, com 60% preenchidas por servidores ocupantes de cargo efetivo, todavia “tal regra não resistiu às pressões políticas, tendo sido inicialmente suspensa e finalmente revogada” (Santos, 2009, p. 12).

Nos artigos 23, 29-A e 169 da Constituição da República, o total de despesa do Poder Legislativo Municipal, incluídos os subsídios dos vereadores e excluídos os gastos com inativos, não poderá ultrapassar determinados percentuais, sujeito a providências, de acordo com a Lei de Responsabilidade Fiscal – LRF, o que não vem ocorrendo, de acordo com art. 66 CF, sobre o processo de redução de despesas públicas com pessoal (Brasil, 1967).

Caso exista uma suspeita, uma acusação ou um flagrante, cabe ressaltar que não é qualquer pessoa que irá ser acusada sem motivo ou provas, além do mais espera-se um direito à defesa e a um julgamento justo, pois um réu deverá responder uma ação civil pública, artigo 129, inciso III CF.

Com relação à punição disciplinar para um servidor público, segundo a lei nº 8.027, esta ocorre por meio de um processo administrativo disciplinar, no qual a autoridade competente deve cumprir um prazo junto ao Estado. Caso não o faça, não haverá mais Punição, conforme prazo prescricional demonstrado no quadro 8 (Brasil, 1990).

Quadro 8. Prazo prescricional de punição disciplinar para servidor público.

Lei nº 8.027 / 1990	PRAZOS PRESCRICIONAIS
2 anos	Infração sujeita às penas de advertência e suspensão.
5 anos	Infração sujeita à pena de demissão ou à pena de cassação de aposentadoria ou disponibilidade*.
Prazo previsto na lei penal	Quando a infração disciplinar também for tipificada como crime.

*A cassação, nesse caso, é equivalente à penalidade de demissão.

Para Denis (2010), artigo 8, o poder de controle de despesas também está relacionado com a importância da capacidade de liderança:

[...] é preciso dizer sobre a necessidade de termos líderes que sejam também bons empreendedores sociais. Não existe institucionalização da avaliação se não criamos um grupo de líderes que vão impulsionar para institucionalizar tanto as capacidades quanto as competências na tomada de decisões. Chamamos isto de liderança coletiva na saúde. No papel de pesquisadores, nós acompanhamos algumas organizações durante uns dez anos para compreender porque algumas conseguem implantar mudanças importantes e outras não. Nós nos interessamos em saber por que este empreendedor social, que chamamos de "líder" coletivo, faz com que as coisas mudem (Denis, 2010, p. 235).

De maneira alguma se sugere generalizar a questão da liderança coletiva na saúde, mas sim uma reflexão maior sobre mudanças importantes na gestão, o que envolve não somente a ocupação dos cargos, mas quem e quanto tempo.

Além do mais, o artigo 2, relembra que colocar alguém para trabalhar no serviço público, sem que essa pessoa tenha sido submetida e devidamente aprovada em concurso público, profissionaliza-la e depois tirar-lhe o trabalho, de certa forma, se torna uma agressão ao princípio da dignidade da pessoa humana (Giordani, 2002, p. 121).

Com relação ao princípio da eficiência, este foi incluído pela emenda constitucional nº 19, de 04 de junho de 1998. Anteriormente fazia parte, de forma implícita, dos deveres do administrador público, e uma das funções, de acordo com art.129, inciso II, é “zelar pelo efetivo respeito dos Poderes Públicos e dos serviços de relevância pública aos direitos assegurados nesta Constituição, promovendo as medidas necessárias à sua garantia” (Brasil, 1988), embora o Estado apresente estrutura jurídico-político capitalista calcada em limitações (Poulantzas, 2000).

A capacidade de gestão também foi abordada no artigo 2 como sendo necessária, por meio da qualificação os quadros do serviço público (Santos e Cardoso, 2009).

Câmara (2009, p. 652), artigo nº 6, considera o “[...] cargo público como expressão de fração do poder estatal e portador de significados diversos [...]”, como algo amplo e complexo na administração pública que implica a produção de saberes.

Considerando todas as características dos gestores de sua pesquisa, Monteiro (2013), artigo nº 12, destaca a importância da ética e a estabilidade do servidor público.

O artigo nº3 destaca que no princípio da eficiência há uma certa dificuldade que envolve o recrutamento, mão-de-obra qualificada, capacitação técnica, assiduidade, pontualidade, absenteísmo, enfermidades, entre outros, o que com certeza torna a arte de administrar um desafio.

A publicidade é abordada nos artigos nº 1 e 9, enquanto que os 2, 4, 11, apenas relatam que cabe a administração pública obedecer aos princípios, enquanto a publicização é vista aqui como a transformação das entidades estatais de serviço em entidades públicas não-estatais para terem autonomia na gestão de suas receitas e

despesas, ou seja, entidades de direito privado (Bresser-Pereira, 1995, p. 12).

O artigo nº 1 ressalta a falta de publicidade com relação às irregularidades sucessivas de prorrogações de contratos de consultoria sem a apresentação de seus produtos finais e ampla contratação de consultores e técnicos superiores às necessidades, sugerindo assim a existência de privilégios.

Entretanto, Vieira *et al.* (2011, p.5) comenta que embora estes princípios tenham sido apresentados desde a Reforma de 1967 e implementados na CF/88 estes entre outros já vinham sendo debatidos nas teorias de Administração em busca de melhoras no processo de gestão pública.

Os artigos 1, 7, 9, 10 e 12 citam e comentam a reforma de Estado, o artigo 6 apenas cita, mas não aprofunda. Dessa forma, este artigo propõe que sejam revistos os critérios para ocupação de cargos na gestão do trabalho, considerando que a administração pública, de acordo com o art.37 da Constituição da República Federativa do Brasil de 05 de outubro de 1988, deve obedecer aos princípios da legalidade, impessoalidade, moralidade, eficiência e publicidade.

Dos doze artigos pesquisados, apenas os artigos 4, 7, 8 e 12 citam a saúde pública, mas não se aprofundam, considerando que cada artigo apresenta suas peculiaridades no que diz respeito à ocupação de cargos públicos, princípios da CF e reforma da república.

5. Considerações Finais

A administração pública brasileira é dotada de poderes que se constituem de acordo com as demandas dos serviços públicos, diante das mudanças provocadas pela reforma administrativa do Estado, o MARE fomenta as discussões a cerca da organização do aparelho estatal e novas formas de gestão, assim, atribuições públicas foram delegadas à iniciativa privada, com limites expressos na Constituição e nas leis.

A revisão integrativa efetuada, objeto desse artigo, buscou analisar a literatura pesquisada. A produção acadêmica selecionada apontou que a administração pública brasileira requer mudanças. A partir da análise das formas de ocupação de cargos no serviço público brasileiro, os autores revelaram uma gama de olhares críticos sobre a gestão pública, caracterizada por ações de cunho patrimonialista, paternalista e personalista.

O tema ocupação de cargos públicos de gestão na área da saúde é complexo e requer estudos mais aprofundados. Nos estudos analisados deste artigo, com base nas categorias impessoalidade, moralidade, eficiência e publicidade, não foi encontrado nenhum artigo abordando especificamente o setor público de saúde.

A defesa dos interesses dos trabalhadores da área da saúde demanda uma reflexão sobre as formas de ocupação de cargos públicos, essa revisão apresenta uma análise reflexiva sobre a literatura pesquisada e analisada.

Cabe interrogar se a especificidade da Instituição do SUS, cujas origens se enraízam nas formulações de um forte movimento social na década de 1980, a Reforma sanitária brasileira, protegeria o sistema dos desvios referidos pelos autores. Estaria o SUS, sustentado por princípios e diretrizes tais como a participação de usuários na gestão, imune às práticas não orientadas pela legalidade, impessoalidade, moralidade, eficiência e publicidade?

6. Referências

BARDIN, L. 1977. *Análise de conteúdo*. 3. ed. Lisboa: Edições.

PEREIRA, L. C. 1995. "A reforma do aparelho do Estado e a Constituição brasileira". *Brasília: MARE/ENAP*, pp. 1-14.

BRASIL. Senado Federal. 1988. *Constituição da República Federativa do Brasil*. Brasília-DF, Centro Gráfico. Disponível em: <https://www2.senado.leg.br/bdsf/bitstream/handle/id/518231/CF88_Livro_EC91_2016.pdf> Acesso em: 12 mai. 2017.

_____, Decreto-Lei nº 200 de 25 de fevereiro de 1967. Dispõe sobre a organização da Administração Federal, estabelece diretrizes para a Reforma Administrativa. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto-lei/Del0200.htm> Acesso em 12 mai. 2017.

_____, Emenda Constitucional nº 19 de 04 de junho de 1998. Modifica o regime e dispõe sobre princípios e normas da Administração Pública, servidores e agentes políticos. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Emendas/Emc/emc19.htm> Acesso em 12 mai. 2017.

_____, *Legislação consolidada do servidor público*. 2008. 5. ed, Brasília-DF, subsecretaria de Edições Técnicas. Disponível em:

<<https://www2.senado.leg.br/bdsf/bitstream/handle/id/70308/000070308.pdf?sequence=10>> Acesso em 12 mai. 2017.

_____, Lei nº 5.452, de 1º de maio de 1943. Consolidação das Leis do Trabalho. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto-lei/Del5452.htm> Acesso em 12 mai. 2017.

_____, Lei nº 8.027, de 12 de abril de 1990. Dispõe sobre normas de conduta dos servidores públicos civis da União, das Autarquias e das Fundações Públicas, e dá outras providências. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8027.htm> Acesso em 12 mai. 2017.

_____, Lei nº 8.112, de 11 de dezembro de 1990. Dispõe sobre o regime jurídico dos servidores públicos civis da União. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8112cons.htm> Acesso em 12 mai. 2017.

_____, Lei nº 8.429, de 02 de junho de 1992. Dispõe sobre as sanções aplicáveis aos agentes públicos nos casos de enriquecimento ilícito. Disponível em: <<http://www.camara.gov.br/sileg/integras/856408.pdf>> Acesso em 12 mai. 2017.

_____. Lei nº 5.645, de 10 de dezembro de 1970. Estabelece diretrizes para a classificação de cargos do serviço civil da União e das autarquias federais. Disponível em:

<www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/Lei_principal.htm> Acesso em: 12 mai. 2017.

_____, Ministério da Saúde, Ministério do Planejamento, Desenvolvimento e Gestão, Painel Estatístico de Pessoal, 2017. Disponível em: <<https://pep.planejamento.gov.br/QvAJAXZfc/opendoc.htm?document=PanelPEP.QVW&host=QVS%4017-0112-B-IAS06>> Acesso em 12 mai. 2017.

_____, Decreto 7508 de 28 de junho de 2011a, Ministério da Saúde, Secretaria De Gestão Estratégica E Participativa – Sgep. Comitê Gestor Do Brasília-DF.

_____, Decreto nº 7.336 de 19 de outubro de 2010, Ministério da saúde, Estrutura Regimental do Ministério da Saúde, Brasília-DF.

_____, Decreto nº 7508, 2011b. Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa – SGEPE, Comitê Gestor do Contrato Organizativo da Ação Pública da Saúde – GE COAP. Brasília-DF.

_____. Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação em Saúde. Política Nacional de Educação Permanente em Saúde / Ministério da Saúde – Brasília: Ministério da Saúde, Pactos pela Saúde, v.9, p.64, 2009.

_____. Ministério da Saúde - Relatório final. 1996. In: CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 10. Brasília, DF. Brasília-DF.

BROOME, M. E. 1993. Integrative literature review for the development of concepts. In: RODGERS B.L.; KNAFL K.A. (orgs.) *Concept development in nursing*. Philadelphia: Saunders, pp. 231-50.

CÂMARA, L. M. 2009. “O cargo público de livre provimento na organização da administração pública federal brasileira: uma introdução ao estudo da organização da direção pública na perspectiva de estudos organizacionais”. *Rev. Adm. Pública*, v. 43, n. 3, pp. 635-659.

CRUZ, R. P. 2009. “Carreiras burocráticas e meritocracia: o impacto do ingresso de novos servidores na última década sobre a dinâmica do preenchimento dos cargos em comissão no governo federal brasileiro”, In: *Congresso Consad de Gestão Pública II*, Brasília-DF.

DEMO, P. 1994. *Pesquisa e construção do conhecimento: metodologia científica no caminho de Habermas*. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro.

_____. 2000. Metodologia do conhecimento científico. São Paulo: Atlas.

DENIS, J. L. 2010. Institucionalização da avaliação na administração pública. *Rev. Bras. Saude Mater. Infant.*, v. 10, supl. 1, pp. 229-333.

FERREIRA, A. B. H. 1999. *Novo dicionário Aurélio século XXI*. 3ª ed. Rio de Janeiro: Nova Fronteira.

GIORDANI, F. A. M. P. 2002. “A contratação de servidor público sem

concurso x princípio da dignidade da pessoa humana. Colisão de direitos? Outro enfoque. Consequências”. *Revista do TRT da 15ª Região*, n.19, pp.113-22.

GREENHALGH T. 2005. *Como ler artigos científicos: fundamentos da medicina baseada em evidências*. 2ª Ed. Porto Alegre: Artmed.

JBI. 2014 *The Joanna Briggs Institute reviewers' manual: The University of Adelaide, Australia*. Disponível em: <<http://joannabriggs.org/assets/docs/sumari/reviewersmanual-2014.pdf>> Acesso em 12 mai. 2017.

MONTEIRO, L. M. 2013. “Reforma da administração pública e carreiras de Estado: o caso dos especialistas em políticas públicas e gestão governamental no Poder Executivo federal”. *Rev. Adm. Pública*, v. 47, n. 5, pp. 1117-143.

MORAES, A. 2006. “Administração pública e vedação ao nepotismo no poder judiciário”. *Argumenta Journal Law*, v. 6, n. 6, pp. 8-17.

MOTTA, P. R. 2007. “A modernização da Administração Pública brasileira nos últimos 40 anos”. *Revista de Administração Pública*, v. 41, pp. 87-96.

MUJALLI, W. B. 1997. *Administração Pública, servidores público, serviço público*. Comentários e Nocões Gerais. Volume 1, Editora e Distribuidora Bookseller, Campinas-SP.

OCDE. 2013. *Organização para Cooperação e Desenvolvimento*

Econômico, *Employment in the public sector*. Disponível em: <http://www.oecd-ilibrary.org/governance/government-at-a-glance-2015/employment-in-the-public-sector_gov_glance-2015-22-en> Acesso em 12 mai. 2017.

OIT. 2011. Organização Internacional do Trabalho. *Sistema de Gestão da Segurança e saúde no Trabalho : Um Instrumento para uma melhoria contínua*. Primeira Edição. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1981-7746200900030011> Acesso em 04 abr. 2017.

NETA, M. R. O. 2013. “Cargos em Comissão: Uma questão mais que política”. *Revista CEPPG - CESUC - Centro de Ensino Superior de Catalão*, nº 28, Ano XVI.

NOGUEIRA, R. P. 2006. “Problemas de gestão e regulação do trabalho no SUS”. *Serviço Social e Sociedade*, v. 87, pp. 147-62.

PEREIRA, L. C. B. 1998. “Gestão do setor público: estratégia e estrutura para um novo Estado. Reforma do Estado e administração pública gerencial”. *Instituto virtual UFC*, v. 7, pp. 21-38.

PINTO, C. J. 2009. “Cargos em comissão. Da contratação motivada pela capacitação técnica ao nepotismo e ao clientelismo”. *Jus Navigandi*, Teresina, v. 13, pp. 1-21.

POULANTZAS N. 2000. *O Estado, o Poder, o Socialismo*. São Paulo: Graal/Paz e Terra.

PRISMA Group. 2009. *Preferred reporting items for systematic reviews and meta-analyses: the PRISMA statement*. *Ann Intern Med.* v.151, n. 4, pp.264–9.

SANTOS, L. A. 2009. “Burocracia profissional e a livre nomeação para cargos de confiança no Brasil e nos EUA”. *Revista do serviço público*, v. 60, n. 1, pp. 05-28.

SANTOS, L.; CARDOSO, R. 2000. “A experiência dos gestores governamentais no governo federal do Brasil”. In: *Congresso Internacional Del Clad*, V., São Domingo, República Dominicana, pp. 1-44.

SÃO PAULO. 2009. Secretaria de Gestão Pública. *Manual da Certificação Ocupacional do Estado de São Paulo*, São Paulo.

SOARES, C. B. *et al.* 2014. Revisão integrativa: conceitos e métodos utilizados na enfermagem. *Rev. esc. enferm. USP*, São Paulo, v. 48, n. 2, pp. 335-345. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342014000200335&lng=en&nrm=iso> Acesso em 12 mai. 2017.

VALADARES, J. L.; EMMENDOERFER, M. L. 2012. “Cargos de livre nomeação: reflexões com base no empreendedor público em um estado-membro do Brasil”. *Rev. adm. contemp.* v. 16, n. 5, pp. 723-43.

VIEIRA, C. B. *et al.* 2011. “Motivação na Administração Pública: considerações teóricas sobre a aplicabilidade dos pressupostos das teorias motivacionais

na esfera pública”. *Revista Adm Gestão Estratégica*, v. 4, n. 1, pp. 1-12.

WHO, 1986. World Health Organization. *First International Conference on Health Promotion*, Ottawa, Canada, pp. 17–21. Disponível em: <<http://www.euro.who.int/en/publications/policy-documents/ottawa-charter-for-health-promotion,-1986>> Acesso em 12 mai. 2017.

5.2 Texto 2 - OCUPAÇÃO DE CARGOS PÚBLICOS DE DIREÇÃO NA ÁREA DA SAÚDE NA PERSPECTIVA DE QUATRO GESTORES DE ONTÁRIO/CANADÁ

SUMÁRIO: 1. Introdução; 2. Método; 3. Resultados 4. Discussão; 5. Considerações Finais; 6. Referências.

Introdução: Este estudo tem como objetivo descrever e analisar as perspectivas de gestores da província de Ontário, Toronto, sobre a ocupação de cargos de gestão na área da saúde. O sistema de saúde do Canadá é reconhecido como sendo um dos melhores do mundo, tendo como característica a transparência nas formas de ocupação de cargos de gestão. **Método:** Pesquisa qualitativa, descritiva, tendo como sujeitos quatro gestores do setor público da saúde na província de Ontário, Canadá. A coleta de dados foi feita mediante realização de entrevistas e foi realizada análise de conteúdo sobre o material transcrito versando sobre a contratação de profissionais para cargos de gestão. **Resultados:** no material analisado destacaram-se as seguintes categorias: transparência e caráter público do recrutamento e do processo seletivo; definição de critérios específicos para assumir cargo de gestão; fatores intervenientes na contratação (indicação, influência dos sindicatos, financiamento) e gestão do trabalho em saúde. O caráter público assumido nas contratações, mediante divulgação, seleção e entrevistas propiciaria melhores relações de trabalho. **Conclusões:** A transparência no recrutamento e seleção, o apoio profissionalizante e o exercício de negociações justas oportunizariam contratações de trabalho mais adequadas, proporcionando equilíbrio pessoal aos ocupantes dos cargos públicos e podendo servir de modelo para outros países.

PALAVRAS-CHAVE: Ontário. Canadá. Ocupação de cargos. Recrutamento. Saúde pública. Gestão do trabalho em saúde.

1. Introdução

O sistema público de saúde no Canadá foi instaurado em 1946, e em 1961 as dez províncias já possuíam sistemas de saúde. Em 1966 foi instituído o *Medical Care Act*, Lei de cuidados médicos, que visava dar autonomia a cada província, cada qual estando apta a tomar decisões próprias e a apresentar seus gastos (CANADÁ, 1985).

As cidades canadenses são bem conhecidas por sua alta qualidade de vida, Vancouver, Montreal e Toronto, as maiores cidades do Canadá, são consideradas por

muitos como as mais habitáveis do mundo. O sistema de saúde do Canadá é reconhecido como sendo um dos melhores do mundo, tendo como princípios: universalidade, abrangência, acesso razoável, portabilidade e administração pública. Todavia, o sistema ainda enfrenta muitos desafios (HEALTH CANADÁ, 2014; AISTON, DICKSON e PREVISICH (2000, p. 28).

O modo de ocupação dos cargos públicos na área da saúde tem sido objeto de debate em diversos países, inclusive no Brasil. De acordo com Medeiros *et al* (2008), em um estudo comparado entre Ceará e Canadá, com relação à gestão pública por resultados, os autores destacam que o Canadá possui a melhor performance econômica entre os países do G8 (grupo composto pelos países mais industrializados do mundo). É considerado como modelo na busca do equilíbrio entre as virtudes da tradicional burocracia, espírito empresarial e da inovação. Para os autores “Este modelo de administração pública tem reputação invejável em todo o mundo pela sua qualidade, competência e autonomia. A cultura do serviço público canadense é pragmática e os níveis de corrupção muito baixos” (MEDEIROS, ROSA e NOGUEIRA, 2008, p. 7).

Em janeiro de 2004, o governo do Canadá criou uma Agência de Saúde Pública para a qual foi nomeado um Oficial de Saúde Pública (CPHO) como o principal profissional de saúde do governo canadense em relação à Saúde Pública. O Canadá não tem um único plano nacional de saúde, mas sim um programa nacional de seguro de saúde, que é operado por uma série de planos de seguro de saúde provinciais e territoriais interligados, os quais compartilham algumas características comuns e padrões básicos de cobertura. Cada província e território são responsáveis por determinar os seus próprios requisitos mínimos de residência em relação à elegibilidade de um indivíduo para benefícios ao abrigo do seu plano de seguro de saúde (HEALTH CANADÁ, 2014; CANADÁ, 1985).

A província de Ontário, localizada no sudeste do Canadá, prevê apoio aos trabalhadores da saúde ao longo de suas carreiras. Desta forma, o governo busca fornecer informações sobre algumas iniciativas em andamento que irão melhorar a

educação, o recrutamento e a retenção, e a estabilidade de outros provedores na força de trabalho da saúde tanto agora como no futuro. (ONTÁRIO 2009-2010).

Para Ferraz e Azevedo (2011) na maioria dos países há instabilidade e indecisões políticas, as fundações ideológicas de alguns partidos ou políticos não são sólidas e as decisões muitas vezes não são tomadas ao longo de linhas partidárias.

Santos (2009, p. 22-23) corrobora essa ideia no âmbito da administração pública brasileira, que qualifica como burocrática e patrimonialista, enfatizando que ainda é necessária uma longa trajetória para extirpar a corrupção e assegurar uma gestão democrática.

Portanto, um dos horizontes possíveis em que a administração pública brasileira poderia se mirar seria o modo de ocupação de cargos públicos em uma das províncias canadenses, no caso, a província de Ontário. A análise de processos e procedimentos operados pode trazer elementos que concorram para mudanças para melhor, ou seja, promovendo maior adequação em relação às responsabilidades correspondentes ao exercício do cargo, do desempenho dos ocupantes de cargos públicos do setor saúde no Brasil.

Dessa forma, esse artigo objetiva analisar a percepção de gestores de Ontário, província canadense, sobre a ocupação de cargos públicos de gestão na área da saúde.

2. Método

Trata-se de uma pesquisa qualitativa, descritiva, tendo como sujeitos gestores do setor público da saúde da província de Ontário, no Canadá. O organograma dos serviços públicos de saúde de Ontario é bastante complexo. No que se refere à ocupação dos cargos há quatro níveis hierárquicos: 1) cargos eleitos ou indicados politicamente (*Minister, Deputy Minister e os Assistants*); 2) cargos selecionados por um processo público no qual a avaliação é feita de acordo com o currículo e a trajetória

profissional; 3) cargos imediatamente subordinados a esse segundo nível; e 4) os cargos que executam a prestação de serviços assistenciais. Foram entrevistados os ocupantes de cargos de nível 3, uma vez que passam por um processo público de seleção.

Inicialmente foi realizada uma entrevista com um informante-chave, especialista canadense em políticas e saúde pública, que sugeriu os contatos de Ontário para as entrevistas. Na sequência, participaram do estudo quatro profissionais: uma diretora executiva de unidade de saúde (D.E.); uma supervisora administrativa saúde pública (S.A); uma chefe do departamento de doenças infecciosas (C.D.) e uma gestora de *Primary Health Care Master in Health* (G.S).

Os dados foram coletados por meio de entrevistas semi-estruturadas, gravadas via *Skype*, em 2015 e 2016, transcritas e sistematizadas. O material transcrito foi submetido à análise de conteúdo (AC) que, de acordo com Bardin (2004, p. 37), “é um conjunto de técnicas de análise das comunicações, visando obter, por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção destas mensagens”. A autora aponta três etapas: pré-análise, exploração do material e tratamento dos resultados e interpretação.

A primeira etapa é apontada por Bardin (2004) como a fase de organização da análise, na qual vários procedimentos podem ser utilizados, tais como: leitura flutuante, objetivos, hipóteses e elaboração de indicadores que possam fundamentar a interpretação. Na segunda etapa os dados podem ser codificados, e na última etapa é feita a categorização, que consiste na classificação por semelhanças e por diferenciação, denominação de subcategorias, com um reagrupamento posterior.

A pesquisa foi submetida e aprovada sob o nº 1475/2015 pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de São Paulo (CEP/UNIFESP).

3. Resultados

Todos os profissionais tinham mais de dez anos no cargo e pós-graduação na área da saúde. A seguir são apresentados os principais resultados obtidos a partir das entrevistas que foram sistematizadas em quatro categorias: 1,2,3,4.

Categoria 1: Recrutamento e processo seletivo público e transparente

Os entrevistados descreveram que no recrutamento e processo seletivo, a análise de currículo e entrevista se refere à forma no qual os candidatos podem se candidatar para determinada vaga divulgada, especialmente em jornais de grande circulação, como apontado pelos entrevistados.

Quadro 9. Subcategorias e extratos da categoria 1

SUBCATEGORIAS	EXTRATO
Divulgação da vaga e dos critérios	<p>Para posições executivas como ED ou CEO, sênior management (como diretores/as, ou coordenadoras/es ou profissionais, líderes de equipe) o recrutamento sempre inclui anúncio em jornais de grande distribuição, web sites dedicados a recrutamento, associações ou <i>networks</i> executivos. O Conselho Administrativo estabelece um comitê para a seleção liderado normalmente pelo Presidente do Conselho ou outro membro escolhido para essa função. (G.S)</p> <p>O comitê para a seleção tem critério para escolha e de seleção do candidato ideal (qualificações inclui educação, anos de experiência, competências, etc.) e dentro deste ponto de critério faz a triagem dos currículos e seleciona os candidatos para a entrevista. Normalmente seis candidatos top são escolhidos e muita vez dois finalistas – as vezes um - são escolhidos para uma segunda entrevista. O comitê delibera então os resultados, pondera sobre a entrevista e as respostas do candidato e define a decisão sobre o candidato escolhido/a. Se satisfeitos, verificam pelo menos três referencias (acadêmicas e de experiência normalmente) (G.S)</p> <p>A comissão ou comitê tem um líder – nomeado pelo Presidente do Board ou voluntariado ou confirmado pelos membros do comitê. Os comitês de seleção usam princípios democráticos para alcançar a decisão, facilitada pelos pontos de critério, aprovados por todos, e que guiam a decisão. O grupo decide se a decisão é por voto ou por consenso.</p>

	<p>[...]é posto em uma Web site, nos meios de comunicação, as pessoas mandam os currículos, e aí é feito uma seleção, (D.E)</p> <p>Cada posição que é publicada nos meios de comunicação, para o recrutamento, tem coisas simples que são anunciadas e publicas lá, e, portanto, cada um tem que responder a indicação, as experiências, as competências, de cada posição. (D.E)</p>
Triagem e análise de currículo	É de esperar que os concorrentes à posição sejam somente os que têm as habilitações e experiência indicadas no anúncio. Às vezes acontece que sejam recebidos currículos não adequados que não conformam com os requisitos e essas são desclassificadas logo no início do “screening” [...] (G.S)
Pré-entrevista e referências	[...]Análise de currículo para verificar qualificações e anos e âmbito de experiência, entrevistas que às vezes inclui uma pré-entrevista por telefone (G.S).
Entrevista	<p>Respondi a anúncio no jornal “The Toronto Star”. Fui selecionada para entrevista com o Board of Directors (Conselho Administrativo) da The Four Villages Community Health Centre. A entrevista foi conduzida por um painel de 5 membros do Board of Directors, chefiado pela Presidente do Board [...]. Não estou bem certa mas tenho uma ideia de terem mencionado que 60 candidatos tinham respondido ao anuncio. (G.S)</p> <p>Os trabalhos da união a gente têm que assinar um papel para entrevistar, pessoas da família nem amigos, se os nossos amigos pessoas da família quiserem fazer a entrevista, nós não podemos participar, nós temos que dizer não, nós não podemos fazer parte da entrevista, e fizemos uma lista de todas as pessoas novas, e é em ordem, de quem tem mais tempo, tem prioridade, a gente tem que considerar os primeiros. (C.D.)</p> <p>[...]cargo chefe, a gente assina um documento que a pessoa que a gente está entrevistando, a gente não conhece. (S.A)</p>
Agência de recrutamento e testes garante a adequada seleção	<p>Hoje em dia, e comum, a organização usar companhias ou consultores especializados/as em recrutamento executivo “head hunters”. Estes tratam do processo todo, mas trabalham sob a direção do comitê de recrutamento que foi estabelecido pelo Board of Directors – neste caso a função é “monitoria” o trabalho dos consultores head hunters para garantir que a seleção é de acordo com a diretiva e critério estabelecido pelo Board. (G.S)</p> <p>Alguns Comitês de Administração às vezes contratam consultores especiais para conduzir testes de Personalidade ou Inteligência Emocional ao candidato que está a ser considerado o ideal para a posição. (G.S)</p>

Categoria 2: Critérios específicos para assumir o cargo de gestão

No processo seletivo são definidos critérios para cargo de gestão, tais como: formação, conhecimento técnico, experiência e liderança, conforme relatos a seguir:

Quadro 10. Subcategorias e extratos da categoria 2

SUBCATEGORIAS	EXTRATO
Formação, conhecimento técnico e experiência	<p>O cargo de Chief é a única posição para a qual se exige a formação em Medicina. O ocupante desse cargo assessora o ministro. (D.E)</p> <p>[...]sendo do departamento de saúde pública, você tem que ter uma certa formação, se você não tiver aquela formação, você nem chega aquela entrevista (C.D)</p> <p>[...]vinte anos atrás, era possível que algum candidato fosse considerado por experiência dentro do ramo e reputação positiva dentro do setor. Mas hoje, não me recordo de um colega que não tenha um Mestrado de gestão como MBA, ou de gestão de saúde MHsc, ou de Public Administration, por exemplo. (G.S)</p> <p>Não acho que tenha que ser um único certificado ou diploma específico, mas no setor de que falo é essencial ter educação a nível de mestrado focando em gestão não da parte operativa (financeira, etc.) mas também relações humanas e sobretudo liderança – eu diferencio liderança de gestão – mas os dois devem estar juntos para ser bem-sucedido. (G.S)</p>
Liderança	<p>Ha sempre desafios, claro, pois este contexto de gestão é muito complexo, mas em geral todos estão capacitados para melhor ou pior saberem encontrar soluções. Na minha experiência pessoal, o sucesso de um líder e gestor depende muito da personalidade, autoconfiança, maturidade e sistema de crença da pessoa em relação à liderança. (G.S.)</p> <p>Não é suficiente ter as qualificações acadêmicas e anos de experiência se o incumbente não tem a capacidade pessoal de criar liderança a sua volta e envolver todos os membros das equipes de trabalho na solução e encontro de objetivos estratégicos. O sucesso acontece quando todos participam e eles próprios têm o controle da sua contribuição nesse sucesso. (G.S.)</p>

Categoria 3: Indicação, sindicato e financiamentos interferem na contratação

Esta categoria surgiu à medida que os gestores acharam imprescindível mencionar que assuntos políticos e administrativos tinham relação com as contratações e ações dos trabalhadores no início da nova jornada.

Quadro 11. Subcategorias e extratos da categoria 3

SUBCATEGORIAS	EXTRATO
Cargos indicados	[...]o ministro é uma escolha política, o ministro de saúde da província, mas não os demais empregados do ministério (D.E)
Apoio sindical	[...]não sei se aí no Brasil, tem sindicato, e o sindicato aqui no nosso departamento na cidade de Toronto, é um sindicato grande, e muito forte, tentamos admitir pessoas que trabalham no sindicato, é difícil, não é impossível, mas é difícil [...] uma pessoa que não é filiada a um sindicato na cidade de Toronto, o departamento nosso pode mandar embora sem ter razão. (S.A.) [...]nem todo mundo tem qualificação, e tem pessoas que trabalham muito bem, e outras que dão problema, acho que como em qualquer trabalho, e tem muitas pessoas conosco que são sindicalizadas, não é que a gente não pode contratar mandar embora, tem que ter mais caução, tem que ser bem documentado, uma pessoa filiada a um sindicato tem possibilidade de fazer o que elas querem, às vezes dá certo pra gente, dá certo pra pessoa que trabalha, mas o que às vezes é mais complicado é isso nem todo mundo trabalha da mesma maneira, uns fazem menos, outros mais. (S.A) [...]é um sistema, eu acho muito igual àqueles testes todos, a diferença, sendo um trabalho do sindicato, tem diferença sim, um trabalho que seja sindicalizado é diferente (S.A.) [...]eu mesmo contrato as pessoas para trabalhar para mim, mas como as pessoas que trabalham para mim são todas sindicalizadas sindicato, todas as pessoas que não são sindicalizadas, sindicato, é um pouquinho mais flexível [...]. (D.E.)
Financiamentos	A Província dá 75%, e quer que vocês façam inspeções em geral, nos restaurantes uma vez por semana, estou dando um exemplo, a gente que é da cidade de Toronto, é a maior cidade do Canadá, aqui tem certas flexibilidade vamos dizer, trabalhar na cidade de Toronto uma vez por semana não é suficiente, tem que trabalhar todos os dias [...] o porquê ele está fazendo isso, mas naquele

	<p>documento às vezes troca um pouquinho, mas tem que ser feito, aqueles 75% que vêm da Província, a Província exige certas coisas, tem certas flexibilidades que a gente, como eu estou dizendo não é só financeiramente, às vezes é muito político, o trabalho dele, ele tem que fazer as duas coisas, satisfazer as mandatórias da Província, mas ao mesmo tempo 25% do financiamento vêm da cidade de Toronto. (D.E.)</p> <p>[...] orçamentos insuficientes, inadequado calibre de gestão – mas não só – há que ter em conta também as pressões do Ministério de Saúde que impõe cotas de resultados sem contar com a complexidade dos casos dos clientes (doenças mentais, crônicas e os fatores socioeconômicas da doença) - um desequilíbrio entre a doença e a prevenção (G.S.)</p> <p>No meu setor, as remunerações para as posições de apoio ao trabalho do Executivo Diretor, tais como Diretor Clínico, Diretor de Programas, Recursos Humanos e Finanças são insuficientes ou a um nível inferior ao mercado. Isto afeta a capacidade de desenvolver internamente liderança, e causa imenso stress, por exemplo, quando em algumas posições com múltiplas funções (finanças/recursos humanos/tecnologia).</p>
--	--

Categoria 4: Gestão do trabalho em saúde

Esta categoria foi desenvolvida, tendo em vista que conforme relatos abaixo, a carga horária e tipos de contrato podem afetar a vida pessoal.

Quadro 12. Subcategorias e extratos da categoria 4

SUBCATEGORIAS	EXTRATO
Carga horária e tempo de empregabilidade	<p>Como direito são trinta e cinco horas por semana, mas isso é do sindicato, a gente também tem direito das mesmas horas, mas é muito mais, tem dia que cheguei aqui era seis e quinze da manhã, e sai só seis e pouco da noite. (S.A)</p> <p>A ideia eu acho que isso talvez no mundo inteiro, é quando você tem um trabalho no governo, tem mais estabilidade, e a chance de você ficar para o resto da vida, talvez mais fácil, do que um trabalho que não seja na área pública, mas ultimamente eu acho que essa ideia já passou você tem que trabalhar, tem que fazer seu trabalho certo (D.E)</p> <p>O gerente superior diz quanto tempo ele precisa para essa posição, desse cargo, não há instabilidade porque se o gerente superior é que decide quanto tempo</p>

	<p>ele precisará desde a data em que foi empregado, ele pode depois de certo tempo de contrato, interromper o contrato. (D.E)</p> <p>[...]pode ser despedida por várias razões, pode ter razão, pode não ter razão, a gente não tem os recursos, vamos dizer, alguma coisa aconteceu, vai ser despedida, não certamente, não tem chance, claro às vezes arruma um advogado, isso, aquilo, e quase sempre a cidade dá um pagamento, e a pessoa sai, mas quando é sindicalizada, é muito mais difícil. (S.A)</p> <p>[...]quando você entra para o departamento de saúde pública para a cidade de Toronto, esse é teu trabalho, é raro, não conheço nenhum que seja doutor, que tenha uma clínica privada. (D.E.)</p>
Avaliações de desempenho	<p>[...]o candidato selecionado terá um contrato que pode ser anual ou sujeito ou dependente do resultado da avaliação anual. (performance evaluation of the individual in the position) (G.S)</p> <p>[...]a avaliação é conduzida anualmente – em alguns casos um Board pode decidir conduzir de dois em dois anos, mas somente se é aceitável dentro dos requisitos de qualidade e padrões (G.S.)</p>
Desenvolvimento contínuo	<p>[...]um candidato começa que tem educação relevante, educação continua é importante pois esta é uma posição de liderança – é no interesse do incumbente manter níveis atualizados sobre gestão e liderança (cursos, conferencias, workshops, etc.) (G.S.)</p> <p>Os cursos quando são relativos aos trabalhos que você está fazendo, é tudo pago, mas também tem a oportunidade de te dar outros cursos que pode ser que não seja completamente relativo ao trabalho que você está fazendo, mesmo assim a cidade de Toronto ainda paga 75%, quando você passa nesse curso, quer dizer tem grandes oportunidades. (D.E.)</p>
Balanço pessoal de saúde	<p>[...] stress é um fato da vida. Na gestão é fundamental que haja ações que estimulem e criem um bom ambiente de trabalho, apreciação, satisfação pessoal etc. (G.S.)</p> <p>[...]se a pessoa não estiver bem de saúde, sendo do departamento de saúde pública, a ideia é você fica em casa, toma conta da sua saúde até você está bem e voltar (D.E.)</p> <p>No cargo de chefe tem pessoas que estavam trabalhando às vezes doze horas, ou mais, final de semana e tudo, tem aquele balanço pessoal de saúde, nós já estamos acostumadas a fazer isso, que as vezes nem dá conta, e com essas pessoas profissionais trabalhem com a gente ajudando as pessoas lá fora, e também ajuda as pessoas dentro, nas clínicas, colocando certas perguntas, se estava tudo bem, tem muitos recursos. (D.E.)</p>

4. Discussão

A análise revelou as seguintes categorias: 1) Recrutamento e processo seletivo público e transparente, 2) Critérios específicos para assumir o cargo de gestão, 3) Indicação, sindicato e financiamentos interferem na contratação, 4) Gestão do trabalho em saúde.

Recrutamento e processo seletivo público e transparente

As subcategorias encontradas nessa categoria foram: divulgação da vaga e dos critérios; triagem e análise de currículo; pré-entrevista e referências; entrevista; agência de recrutamento e testes.

Uma triagem começa com a especificação de requisitos de trabalho claros, uma vez que propostas de trabalho ambíguas atraem uma ampla gama de candidatos, muitos dos quais podem ou não ser qualificados para o trabalho. A contratação de empregados, *Hire employees*, é de importância fundamental para as empresas canadenses (CANADA, 2017).

Os gestores relatam que o poder público canadense recorre a empresas e a consultores especializados para garantir o recrutamento e a adequada seleção dos candidatos. Dentre elas está a Health Force Ontario, que ajuda a assegurar que Ontário tenha o número certo e a composição mais adequada de profissionais de saúde. (ONTÁRIO, 2008).

Santos (2009, p. 11) refere que isso não ocorre no Brasil, pois “a organização da burocracia no Brasil, desde seus primórdios, foi afetada pelo uso corriqueiro das contratações fora do sistema do mérito para posições ‘temporárias’ ou precárias, da burla do concurso público como forma de ingresso nos cargos e empregos permanentes”.

Cabe salientar que trabalhadores satisfeitos são os melhores representantes de relações públicas que uma organização pode ter, uma vez que, se eles apreciam seu trabalho, mais facilmente vão compartilhar essa informação. Funcionários satisfeitos tendem a conhecer e encaminhar outros que têm uma ética de trabalho semelhante (CANADÁ, 2017).

Critérios específicos para assumir o cargo de gestão

Os entrevistados deram ênfase à importância na formação, conhecimento técnico, experiência e liderança. Pierantoni *et al* (2004) salientam que as organizações estão exigindo novos patamares de qualificação, com maior escolaridade e mais polivalência.

O governo canadense disponibiliza uma Escola de Serviço Público (CANADÁ, 1991), que lidera a abordagem de aprendizado do governo, fornecendo um currículo comum e padronizado que apoie os servidores públicos através de transições chave de carreira, garantindo que eles estejam equipados para atender os canadenses com excelência. Os objetivos desta escola são:

- (a) incentivar o orgulho e a excelência no público, serviço e para promover em gerentes e outros servidores públicos, funcionários um senso dos propósitos, valores do serviço público;
- (b) ajudar a garantir que esses gerentes sejam criativos, consultivos, administrativos entre outras habilidades gerenciais e conhecimento necessários para desenvolver e implementar políticas, responder às mudanças, serviços e pessoal de forma eficiente, de forma fiável e equitativa;
- (c) ajudar os gerentes e outros empregados do serviço público a desenvolver relações de cooperação bem-sucedidas em todos os níveis, através da liderança, motivação, comunicações assertivas e o encorajamento de inovação, serviço de alta qualidade para o público e desenvolvimento de habilidades.

A Escola Canadense de Serviço Público desenvolve capacitação e treinamentos para aprimorar o conhecimento, aptidões e atitudes de seus servidores (MEDEIROS *et al.* 2008:11).

No Brasil, no nível federal, em 2003 foi criada a Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação da Saúde (SGTES), que assumiu a responsabilidade de formular políticas públicas orientadoras da gestão, formação e qualificação dos trabalhadores, bem como promover a regulação profissional na área da saúde no Brasil (BRASIL, 2003).

Por sua vez, no estado de São Paulo, os servidores do setor público da saúde contam com uma política de educação permanente em saúde coordenada pela Coordenadoria de Recursos Humanos – CRH, que integra o sistema de Administração de Pessoal do Estado (SÃO PAULO, 2017).

No município de São Paulo, foi criada em 1990 uma escola de formação para o SUS, iniciativa que se reproduziu em vários municípios brasileiros de grande porte.

Ferraz e Azevedo (2011, p. 82-83) mencionam que *“It is important to emphasize that leadership and management are complex concepts that are relevant to many different parts of the healthcare system, including the private and public sectors, healthcare facilities, district health offices and central ministries [...]”*, ou seja, a liderança e a gestão são conceitos complexos que são relevantes para muitas partes do sistema de saúde, incluindo os setores público e privado, os serviços de saúde, entre outros.

Indicação, influência de sindicato e financiamentos

Os entrevistados mencionaram que, com relação aos cargos indicados, apenas o cargo de Ministro da saúde era uma escolha política, os demais atendem os critérios pré-estabelecidos de seleção.

As contratações por meio de sindicato foram apontadas como um diferencial, uma vez que existem muitas entidades sindicais no Canadá. Os mais conhecidos são: *Canadian Union of Public Employees* (CUPE) fundado em 1963, quando o Sindicato Nacional de Funcionários Públicos (NUPE) e o Sindicato Nacional dos Funcionários do

Serviço Público (NUPSE) se uniram para formar o Sindicato dos Trabalhadores Públicos do Canadá. A luta por serviços de saúde pública de qualidade constitui a base para as ações dos mais de 2.300 sindicatos locais. (CUPE, 2017)

Todavia o *Ontário Public Service Employees Union* (OPSEU, 2017), fundado em 1911, sindicato de empregados do serviço público de Ontário, é um dos principais atores dos cuidados de saúde de Ontário, negociando contratos e tendo a experiência de trabalhar com muitos empregadores de cuidados de saúde e grupos de defesa para representar os interesses dos pacientes e dos trabalhadores.

Interessante notar que os trabalhadores da área da saúde também contam com um *site* no qual um programa rastreia todas organizações trabalhistas no Canadá, sendo possível saber informações tais como: organizações sindicais, incluindo afiliações, tamanho da associação, moradores locais e o presidente de cada organização (CANADÁ, 2015).

Nota-se que a negociação do tempo no cargo varia de acordo com a necessidade e capacidade de pagamento do gestor. Cabe ressaltar que os entrevistados apontaram que os trabalhadores filiados a um sindicato conseguem maior empregabilidade. Dessa forma, os trabalhadores da área da saúde de Ontário no Canada parecem validar a ação sindical como forma de manter a luta por seus direitos.

O Setor de Gerenciamento de Despesas apoia os ministros do Conselho do Tesouro, gerenciando e supervisionando gastos em todos os níveis de governo. Isso engloba todo o processo de planejamento e implementação para análise e desempenho (CANADÁ, 2001).

O Sistema de Gestão de Despesas provê os parâmetros para desenvolver e implementar os planos e prioridades de gastos do governo dentro dos limites estabelecidos pelo orçamento. O sistema foi concebido para garantir que todos os programas se concentrem nos resultados, proporcionem valor para os recursos arrecadados dos contribuintes e estejam alinhados com as prioridades e responsabilidades do governo (CANADÁ, 2001).

Gestão do trabalho em saúde

Esta categoria discorre sobre assuntos diversos relacionados ao cotidiano do trabalhador, abrangendo de forma geral o bem-estar no trabalho.

O Centro Canadense de Saúde e Segurança no Trabalho (CCHST), criado em 1978 pelo *Canadian Centre for Occupational Health and Safety Act*, deve promover o bem-estar total - saúde física, psicossocial e mental - dos trabalhadores canadenses, fornecendo informações, formação, educação, sistemas de gestão e soluções que apoiem programas de saúde, segurança e bem-estar; todos os canadenses têm direito fundamental a um ambiente de trabalho saudável e seguro.

Outro aspecto importante é que o governo do Canadá, por meio do *Management Accountability Framework*, é um referencial para a excelência em gestão, acompanhado de uma avaliação anual de práticas de gestão e desempenho na maioria dos departamentos e agências do Governo do Canadá. São estabelecidas as expectativas para práticas e desempenho saudáveis do gerenciamento do setor público, cujos principais objetivos são (CANADÁ, 2001):

- 1) Informar o Secretariado do Conselho do Tesouro do Canadá sobre o estado da implementação e práticas de políticas;
- 2) Apoiar a responsabilidade gerencial dos Vice-Ministros e Chefes de Agências, fornecendo informações sobre a capacidade de gestão de suas organizações;
- 3) Comunicar e rastrear o progresso nas prioridades de gerenciamento de todo o governo;
- 4) Obter uma visão organizacional e governamental do estado das práticas de gestão e desempenho, a fim de identificar áreas de força gerencial e áreas que exigem atenção;
- 5) Melhorar continuamente as capacidades de gestão, eficácia e eficiência em todo o governo.

Para Medeiros *et al.* (2008, p. 7-13) no “governo do Canadá, as pessoas, sua capacitação e propício ambiente de trabalho são vitais para assegurar o sucesso do serviço público no Canadá”. Outros elementos do modelo canadense são “serviço voltado para o cliente, uso de governo eletrônico, a aprendizagem contínua, o sistema

de mérito, o profissionalismo, o bom relacionamento com o governo, *accountability* e um bom sistema de informação”.

Entretanto, Ferraz e Azevedo (2011) apontam que na maioria dos países há instabilidade e indecisões políticas, inclusive no Brasil. Para os autores, alguns partidos são fortes, mas não necessariamente fiéis a uma determinada ideologia. Senadores, congressistas e executivos eleitos e nomeados têm suas próprias coalizões e interesses. Mencionam também que é justo dizer que os fundamentos ideológicos de alguns partidos ou políticos não são sólidos, e as decisões geralmente não são feitas ao longo das linhas partidárias.

“Brazil is currently a politically stable democracy. However, as in most developing nations, there is an element of political instability. Some parties are strong, yet not necessarily faithful to a given ideology. Senators, congressmen and elected and appointed executives have their own coalitions and interests. It is also fair to say that the ideological foundations of some parties or politicians are not rock solid, and decisions are often not made along party lines” (FERRAZ e AZEVEDO, 2011, p.82).

Pierantoni *et al.* (2004, p. 54) apontam “uma série de desafios no que se refere às questões da gestão do trabalho. Alguns já se acumulam ao longo dos anos, com destaques para a baixa remuneração e a motivação de equipes, a iniquidade distributiva da força de trabalho, desempenho e *accountability* insatisfatórias dos profissionais”.

Para o Ministério da Saúde (BRASIL, 2017) a gestão do trabalho em saúde trata das relações de trabalho a partir de uma concepção na qual a participação do trabalhador é fundamental para a efetividade e eficiência do Sistema Único de Saúde.

Dessa forma, o trabalhador é percebido como sujeito e agente transformador de seu ambiente e não apenas um mero recurso humano realizador de tarefas previamente estabelecidas pela administração local.

5. Considerações finais

O presente artigo teve como objetivo apontar como gestores do setor público da saúde da província de Ontário no Canadá percebem a contratação de cargos de gestão nas suas respectivas áreas de atuação.

Para os trabalhadores entrevistados, notou-se não haver diferenças significativas nas respostas, quer com relação ao processo seletivo, quer nas negociações com os sindicatos.

Os trabalhadores apontaram a importância do papel dos sindicatos como negociadores nas contratações, com predominância dos sindicatos cujos filiados são servidores públicos. Foi também assinalado o estabelecimento frequente de acordos em comum entre empregadores públicos e os sindicatos.

Importante ressaltar que neste estudo foi realizado apenas um pequeno recorte referente à temática de contratação de gestores na área da saúde. Desta forma, quaisquer conclusões apontadas aqui devem ser consideradas no contexto político local.

Os resultados revelaram que a transparência no recrutamento e seleção, apoio profissionalizante e negociações justas possibilitam melhores contratações de trabalho, oportunidade para equilíbrio pessoal e podem servir de modelo para outros países.

6. Referências

- AISTON, Ed; DICKSON, Kate; PREVISICH, Nick. *Essential functions of Canada's public health care system, decentralization, and tools for quality assurance: consistency through change in the Canadian health system*. Rev Panam Salud Publica, Washington, v. 8, n. 1-2, p. 24-25, ago. 2000.
- BARDIN, Laurence. *Análise de conteúdo*. 3. ed. Lisboa: Edições 70, 1977.
- BRASIL, *Gestão e Regulação do Trabalho em Saúde*. Ministério da Saúde, Brasília-DF, 2017. Disponível em: <<http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/o-ministerio/principal/secretarias/sgtes/sgtes-gestao-do-trabalho>> Acesso em 04 abr. 2017.
- _____, *Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde – SGTES*, Brasília-DF, 2003. Disponível em: <<http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/o-ministerio/principal/secretarias/sgtes>> Acesso em: 18 set 2017.
- CANADA, *Canada Health Act. Minister of Justice*, 1985. Disponível em: <<http://lwas.justice.gc.ca/PDF/C-6.pdf>>. Acesso em: 17 abr. 2017
- _____. *Canada Labour Code*. 2016. Disponível em: <<http://laws-lois.justice.gc.ca/PDF/L-2.pdf>> Acesso em: 18 set 2017.
- _____. *Canadian Centre for Occupational Health and Safety – CCOHS*, 2016. Disponível em: <<https://www.ccohs.ca/ccohs.html>> Acesso em: 18 set 2017
- _____. Employment and Social Development Canada. *Labour Organizations in Canada*. 2015. Disponível em: <<https://www.canada.ca/en/employment-social-development/services/collective-bargaining-data/labour-organizations.html>> Acesso em: 18 set 2017
- _____. Government of Canada. *Hire employess*, 2017. Disponível em: <https://www.jobbank.gc.ca/content_pieces-eng.do?cid=6483> Acesso em 18 set 2017.
- _____. Labour Relations, Divisão 4 - *Comissão de Relações de Trabalho e Emprego do Serviço Público*. 2003. Disponível em: <<http://laws-lois.justice.gc.ca/eng/acts/P-33.3/>> Acesso em: 17 abr. 2017.
- _____. Results for Canadians: A *Management Framework for the Government of Canada*. Treasury Board of Canada, Ottawa, Canada, 2001. Disponível em: <https://www.tbs-sct.gc.ca/report/res_can/siglist-eng.asp> Acesso em 18 set de 2017.
- _____. *Service Act, Canada School of Public SC 1991*, c 16, Disponível em: <<http://laws-lois.justice.gc.ca/eng/acts/C-10.13/>> Acesso em 17 abr. 2017.
- CUPE. *Canadian Union of Public Employees*. Ottawa/Ontário, 2017.

Disponível em: <<https://cupe.ca/health-care>> Acesso em 18 set de 2017.

FERRAZ, Marcos B.; AZEVEDO, Rafael T. *Ministers of Health: short-term tenure for long-term goals?*. Sao Paulo Medical Journal, v. 129, n. 2, p. 77-84, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1516-31802011000200005&script=sci_arttext&tlng> Acesso em 30 jan de 2018.

HEALTH CANADA. *About Health Canada*, 2014. <<http://www.hc-sc.gc.ca/ahc-asc/index-eng.php>> Acesso em 17 abr. 2017.

MEDEIROS, Ana. C.; ROSA, Antônio L. T.; NOGUEIRA, Cláudio A. G. *Gestão pública por resultados: uma análise comparativa entre os modelos do Ceará e do Canadá*. Encontro Economia do Ceará em Debate, v. 4, 2008.

OIT - Organização Internacional do Trabalho. *Sistema de Gestão da Segurança e saúde no Trabalho: Um Instrumento para uma melhoria contínua*. Primeira Edição, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_a,rttext&pid=S1981-77462009000300011> Acesso em 04 abr. 2017.

ONTÁRIO, Ministry of Health and Long-Term Care. 2008 Disponível em: <<http://www.health.gov.on.ca/en/pro/programs/>> Acesso em 04 abr. 2017.

_____, Health Workforce, *Planning and Regulatory Affairs Division*, 2009-2010. Disponível em: <<http://www.health.gov.on.ca/en/pro/progr>

<ams/hhrsd/other/>> Acesso em 30 jan de 2018.

OPSEU, Ontário Public Service, *Employees Union*, Ontário, 2017 Disponível em: <<https://opseu.org/about>> and <https://opseu.org/sites/default/files/ontarios_union_for_healthcare_workers.pdf> Acesso em: 18 set de 2017.

PIERANTONI, Célia R.; VARELLA, Thereza. C. & FRANÇA, Tania. Recursos humanos e gestão do trabalho em saúde: da teoria para a prática. In: BARROS, A. F. do R. (Org.) *Observatório de Recursos Humanos em Saúde no Brasil: estudos e análises*. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. p. 51-70.

SÃO PAULO. Secretaria da Saúde do Governo do Estado de São Paulo, *Coordenadoria de Recursos Humanos*, 2017. Disponível em: <<http://saude.sp.gov.br/coordenadoria-de-recursos-humanos/crh/apresentacao/apresentaca>> Acesso em 30 jan de 2018.

SANTOS, Luiz A. Burocracia profissional e a livre nomeação para cargos de confiança no Brasil e nos EUA, *Revista do serviço público*, Brasília, 60, v1, jan/mar 2009.

5.3 - Ocupação de cargos públicos na área de gestão em saúde em dois municípios de grande porte do estado de São Paulo.

Todos os doze entrevistados eram pós-graduados com formação para a função que estavam desenvolvendo no momento da entrevista, e também já tinham exercido cargos anteriores de gestão. Apenas dois dos entrevistados não eram servidores públicos, ou seja, haviam sido contratados por cargo de livre provimento.

Em M1 a graduação dos dirigentes, incluindo a gestão de RH era: 4 medicina, 1 psicologia, 1 enfermagem e 1 odontologia.

Em M2 a graduação dos dirigentes, incluindo a gestão de RH era: 2 medicina, 1 odontologia, 1 enfermagem e 1 Administração de empresas.

Dentre os doze entrevistados gênero e idade estão descritos, respectivamente, nos gráficos 3 e 4.

Gráfico 1 – Gênero autodeclarado dos entrevistados.

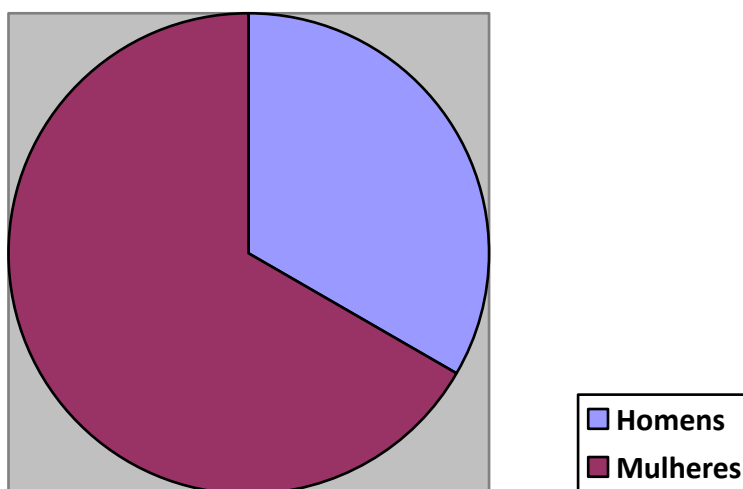
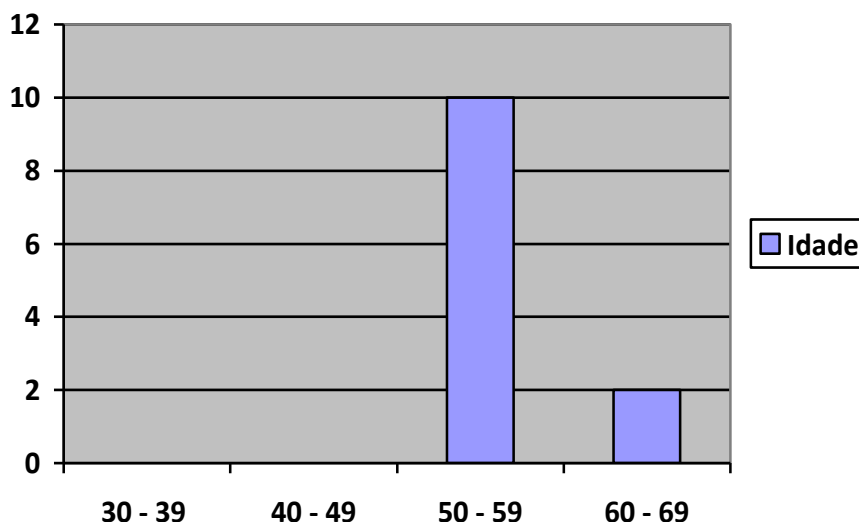


Gráfico 2 – Faixa etária dos entrevistados.



Ao final de cada encontro, diretores e gestores afirmaram que, anteriormente, não haviam sido entrevistados sobre os tópicos que essa pesquisa desenvolveu como objetivos.

De forma a garantir o anonimato dos entrevistados e da localização, fez-se um recorte das falas que mencionam nomes de pessoas, bairros ou outro termo que pudessem identificá-los. Procurou-se destacar em negrito as ideias centrais, que posteriormente ajudaram a organizar as subcategorias e categorias.

Segue, primeiramente, a transcrição de cada pergunta (grifos nossos) com as respectivas respostas dos diretores de M1 e M2 obtidas nas entrevistas.

1)Quantos e quais cargos de chefia e direção, sob sua gestão, são comissionados, ou seja, são ocupados por pessoas sem vínculo anterior com a SMS e quantos são ocupados por servidores da SMS?

A resposta dos dirigentes a esta questão foi apenas parcial, devido à grande quantidade de trabalhadores em seus diversos níveis de atenção. Tabelas foram obtidas nas páginas eletrônicas das duas secretarias municipais, e estão expostas como tabelas 4 e 5 no item 4.3 população.

2)Quais critérios são utilizados para ocupação dos cargos de chefia e direção sob sua gestão? Experiência anterior, formação profissional, tempo de serviço, entre outros.

D1M1 “Eu pedi para criar, eu chamei a minha assessoria, é o seguinte, eu quero um instrumento que permita eu tomar uma decisão de acordo, algum critério que não fique só nas minhas costas, entendeu, mesmo porque eu não gostaria que fosse assim, então o que tem aqui, se você dá uma olhada, tem aqui o nome do servidor, **a nota que o servidor tem, da nota é o chefe imediato dele [avaliação de desempenho], o tempo de serviço que ele tem o tempo em dias, o tempo de serviço em anos, o registro, início de exercício, se tem permanência em algum cargo, qual a carga dele atual**”.

D1M2 “[...] acho que tem a questão da habilidade, tem a questão da confiança, clareza do trabalho, mas que ele tenha a confiança né, que a gente tenha a confiança no trabalho dele, porque a questão do conhecimento depois também você vai trabalhando isso [...]pensando na população, pensando também na organização daquele serviço em relação ao próprio trabalhador”.

D2M1 “Os que são de servidores já tem a rubrica, tem que ser servidor, tem que ser da saúde, as vezes não, o cargo já tem uma rubrica **então servidor da saúde com nível universitário, às vezes com uma especialização**, ou não. [...]. É aberto, e em geral colocamos de acordo com a necessidade, mas o funcionário público também pode ocupar, por exemplo, eu tenho um que é do nível top DA12, é chefe de sessão, é servidora mais está ocupando o cargo que poderia utilizar por alguém de fora, mas eu estou preferindo utilizar para chefe de sessão de recursos humanos. [...] Ele também tem um acréscimo na remuneração”.

D2M2 “Confiança e principalmente, se ele tem algum perfil técnico para exercer esse cargo, eu acho que ai a gente olhava as duas coisas, o perfil técnico, dependendo da sua função é importante por que lá a gente tinha coordenações á nível de enfermagem coordenações de programas até mesmo de educação permanente [...] isso foi importante porque eu já conhecia e mantive aqueles que eu achei que tinha condições e tirei aqueles que não tinham condições [...] de acordo com minha necessidade que eu achei que precisaria de um apoio na minha gestão da coordenação”.

D3M1 “Os efetivos todos que estavam lá permaneceram, quem saiu nesse período, foi por aposentadoria, ou porque recebeu proposta para ir para outro lugar [...] Eu posso buscar alguém fora, por ela junto com essa que pessoa que sabe pra ela ser treinada, capacitada até ela conseguir ter condição de assumir [...] **então eu tenho sempre que balancear, a experiência da pessoa, e a questão do perfil**, é claro que nestes cargos como se tem só cinco, você procura dentro da rede quem possui esses atributos, e é isso que a gente vai buscar dentro, e é por isso que muda também o SUS é um lugar que forma as pessoas [...]”.

D3M2 “Capacidade técnica, experiência administrativa, conhecimento do território, habilidade de trabalhar em equipe, vontade de fazer disposição e disponibilidade de exercer aquela atividade especifica, bom relacionamento dentro da equipe. Eu acho que estão absolutamente empregadas, acho que você ter tudo aquilo que eu falei você tem que está algum tempo na rede para poder caminhar com tranquilidade para resolver o irresolvível através da inteligência emocional, dos conhecimentos que você adquiriu, de pessoas que fazem a diferença, eu acho que é muito no sentido do meu entendimento , absolutamente antiprivatista, entendimento que o estado tem que ser forte, para oferecer o serviço, e que nós não existimos sem a necessidade da população, todos os meus gerentes feita à consciência disso, que para eles existir precisava de uma população, e o motivo deles terem um salário real, deles crescer dentro da profissão, tinham que ser muito bem tratados, como se nós mesmos estivéssemos do outro lado da mesa”.

D4M1 “[...] a gente tem trabalhado uma linha de uma gestão mais horizontalizada. Então independente da formação da pessoa que é importante, se é médico, a gente tem tentado

trabalhar de uma forma mais horizontal, até pela necessidade mesmo porque a gente tinha menos pessoas, mas também por uma oportunidade de dar condições para as pessoas exercerem outras atividades, além da formação original e comunicação [...] Trabalhamos nessa lógica, independente da formação original, quanto que a pessoa pode agregar de valor, para o serviço e a gente vai estimulando e qualificando o funcionário para essas atividades [...] Tem uma outra lógica de trabalho aqui que é essa lógica mais inclusiva, de as pessoas estarem ajudando em outras possibilidades, lideranças [...] agrega um conhecimento que a gente não tem, um conhecimento da realidade de quem está nas ocupações, verdade temos trabalhado nessa lógica além da formação original a gente tem tentado ampliar esse leque de atuação das pessoas, além dessa questão mais clássica. Isso porque abre outras perspectivas, porque abre problemas e realidade do serviço público, ele tem uma estabilidade e não está muito atento a cultura da meritocracia, então isso por um lado de ter estabilidade em um momento de crise pode ser uma coisa tentadora, mas ao longo do prazo isso pode desestimular as pessoas porque ela fica naquela mesmice, não sabe no plano de cargos. E mesmo no plano é muito vinculado a tempo de serviço. Não tem muito a ver com o que você está desenvolvendo, com avaliações”.

D4M2 “Então nada objetivo, tudo muito subjetivo, porque a gente não tem um instrumento de avaliar, tem até um instrumento de avaliação, acho que foi global, só que caiu, porque eu tenho que ter dez, assim é um instrumento que ele próprio se faliu [...] então eu sempre tive esse olhar, aquela pessoa mais comunicativa dentro da unidade, que visse bem a informação que tivesse uma boa integração com a região, porque se ele vai ser meus olhos como ele não vai estar ligado à região, então e sempre consultando também outras pessoas, o secretário [...]”.

D5M1 “ [...] todos eles na minha gestão, todos eram pessoas concursadas, pessoas de carreira da secretaria municipal de saúde, e todos eles tinham que ter experiência comprovada de gestão, então eram pessoas com formação para isso, com estratégias, além da formação oficial, então pessoas que fizeram curso de gestão, ou mestrado, ou uma residência específica na área que ele coordenava, e com disponibilidade de tempo total, todos tinham formação específica na área de gestão, a gente também conseguiu fazer, fiz uma formação para eles, a gente tinha um espaço, do jeito que a gente trabalhava também um

espaço de formação entre o serviço, então a gente fazia reflexão sobre a prática, e tiveram formação também dessas pessoas, eles entraram em curso de formação de gestão [...]”.

D6M1 “Então quando a gente convida alguém pra ocupar um cargo né, em geral ou por uma **experiência anterior que a pessoas já tenha exercido algum cargo de chefia, de comando, de liderança, ou até muitas vezes pelo perfil da pessoa** que são pessoas que a gente conhece por alguma razão, por já ter trabalhado junto [...] qual é o perfil da pessoa mesmo e identificando que aquela pessoa teria um perfil pra exercer um cargo de chefia, específico para algum serviço ou para alguma supervisão de saúde [...]”.

3)Os ocupantes dos cargos de chefia e direção sob sua gestão são escolhidos por indicação, processo seletivo público, plano de carreira ou outra modalidade de seleção?

D1M1 “Normalmente eu prefiro que chamam pessoas que são do cargo da carreira, porque conhece a máquina, conhece tudo daqui de dentro, entendeu, eu trazer uma pessoa de fora, primeiro, alguém vai ter que me indicar, porque eu não conhece pessoas daí por de fora, não sei o que essa pessoa representa em confiabilidade, conhecimento, desses critérios, **então primeiro é de casa, do serviço público [...]**”.

D1M2 “É aqui nós somos todos, é os cargos que eu tinha não eram de livre provimento então eu tinha que escolher alguém concursado né, é o que você está falando hoje a gente ainda não tem de carreira aqui né, mas eu não tinha a oportunidade de escolher alguém fora do curso, isso vinha pelo próprio gabinete, então as vezes vinha algumas pessoas indicadas e de outras secretarias é indicada por cargos comissionados e ai então a gente fazia este, essa ponte ai com o gabinete. **Eu não tinha essa autonomia [para indicar alguém comissionado,** não tinha tá, eu tinha na equipe por exemplo eu tinha uma funcionária uma assistente social excelente e ela era indicação de um vereador [...] as vezes porque você perde pessoas excelentes e ao mesmo tempo que no concurso as vezes tem pessoas que não são tão envolvidas porque ainda tem um pouco aquele estigma a eu sou funcionário público infelizmente assim como tem muita pessoa boa em instituição privada e públicas também tem outras pessoas que as vezes precisa”.

D2M1 “Tem plano de carreira da saúde, para o município todo, para um cargo específico ele não tem, mas o município tem um plano de carreira que independe de cargo, ele é de tempo de serviço, de especialização do funcionário, de qualificação técnica com promoção agora regular. É bem recente essa nova carreira, **os cargos são agora de indicação, conforme eu te falei, conforme a qualificação técnica da pessoa e a proximidade com o projeto da administração atual.**”

D2M2 “Não os comissionados eu nunca coloquei como um apoio direto meu, **comissionados não, porque os comissionados aqui da prefeitura são indicações políticas**, por mais que você tenha proximidade à gente não sabe o nível de envolvimento de cada um deles tem, porque não foi uma coisa espontânea deles, foi uma coisa imposta para que eles fossem fazer isso, então tinha funcionários que correspondiam muito bem a isso, outros também se interessavam, iam lá enrolavam, arrumavam confusões, são os comissionados, então nós tínhamos muita dificuldade de trabalhar com os comissionados porque eles não eram comissionados, igual à gente tinha não, foram mandando para gente poder trabalhar, então tinha comissionados com formação desde o nível secundário até comissionados com formação de nível superior, de pós-graduação também, **então você via perfil de cada um [...]** teve comissionados com perfil até um pouco de nível superior que não fazia de jeito nenhum trabalha de rua, então a gente respeitava, eu não quero, eu não tenho perfil, não gosto de fazer isso, então está bom [...] mais eu nunca peguei alguém dos comissionados a cargo nível de confiança, minha não, só mesmo na distribuição das tarefas, que a gente via o perfil, que a gente ia distribuindo desta forma”.

D3M1 “Poderiam, para todos os cargos de chefia, todos eles sabem, todos que ocupam esse cargo de chefia, eles sabem que quando tem uma mudança de gestão o cargo deles, eles não colocam, não vi, eu tinha o maior desejo que todos chegassem e falassem olha está aqui os cargos, como a minha assessoria fez, esses aqui todos empregados. Não **porque tem todo mês, são nomeados, tem uma lista, é publicado em diário oficial [...]** depois de um tempo, ela foi, aí a nova coordenadora nomeou a pessoa escolheu entre os que ali estavam para assumir. São raras exceções, **teve várias nomeações**, ou quando a pessoa incorpora o cargo, aí ela continua respondendo pela função, aí você nomeia outra pessoa”.

D4M1 “Quando eu cheguei aqui parte das pessoas já estavam aqui, então em um primeiro momento eu não mexi com ninguém. Ao longo do tempo **a gente foi avaliando aquelas que tinham perfil ficaram e as que tinham perfil para outras funções foram para outras áreas ao longo do tempo, e foram para outras coordenadorias, porque desligar a gente não desliga**, pessoas que não se adaptavam a essa forma de trabalho. Eu mesmo indicar não, porque eu não vim da prefeitura eu não conhecia muitas pessoas, e a gente vai avaliando ao longo do tempo. [...] difícil para a mentalidade do serviço público entender que existem outras formas de gestão de pessoas, você pensa primeiro é formatado eu sou médica então é medica minha área de atuação e normalmente eu sou um bom administrador porque eu sou médico, e se eu for um médico bonzinho, seria um bom administrador, o que não tem nada a ver, segundo que tem uma questão cultural pesada, de nível superior, existe castas ainda, difícil achar que uma pessoa de nível médio pode ter uma atuação diferente. Isso cria um mal-estar para a cultura da instituição e esse crescimento lateral é uma coisa que as pessoas não estão habituadas, se você é da saúde mental é da saúde mental, se você é da bucal é da bucal, aí quando você fala que a bucal poderia discutir um pouco a questão social aí gera um problema porque as pessoas são fragmentadas no conhecimento”.

D4M2 “**Todos servidores públicos a gente nunca indicou ninguém que não tivesse sido concursado, nunca foi fora disso não, foram todos concursados**”.

D5M1 “[...] e que todos fizeram metodologia de aprendizagem, e de educação permanente de saúde, então esses eram os critérios, ser da rede, ser concursadas e ter formação específica para o cargo que ocupar, além disso, um investimento no período dos quatro anos em várias ferramentas de gestão, em várias coisas que a gente foi fazendo juntos, eu e eles. São concursados, servidores”.

D6M1 “**Não é tudo por indicação mesmo, não existe por plano de carreira não se escolhe, não tem essa modalidade né, por seleção também a gente não faz uma seleção pra escolher, o máximo que é feito é uma entrevista com o candidato, e pra poder vê né conversar um pouquinho, quais as habilidades que ele vai ter que ter pra desempenhar aquele cargo**, a disponibilidade dele em exercer aquele cargo, então é uma entrevista na verdade, mas é por indicação ela não tem uma seleção pública vamos dizer assim, como um concurso público ou uma seleção pública para a escolha desses cargos. [...] Aqui a gente ou às

vezes alguém indica, fala olha tem uma pessoa legal que podia exercer ou a gente mesmo conhece, chama pra uma entrevista e agora em alguns locais, isso não aconteceu aqui na minha gestão pelo menos, mas a gente sabe que em muitos locais também tem uma indicação política, nessa gestão na minha região não houve nenhum dos cargos que eu indiquei foi por indicação política [...] **nessa gestão não aconteceu, agora eu sei de muitas indicações que já ocorreram em outras gestões em outras administrações, de outros prefeitos em que houve sim indicação política, e elas foram aceitas, então mais, eu estou falando da minha gestão desses quatro anos**".

4) Como avalia o modo de ocupação dos cargos de direção/chefia do setor público de saúde?

D1M1 "Eu avalio assim, na saúde, **nós temos basicamente, maioria absoluta, são pessoas de carreira, porque ainda bem que é assim na saúde**, que você evita o fator político entrar muito diretamente nele, por exemplo, eu recebi dezenas de pessoas aqui, com indicação política, olha, sabe qual é o problema a saúde pública, junta técnica, não dá para ser só política, então já descartava de cara, e o cara já entendia, **não dá pra eu colocar na direção de um pronto socorro, uma pessoa só porque ela é politicamente fechada, ele tem que saber a hora que tem que atua**, e a equipe, ele precisa entender para a equipe colocar ele lá de marionete, esse cargo aqui mesmo [...].

D1M2 "Então eu já trabalhei em local privado e estranhei muito quando eu vim pro serviço público né, porque é as pessoas parece que as vezes acha assim eu sou funcionário público nunca vou ser demitido é eu posso fazer o que eu quiser e eu acho que não é assim né, **a atitude que eu tinha na instituição privada é a mesma que eu tenho hoje na instituição pública, o respeito, cumprimento de metas, de horários, a forma de atendimento, a forma de me relacionar, é a mesma**, então agente entendendo dessa forma eu sempre tentei colocar isso, não só nas palavras mas nos atos né, porque não adianta eu falar pra você olha tem que cumprir seu horário se eu não cumpro o meu é então **sempre procurei dar exemplos bons pra pessoas que trabalhavam comigo [...] não é fácil acho que ser gestor hoje é um desafio muito grande** é agente lida com coisas assim no privado parece que as coisas são muito mais

tranquilidade né, você é tem é a possibilidade de materiais em suma acho que com mais tranquilidade né, então entendeu então assim procurava tinha alguns gestores que eu falava nossa mais está difícil [...]”.

D2M1 “Eu avalio que em parte já existem cargos com mais especificidade que direcionam para um determinado trabalho, por exemplo a vigilância de saúde pública, tem gente com mais informação para isso, e experiência [...] **Eu acho que tem um nível de cargos que tem que ser de confiança, para ingresso na prefeitura, tem que ter concurso**, por exemplo quero contratar um psicóloga na unidade, ou quero contratar um médico, aí tem que ter concurso, depois que ingressou aí você indica conforme a experiência”.

D2M2 “No Brasil tá, eu acho que existe os cargos que tem necessidade de ser cargo de carreira, **eu acho que seria extremamente interessante uns cargos de direção precisaria ser cargo de carreira, porque isso traz certo conhecimento**, certa bagagem para aquela pessoa que chegou a um cargo de direção tenha noção daquilo que ele vai mexer lógico a gente sabe que os cargos mais superiores, a **nível de secretários, a nível até mesmo de algumas situações, ai não tem jeito, tem que ser indicação do gestor local**, seja prefeito, governador, presidente para que ele possa ter uma equipe na qual, ele confie, para ele poder fazer gestão, porque ele tem que entrar com pessoas que ele conhece, sabe da capacidade, mais alguns cargos a nível de coordenação alguns cargos de gerencia, **alguns cargos assim acho que é fundamental, cargos de carreira, acho que não da pra ser de indicação**”.

D3M2 “Então aí eu acho que eu tenho alguns entendimentos que fogem ao habitual, por exemplo, **todos são contra nepotismo, mais ninguém conhece melhor, por exemplo, seu filho, seu sobrinho, quando ele é bem na sua profissão, eu acho que isso não pode ser um impedimento para exercer um cargo público para compor a sua equipe [...]**, existe uma legislação a respeito do nepotismo então isso é um entendimento, porque **você pegar um funcionário de carreira só porque ele é funcionário de carreira, eu não acredito na meritocracia, burocracia pura, mais eu acredito na meritocracia, eu acho que ela vem com outros corolários, experiência de vida, inserção social, inclusão social, acho que tem mais algumas outras coisas [...]**.

D3M1 “Eu acho que quando ele está combinado, entre você ter naquele local pessoas que tem um determinado perfil, **eu preciso daquele perfil, pra que a ação ocorra, eu acho que é correto eu ter esses comissionados pra que eu possa desenvolver isso**, é um passo que também, os outros cargos de chefia de setor, gerente de unidade, todos esses cargos eu encontro as pessoas eu posso buscar na rede, mas nem todas as pessoas da rede, muitas vezes não aceitam vim para o cargo, à gente também sobre com esse problema, você convidar e a pessoa achar que não é vantajoso pra ela assumir tamanha responsabilidade, que você não pode parar então ter esses cargos comissionados eu não vejo nenhum problema, **desde que ele esteja muito bem especificado, que é atribuição a fazeres, e saber que ele é temporário, naquele momento pra aquela função**. Eu não vejo isso um conflito, para mim isso é muito fácil falar, porque eu entrei comissionada [...]”.

D4M1 “Acho que **é bastante defasado** o que se pensa hoje no mercado e o que se tem no serviço público, a gente está uns dez, quinze anos descompassados. Não estou dizendo que a gestão tenha que seguir a lógica da iniciativa privada, do mercado. Mas não podemos ser tão prepotentes de achar que o serviço público está acima do bem e do mal. **A gente poderia estar mais atendida em técnicas de gestão**, coisa que não tem [...] O serviço público tem muita dificuldade de lidar com o foco no usuário sem o lucro, mas tem o foco do lucro social, mas não trabalhamos com indicadores e meta tem muita dificuldade do planejamento estratégico do serviço público. Então o serviço público, hoje ele tem muita dificuldade de formar gestor, a gente forma em andamento, digamos assim, você não tem, a gente foi trabalhando e passando as ideias, mas é flagrante. O serviço público tem muita dificuldade de criar gestor e você pode ver que a grande maioria dos secretários de saúde com exceções, eles são indicações puramente política, grandes partes desses novos, especialmente os novos que estão entrando agora no Brasil nunca pisaram em um equipamento público. São pessoas que teoricamente vão gerir e dar o tom para a saúde de determinado município, a pessoa não sabe o que é SUS, as limitações os avanços, as ameaças, as conquistas, não tem a mínima ideia o que é trabalhar no setor público. Não sabe direito público não sabe gestão pública, **enfim é o SUS que a gente tem então são dois problemas, um é o financiamento, e o outro é a gestão que realmente é falha na minha opinião [...]** mas um olhar de planejamento para o território, nunca teve, **é grave a situação porque as vezes as pessoas têm a dificuldade de fazer a gestão** do sistema de saúde o planejamento [...] Então eu acho que é essa concepção de território, dentro de um sistema de saúde que não é só municipal faz parte do planejamento, vamos construir um

hospital, está, mas, até porque é bonito inaugura construir tudo mais e, acho que falta um pouco disso, por essa insuficiência de formação de gestor as pessoas se formam ao longo da vida e você vê que o trabalho e o território têm mais a ver com a pessoa, do que com o processo de planejamento intitulado, independente da pessoa”.

D4M2 “Então a gente fez várias experiências, aplica uma prova, é isso que eu te falo, **a gente sempre governou pelo desempenho das pessoas, pelos talentos**, pelas manifestações, eu posso fazer uma prova tirar dez na prova, e posso entrar em uma unidade e não conseguir falar com o meu usuário dar explicação para ele do porquê que aquilo não tá acontecendo, então dizia para os gerentes você tem que dizer não sem usar a palavra não, então você tem que ter toda essa manobra de linguística de conversar de sensibilizar, de colaborar de ajudar, **acho que a própria escrita simplesmente ou uma entrevista, não demonstra isso, então o dia a dia tem que ter, eu acho, pode ter até um banco de dados, interesses de pessoas, mais você só conhece o gerente ele executando no dia a dia**”.

D5M1 “Então, **eu acho que existem como eu vou dizer muitas contradições** o jeito de fazer isso, eu acho que tem muito cargo que ele é colocado por questões políticas, por questões, outras de proximidade, que as pessoas às vezes não tem formação para ocupar o cargo que estão então eu acho que uma das coisas mais importante seria isso, a pessoa ter formação, **e eu sinto falta de uma carreira do SUS, então é muito estranho às pessoas terem uma formação grande, uma experiência grande de gestão, e elas não poderem crescer nisso**, então, por exemplo, agora eu volto a exercer um cargo de médica que é o meu cargo de concurso, e se a gente tivesse uma carreira do SUS que pensasse um pouco nesse espaço de gestão, as pessoas estão aqui que trabalham com vigilância há muitos anos, elas tinham que ter uma carreira que essa experiência da gestão, da formação, que ela fosse contando uma construção de carreira mesmo, **não dependendo de cada gestão política, de ocupação com outros critérios, existe certa perseguição para quem ocupa alguns cargos mais importantes [...]**”.

D6M1 “Então eu acho que esses cargos eles tem que ser realmente de **pessoas que tenha uma qualificação técnica primeiro, em primeiro lugar, e que tenha uma habilidade política, não política partidária, mas política no sentido de poder discutir as questões com a população**, com os trabalhadores, com as lideranças né, enfim, que tenha essa

habilidade, um pouco esse jogo de cintura, esse manejo político, não partidário, mas político [...] e ter competência e um conhecimento técnico do que ela vai fazer ali [...] o conhecimento do território é fundamental [...] então conhecendo o território também é uma das questões eu entendo que fundamentais pra indicação ou pra seleção, desse gestor, dessa chefia, então é se você fizer isso por concurso, tudo bem você poderia pontua isso como habilidades né, conhecimento do território, podia ganhar uma pontuação, habilidade técnica, também Daria uma Pontuação por uma prova, por exemplo, mais e a habilidade política né, como que você iria pontua né, como você iria avaliar né, talvez não saiba por questões de dinâmicas, de grupo, mas eu **também não acho que o cargo de chefia tem que ser permanentes** né, por que se eu fizer um concurso essa pessoa ficara nesse cargo permanentemente, e às vezes a conjuntura diz que você tem que mudar as pessoas do cargo né, a conjuntura te obriga né, então acho muito difícil fazer esse tipo, ocupa esse tipo de cargo, com concurso público, ou seleção, publica desse tipo que costuma se fazer enquanto pra ocupar cargo técnico né, ai tudo bem, ai tem que ser por concurso público, ou seleção pública mesmo, agora pra cargo de gestão, não acho que tenha que ser assim”.

5)Em sua opinião, quais seriam a formação/o perfil/as competências adequadas ao exercício dos cargos de direção/chefia no setor público de saúde?

D1M1 “Eu acho que é assim, se for na unidade básica de saúde, a pessoa tem que ter primeiro, sensibilidade, **a primeira coisa que tem que ter é sensibilidade para poder enxergar as pessoas que procuram ela [...]**tem que ter **competência**, principalmente competência de articulação, a coisa que eu mais aprendi na minha vida profissional, que não foi o banco da escola que me ensinou quem mais sabe articular, tem mais **competência de administrar**, porque eu não preciso saber, eu preciso saber procurar quem sabe, se eu sei procurar quem sabe, **eu resolvo meu problema, eu tenho que usar meu poder, para fazer articulação**, e esse poder não precisa ser um poder de obrigação, mais tem que ser um poder de convencimento”.

D1M2 “Eu acho que quando ele tem é a formação técnica né agente discutiu isso um pouco [...] ele achava que isso tinha uma seria mais fácil as pessoas entenderem um pouco mais é **a gente foi indicando pessoas da área de saúde formação técnica em saúde** e a gente teve

oportunidade de indicar pessoas boas na área administrativa tinha uma formação de administração e agente foi se surpreendendo né, exatamente por essas questões que a agente ta falando eu acho que hoje o serviço público não dá pra você ter uma competência especifica de administração eu sou administrador eu acho que tem que gerenciar um pouquinho a questão humanitária também a gente foi vendo um pouco isso no dia a dia não basta você saber é todas as questões técnicas e administrativas se você não tiver um pouco abertura pra questão da humanização mesmo né, do setor do serviço das relações é difícil ponderar isso então a o que, que é qual a competência [...] entre a equipe e os usuários e ai então assim pra que a gente está aqui mesmo né nossa equipe então parecia que tinha uma diversidade né então o serviço estava pra que porque o usuário não era a coisa mais importante pra dentro do serviço, então assim se você me perguntar que competência mais especifica **eu acho que tem a questão de sim do conhecimento de administração, de gestão de pessoas, de gestão de conflitos, mas eu acho que é uma somatória muito grande** tudo isso pra dizer pra você especificamente ele tem que ter um nível universitário porque hoje também tinha isso a gente não indicava se não tivesse um nível universitário acho que isso não sei se agora caiu nessa gestão, mas eu sei que tem algumas pessoas também da área administrativa que estão sendo indicadas como gerente já contrariando aquela coisa inicial que a gente tinha que era só as pessoas formadas ai com ligações especificas na área da saúde”.

D2M1 “Uma coisa é gestão outra coisa é assistência, se você não separar isso da confusão. Por exemplo, contrata um médico para assistir, passou no concurso, ele vai para aquele cargo que ele escolheu e vai ser médico. Mas quando você passa para gestão dependendo do nível de gestão é outra coisa, **tem que ser uma pessoa que tenha qualificação e seja de sua confiança, se a pessoa não responder você troca. É muito mais uma avaliação de desempenho qualitativa.** Se tem um sistema para ficar comigo em um cargo de confiança mais não deu certo você troca. São funcionários que já estão concursados você não fica trocando [...] A gente mexe nos seus assistentes diretos, esses é que tem essa condição de confiança expertise, mas pode pisar na bola, assim como eu também, subordinado ao secretário se ele achar que eu não sou bom ele troca”.

D2M2 “O serviço público ele é assim, às vezes você tem uma pessoa que é altamente gabaritada, uma pessoa que faz, estuda bastante, tem uma série de situações que teoricamente seria ótimo funcionário, mais quando você põe pra pratica do serviço público, ele é diferente,

talvez, às vezes ele teria o perfil ideal para a iniciativa privada, mais quando você traz ele para o perfil público ele não corresponde na forma que você imagina [...] a gente tem funcionários que saem do serviço público, do serviço privado e vem trabalhar no público, e eles levam um certo tempo até poder acostumar, o serviço público ele também tem uma certa diferença em relação ao seu dinamismo de trabalho, eu acho que na iniciativa privada aquilo que é decidido, as decisões para você colocar em pratica é muito mais rápido, o serviço público é demorado porque dependendo daquilo que você faz [...].

D3M1 “Eu acho que em todas as profissões, qualquer pessoa, acho que todas as profissões, qualquer profissão dessas pode assumir um cargo de chefia, o **que é necessário, fundamental, é que a pessoa saiba o que é o sistema único de saúde, ela tem que compreender estudar, e estar de acordo com esse sistema**, pra que ela possa ocupar neste lugar essa atribuição, porque se ela não tiver de acordo com esse sistema, dificilmente ela vai compreender e conseguir executar, não é uma tarefa fácil, todos esses cargos de chefia, envolve muito compromisso [...] a pessoa tem que ter compromisso com o SUS, ela tem que defender esse sistema pra que ela possa desempenhar de acordo [...].

D3M2 “Eu acho que deveria existir, **deveria ser exigida a formação acadêmica para gestão pública** isso eu tenho certeza, mais não é a nossa realidade, então a gente tem que garimpar de outra forma, nós tentamos nessas últimas gestões caminhar para isso, mais não andou porque foi exatamente o tempo que os recursos começaram a andar, fugir das nossas mãos, e tinha que dá conta do miudinho, os incêndios diários, nunca tem gente suficiente, e ai demora tanto tempo para escolher um curso que se adeque a necessidade do orçamento, mais eu acho que sim, para cursos de direção, primeiro escalão de governo, tem que ter gestão pública função do estado, é assim, ai vai ser escolhido de acordo com o entendimento de cada governo. [...]. Desde que tenha **competência comprovada**, eu acho que se você tiver uma formação acadêmica, facilita sua vida no trabalho, claro que **você vai ter sempre que se apropriar da especificidade daquele lugar, daquele território, daquela secretaria, das pessoas que estão no comando.**

D4M1 “A pessoa tem que ter pelo menos um curso teórico vivenciado, não apenas a pessoa estudar na teoria, mas tipo uma coisa vivenciada, uma roda de conversa uma educação de gestão, acho que tem uma parte que a tecnologia não tem como, você tem que saber. Se você

vai planejar um território você tem que saber aonde eu quero chegar, qual o caminho, a estratégia, objetivo, se o cenário é favorável, quais as ameaças, quais as oportunidades, isso não tem como isso se aplica ao serviço público e se você não tiver esse conhecimento você leva uma desvantagem, no planejamento [...] O problema é que os cursos relacionados a gestão pública geralmente, eles tem uma forte conotação de sistema único de saúde, e faz o curso mais 60% são sobre o SUS, princípios, avanços, a pessoa vai com a expectativa de aprender gestão porém, a gestão mesmo é de 10 a 20% do curso, 70 a 80% sistema único de saúde, uma roda de conversa, ideias, mas uma vez aquelas ferramentas de gestão fica uma coisa menor, o importante é falar do sistema único de saúde, só que não fala que para o SUS ser viável, se você não tiver ferramentas de gestão e financeira, ele não vai. É o que está acontecendo hoje, o financiamento já é pequeno [...] **Entender um pouco de gestão de pessoas, e não somente a gestão legal trabalhista, mas essa relação como se lida com o funcionário, é o tempo todo verticalizado ou não, como se lidera uma equipe, como se motiva**, enfim a pessoa tem que ter um pouco de conhecimento, sem isso fica difícil discutir, o conhecimento ele é importante uma base teórica [...] **Todo mundo deveria que ter uma boa gestão pública, uma gestão de planejamento, isso é fundamental**, quando você tem é impressionante a vantagem que você leva, com relação aos demais, é visível, é flagrante, que você tem, isso é uma falha no serviço público, os gestores não tem visão de planejamento. Eles vão muita na raça, sou amante do SUS [...] Começamos a chamar os funcionários, para pensar juntos, se sentirem responsáveis, mais não é o habitual, o normal é 3 ou mais diretores que acham que tem o conhecimento acima da média e decidem, e o funcionário precisa cumprir”.

D4M2 “Então eu acho que a pessoa principalmente que está no cargo setor público, ela vai lidar com o usuário, com os profissionais, com as pessoas, ele é prestador, continua sendo prestador, só que ele vai ter que mais delegar confiar [...] e a equipe fica reprimida quando você tem um gerente centralizador, então **você tem que ter esse gerente que envolva toda equipe da unidade para fazer o trabalho, eu acho que a empatia**, a pessoa tem que ter empatia”.

D5M1 “Existe, eu acho que a gente tem que ter um perfil de competência definido, até para você avaliar **o jeito que a pessoa trabalha perfil de competência onde a gente pensa quais as habilidades, o que é necessário para isso, eu acho que todo gestor tinha que ter três perfis de competências específicos, um perfil da gestão propriamente dita, planejamento, organização, organização de políticas públicas**, essa é uma competência necessária,

também acho que o gestor tem que ter um perfil de competência, que é um perfil de competência educacional, ou seja, ele tem que saber trabalhar na linha da educação permanente em saúde, pensando na articulação, encontro entre os profissionais, trabalhadores, usuários, os próprios gestores, então que se pense um pouco como se faz isso, para isso ter a capacidade educacional também, e pensar em estudos [...] então acho que o gestor tem que ser competente na área da gestão, na área educacional e na área do cuidado da assistência, e ter formação para isso, quanto mais formação melhor, e se puder fazer isso em serviço também acho que é bem importante ter esse espaço na educação permanente”.

D6M1 “**Eu acho primeiro que tem que ser profissionais obviamente da saúde**, então não acho que tem que ser categoria A ou B, médicos, enfermeiros, ou assistente social, tanto faz desde que essa pessoa tenha alguma especialização, alguma pós graduação em saúde coletiva porque eu acho que isso influi bastante no modo, até no conhecimento técnico, no modo de gerenciar o serviço [...] , as habilidades que a gente já comentou aqui agora não avalia o que tem que ser esta ou aquela categoria profissional agora **acho importante que seja uma pessoa com uma formação na área de saúde ou na área de administração**, existe uma formação em administração hospitalar, ou agora na faculdade de saúde pública tem curso de gestão em saúde.”

6)As características sócio-econômicas da região, na qual está situado o serviço que dirige/chefia, influíram de algum modo no processo de seleção/indicação para os cargos de chefia e direção sob sua gestão?

D1M1 “[...] eu colocaria uma pessoa que tivesse identificação com aquela população, gostaria que ele fosse competente, mas se não tiver essa competência, provavelmente eu priorizaria a questão da classe social dele para poder colocar, porque eu sei que isso tem uma questão fundamental maneira de agir os almofadinhas, e alguns almofadinhas, eles não dão conta, não é porque que não querem, eles não tem a competência da vida para isso. [...] então a visão de vida que nós temos, é aprendida com a sociedade também, e **com a sociedade que eles têm que conviver, então é isso, não temos uma formula mágica, outra coisa, desculpa se você é da academia, a academia não dá conta**”.

D1M2 “Olha então acho que na indicação agente sempre pensou assim no perfil da pessoa que você ia indicada pra determinada unidade, não sei se só o perfil externo mas eu acho que tinha uma coisa também da própria dinâmica da unidade, é lógico a unidade, acho que tem a dinâmica interna e dinâmica externa que influência um pouco [...] a gente fez uma conversa com cada um dizendo da especificidade pessoal e profissional de cada um e tentando fazer a leitura na unidade e o serviço né, prestado como eles estão se relacionando com tudo isso é foi um atrevimento eu achei na época mas eu acreditava muito no potencial, sempre acreditei muito no potencial das pessoas e disse acho onde elas estão, estão desgastadas com o trabalhador e com a população pensando um pouco na população ai na características sócio econômico na forma de se relacionar e ai a gente fez isso foi muito bacana acho que teve gerente assim que eu me lembro uma pessoa que veio e agradeceu muito depois porque falou que estava muito desmotivada e a unidade estava sugando muitas energias e foi pra outra unidade [...] lógico sai uma pessoa que você tem que indicar outra e a gente falava dos grandes tesouros que a gente tinha na rede né, e quando ia indicar ficava pensando, como é a equipe, a equipe é assim, é uma equipe coesa, uma equipe que ela tem uma relação boa[...] muitas vezes e ai eu fazia um processo seletivo, como é que eu indicava as pessoas para aquela região [...] a gente perguntava para os gerentes eles indicavam algumas pessoas, eu falava que era uma conversa [...] aprofundando um pouco mais nas habilidades das pessoas, as suas competências, eu falava sempre, nos seus desejos?”.

D2M1 “Influência, e dependendo da função. Eu tenho uma pessoa que lida com a participação popular essa pessoa tem que ter o perfil para isso. Às vezes você recruta gente da comunidade, por exemplo, é que hoje a gente tem função que a gente determinou para essa participação. **Na rede você tem os agentes comunitários, que são daquele lugar e atuam ali, então influência sim a pessoa ser conhecida na região**”.

D3M1 “Então mais às vezes pro lugar mais periférico, mais difícil, que muitas vezes a população nem sabe direito, dos seus direitos [...] nesta gestão a gente quando fosse avaliar as metas pra atingir, quer dispensar, que fosse junto com a supervisão, pra supervisora poder participar o que levou aquela avaliação, a opinião dela também ser considerada, que às vezes, por exemplo, era enfermeiro, ela podia não estar na questão técnica colocando um maior potencial, mas **era uma pessoa que pra lidar com a população, não vai ter concurso que vai resolver**, que tinha uma boa relação com a população, que entendia o que era a porta da

unidade estava sempre aberta, criava alternativas de atendimento [...] o médico novo ele vem e faz dois anos de residência, três anos, ai fica médico da saúde da família, até pra pagar a residência, terminou a residência ele foi fazer pediatria, ortopedia, às vezes ele sai da atenção básica pra ir para o hospital, que é a área dele, tem a residência que ele escolheu a especialização, então ele vai, [...] **vivi esse dilema, eu vou ser a responsável por não deixar essa pessoa trabalhar perto da casa dela, sendo que tem até a vaga lá, não é fácil, eu não posso deixar uma população inteira sem médico** pra atender só entre a população inteira. [...].

D3M2 “Sem dúvida, o tempo de inserção no território ou cargos exercidos anteriormente que não mostravam o perfil do trabalho, sim com certeza, a região, a população o território específico, e abrangência daquela unidade, daquele serviço, daquele equipamento, com toda diferença além da trajetória pessoal”.

D4M1 “Nosso território tem uma peculiaridade ele questiona o planejamento porque, normalmente o planejamento de saúde e equipamentos está focado na população fixa, aqui tem um sistema diferente são dois milhões e meio de pessoas que usam o sistema mais não moram aqui [...] Temos pessoas hoje que vão na moradia, não só o agente de saúde porque vai aonde tem residência fixa, agora eles estão indo nas ocupações, não precisa ter comprovante de residência, queremos criar um vínculo para eles irem para uma unidade básica afinal não queremos ficar protelando [...] Então temos que ter funcionários que trabalhem para além de sua caixinha, mas essa é a dificuldade porque o ser humano adora trabalhar assim [...] O nosso modelo de saúde tem que inverter a lógica, hoje a gente tem um sistema de saúde e queremos inconscientemente que a sociedade se move a ele. [...] **mudança de foco, de planejamento do olhar, parece, ouviu, mas não é por que a gente vem com a hegemonia do saber técnico, eu sou médico eu sei o que é melhor para você, aquela prepotência, típico de país subdesenvolvido**”.

D4M2 “[...]tem que ter um gerente diferente da região centro, nós temos aqui uma população super carente de invasões de tudo, então assim ela tem que ter uma cabeça aberta para atender a região, essas coisas todas a gente vai se adaptando insumos [...] Então é assim voltando às competências o que eu considero que é quando você tem a intenção de atitude habilidade e conhecimento, então ele tem que ter o conhecimento de leis, muitas vezes a gente

tinha dificuldade mandando suspender alguém, **então essa coisa também de você pegar a pessoa que está na assistência e colocar ela de imediato na gestão, ocorre vários conflitos desse tipo, que ai acaba sendo visto como uma intolerância dos gerentes, mais é um desconhecimento dele eu falei para pessoa não fazer isso, ela fez eu quero advertir, eu quero suspender, eu quero demitir, olha não pode então eu não sou gerente, é importante o acadêmico mais tem que ser algo mais [...]** então essa dificuldade a gente vai ... estatutos que você tem que respeitar com o RH do idoso, você não pode trata-lo como se tivesse vinte anos, têm os privilégios, alguns direitos, você não pode falar para ele, é caminhada tem que ir a pé, ele tem direitos de não ir, porque tem os estatutos para se respeitar, eu acho que a maior dificuldade da nossa gestão era isso [...].

D5M1 “Eu acho que tem uma gestão que a maioria das pessoas eram pessoas que conheciam a sua região, então eu não era moradora da região, sou da carreira do município, mais lá para escolher, eu pensei em pessoas que tivessem algum conhecimento do território [...] A gente tinha remoções anuais organizados pelo próprio Rh, tanto da região, uma vez por ano tinha essa oferta da possibilidade de mudança, essa mudança era vista com muito cuidado, porque tem que ser bom para o funcionário, tem que ser bom para o território também [...].

D6M1 “[...] alguns então tem a experiência anterior, outros não necessariamente tenha exercido alguma vez cargos de chefia, mas em geral as pessoas costumam já ter exercido algum cargo de chefia na vida, porque o rol que a gente acaba circulando pra fazer a escolha é mais ou menos o mesmo as mesmas pessoas geralmente são da região sempre trabalharam na região né, então acaba sendo o mesmo rol de pessoas que a gente já conhece”.

7)Até que ponto a qualificação da gestão implica diretamente na qualidade de vida no trabalho?

D1M1 “Bom eu acho assim, a qualificação da gestão, quando você fala qualificação eu preciso saber de qual qualificação nós estamos falando, se for uma qualificação daquilo que você usa a pratica do cotidiano para te ajudar na questão técnica, ela é fundamental, exemplo, quando a

gente estruturou o curso de apoio, de apoiadores, qual a visão para ideia, não é um curso qualquer, não é uma academia qualquer, é uma visão de vida, dirigida para o gestor [...] e acaba sendo uma **coisa fundamental ter uma noção boa de gestão e poder aplicar a gestão no nosso cotidiano**, quando eu vou em uma unidade de saúde, que eu entro na unidade de saúde, que eu quero ver se está sendo aplicado lá, eu não quero saber o que a moça vai falar, eu quero ir lá vê acontecer, eu vou lá perguntar para o paciente como que está [...]”.

D1M2 “Eu acho que quando, a gente tira por nós, eu falo que se não tiver sentido para o que a gente faz, se não tiver sentido para o trabalho, a gente adocece, é, acho que hoje trabalhar na saúde é muito desgastante a gente lida com grandes dificuldades. [...] se você tem a qualidade daquilo que você faz, acho que não pesa tanto, [...] **eu tinha recebido algumas pessoas e me dizia assim, eu gosto muito do que eu faço, mas está humanamente impossível fazer o que eu faço com poucas pessoas, acho que essa questão interfere muito a quantidade a questão da qualidade, nas relações**, porque se você trabalha muito mas você tem né a possibilidade de ter um relacionamento bom com quem trabalha com você que seu gerente reconhece, que você está trabalhando de uma forma exaustiva, que vai buscando a possibilidade de dá um pouco mais de tranquilidade sempre dizia isso gente as vezes a sala de espera é tão dura né, tenta humaniza um pouco essa sala de espera então eu falava para o gerente você tem que andar pela unidade, gente acalma um pouquinho [...] , mas que a gente **tem muitas pessoas adoecendo no trabalho pelas questões das condições**, as condições estruturais, a gente teve ai nos últimos dois anos muita falta de material, medicamento, então a pessoa vai na unidade ela quer ser atendida, se não tem um profissional, você tem que dizer não, se você não tem o material, você fica lá a mercê disso, as relações que acabam sendo um pouco mais endurecidas”.

D2M1 “Acho que há gestões menos burocráticas e há mais burocráticas, há gestão mais compartilhadas, o modo de gestão pode ser diferente, e é natural que as pessoas gostem de alguém que compartilhem mais decisões que ouça mais que seja mais acolhedor, ou a coisa mais burocrática, cumpra-se. **O modo de gestão é que influência a qualidade de vida no trabalho e afeta, porque as pessoas têm mais liberdade de expressar seus pensamentos, fazer uma crítica, desde de que esteja dentro daquele operativo do trabalho**. Eu prefiro o modo compartilhado em meus colegas, em que pese **que as decisões sejam tomadas no**

mesmo colegiado e muitas vezes eu mesmo tomo, mas é esse modo mais apropriado. É o que as empresas também vêm fazendo”.

D2M2 “Acho que bastante, a qualificação, acho que o gestor tem que ter uma qualificação ampla, não adianta ele ter só uma visão a nível administrativo, tem que ter uma visão principalmente a nível de gestão de pessoas, e gestão de pessoas é um assunto muito complexo, desde a ambiência do trabalho que é extremamente importante, eu acho que o respeito ao indivíduo, **a humanização do trabalho é extremamente importante, e acima de tudo, ética e respeito à pessoa humana, acho que é fundamental em todo nosso processo de trabalho [...]** acho que o gestor precisa ter essa visão de saber valorizar o profissional que ele tem, acho que não tanto quanto a sua capacidade, mais também quanto a sua forma de você gerir tudo isso aí, depois isso acaba te trazendo mais pra frente um resultado positivo, um resultado adverso, e serviço público sabe a gente percebe que a saúde do trabalhador é fundamental [...] o processo de seleção para a saúde, entre outras áreas do processo de seleção, eu acho que ele teria que ter uma entrevista, fazer parte de uma coisa mais pessoal, o processo hoje é seletivo por nota, eu acho que não deveria ser desta forma, acho que deveríamos ter também um processo a nível de entrevista, porque acho que dependendo do cargo que você presta você precisa ter não só qualificação ali a nível teórico, você precisa ter dons para que você possa cuidar principalmente se o seu cargo é voltado ao atendimento à população, então esse é o nosso grande problema atualmente”.

D3M1 “Eu acho que quanto mais você organiza a gestão pra que ela responda os interesses da população, que atenda a forma de estrutura pra isso, é quase que obrigado também a adequar pra aqueles do trabalha, **você qualifica quem estiver trabalhando pra garantir essa qualificação da gestão**, também eu acho que uma coisa vai desencadeando, que assim a gestão, eu tenho uma gestão, se eu tenho o que ela deve cumprir, se todos os profissionais tem um entendimento, quem vai estar ali, eu faço de acordo que todo mundo se veja nessa gestão, trabalhando, contribuindo, o que é o papel de cada um, eu acho que só tem de a dá certo, as pessoas tem de se identificar com aquela proposta que ali está agora [...] **eu acho que plano de carreira ele possibilita pra pessoa, o compromisso dela é com a população, e com a atividade que ela desempenha**, então com alguém que esta naquele momento respondendo pelo setor, ai sim ela responde o DAE, quatro anos, ela entrou sem nenhuma amargura, agora o plano de carreira entra e sai gestão, é dela é uma conquista do servidor do plano de carreira”.

D3M2 “A qualificação da gestão faz toda diferença, eu acho que não é a principal nem a primeira, primeiro ele tem que ser aceito pela população, que ele presta serviços e pelos trabalhadores da coordenação dele, eu acho que é o ponta pé inicial para o bom sucesso, mais **a qualificação da gestão eu acho que qualifica os relacionamentos especialmente o processo de trabalho.**

D4M1 “Muito, **se você dá oportunidade para as pessoas se sentirem valorizadas isso melhora a qualidade de vida,** é o ponto fundamental, questões mais praticas, políticas de qualidade de vida desconheço uma área para o funcionário descansar, não tem, o que a gente tentou fazer aqui era um mapa de talentos, mapear as habilidades [...]. **O serviço público no geral ele ainda é pobre na gestão de qualidade de vida do funcionário, pouco se fala [...].”**

D4M2 “A qualificação da gestão, olha é difícil ter qualidade de vida sem diretor [...] **médico que falta, a urgência, emergência, faltou agulhas, faltou caneta, então vou dizer para você que esses seis anos, eu não tive paz [...]** um profissional sair hoje, eu como gestora daqui um mês no máximo estar repondo esse funcionário, entendeu isso me daria realmente uma qualidade de serviço, eu acho que para mim seria isso, fato da pessoa ter a vontade de ser gerente, está disposta a estudar, está disposta a desempenhar, e ter um bom relacionamento com o seu gestor local, isso a gente vai resolvendo agora a falta do insumo, o negócio, material, esse realmente tira toda paz”.

D5M1 “Sim totalmente, **primeiro você poder trabalhar com espaço de escuta, compartilhada, quando você tem pessoas mais qualificadas você garante espaço, reflexão de pensamento sobre os processos que vão acontecer [...]** quando você está fazendo um trabalho que você se sente mais pertencente, eu acho que isso muda a qualidade de vida das pessoas, primeiro das que estão vivenciando a gestão e segundo porque você vai trabalhando fazendo o desenvolvimento de ofertas de serviços, nas qualidades, então isso melhora a qualidade de vida dos próprios usuários que vão usar a rede, eu acho que tem muita diferença, a gestão ela é fundamental para o tipo e a qualidade ofertados para os usuários [...] claro que a gestão quanto à política pública ela toma decisão, mais tudo isso era partilhado com as pessoas, às vezes existiam mudanças, por exemplo, qual era a unidade nova que a gente ia investi naquele momento”.

D6M1 “Olha eu acho que quanto mais for qualificado né, e **com maiores habilidades pra gestão, você melhora a qualidade de vida tanto do próprio gestor como do trabalhador porque, você vai enxergar o outro como membro da sua equipe não como uma pessoa que só é tarefaira**, que só tem que cumprir tarefas, você vai entender aquele trabalhador com suas habilidades com suas qualificações, com seus problemas, com as condições de trabalho que ele tem, e tudo isso se o trabalhador, se você tiver o olhar pra tudo isso, o trabalhador, a gente faz uma série de coisas pra incentivar o trabalhador tanto aqui como nas supervisões que é pra justamente melhorar a qualidade de vida daquele trabalhador porque o trabalhador passa a maior parte do seu tempo no trabalho, se ele é maltratado, tiver assédio, não tiver estímulos ou coisas que estimule ele [...] Eu dei alguns exemplos, a gente faz discussões mensais com os trabalhadores, de temas do interesses deles, chama palestrantes de fora pra lidar com as finanças, do próprio trabalhador, lidar, palestras de motivação, que ele se sinta valorizado, e se motive, enfim se você não trabalhar, não adianta você ter só trabalhadores qualificados, mais que não tenha uma qualidade de vida adequada, por que aí o resultado não vai ser adequado, não vai ser bom, mesmo com a qualificação, então acho que essas duas questões tem que ter pesos importantes, ter uma boa qualificação, mas também ter isso se você tem uma boa qualificação e souber fazer bem a gestão isso vai melhorar a qualidade de vida tanto sua como dos trabalhadores que estão sob o seu comando [...] Sempre tem doenças que às vezes não tem nem relação com o trabalho, a maioria que eu me lembro é física, agora eventualmente tem um ou outro caso de depressão, sempre tem, aqui nós temos muitos trabalhadores ligados a coordenadoria, então é difícil você dizer que não vai ter afastamento por essas razões também né [...] nós tivemos aqui um caso grave de um óbito, de um suicídio de um trabalhador que tinha problemas na vida dele inteira, da vida dele não tinha nada a ver com o trabalho, mas aí ele desapareceu, foi encontrado dois meses depois o corpo dele, ele se matou mesmo, ele vivia um processo depressivo, muito antigo, mais aí são coisas que ele nunca quis se afastar entendeu então o trabalho pra ele parece que era uma coisa que ajudava inclusive”.

A partir das respostas dos dirigentes, organizou-se o quadro 8 que apresenta as subcategorias e as categorias de análise.

Quadro 13 - Categorias de análise dos dirigentes, São Paulo, 2018.

PERGUNTA NORTEADORA	EXTRATOS		SUB-CATEGORIAS	CATEGORIA DE ANÁLISE
	M1	M2		
<p>2)Quais critérios são utilizados para ocupação dos cargos de chefia e direção sob sua gestão? Experiência anterior, formação profissional, tempo de serviço, entre outros.</p>	<p>[...] a nota que o servidor tem, da nota é o chefe imediato dele [avaliação de desempenho], o tempo de serviço que ele tem o tempo em dias, o tempo de serviço em anos, o registro, início de exercício, se tem permanência em algum cargo, qual a carga dele atual.</p> <p>[...]então servidor da saúde com nível universitário, às vezes com uma especialização</p> <p>[...] então eu tenho sempre que balancear, a experiência da pessoa, e a questão do perfil [...]</p> <p>“[...] a gente tem trabalhado uma linha de uma gestão mais horizontalizada. Então independente da formação da pessoa que é importante, se é médico, a gente tem tentado trabalhar de uma forma mais horizontal, até pela necessidade mesmo porque a gente tinha menos pessoas, mas também por uma oportunidade de dar condições para as pessoas exercerem outras atividades, além da</p>	<p>“[...] acho que tem a questão da habilidade, tem a questão da confiança, clareza do trabalho.</p> <p>“Confiança e principalmente, se ele tem algum perfil técnico para exercer esse cargo, eu acho que ai a gente olhava as duas coisas, o perfil técnico, dependendo da sua função é importante [...]</p> <p>“Capacidade técnica, experiência administrativa, conhecimento do território, habilidade de trabalhar em equipe, vontade de fazer disposição e disponibilidade de exercer aquela atividade específica, bom relacionamento dentro da equipe [...]</p> <p>“Então nada objetivo, tudo muito subjetivo, porque a gente não tem um instrumento de avaliar, tem até um instrumento de avaliação, acho que foi global, só que caiu [...] então eu sempre tive esse olhar, aquela pessoa mais comunicativa dentro da unidade,</p>	<p>Critérios de ocupação de cargos</p> <p>Habilidades e competências</p>	<p>Políticas de pessoal, influenciam a ocupação de cargos.</p>

	<p>formação original e comunicação [...]</p> <p>“[...] todos eles na minha gestão, todos eram pessoas concursadas, pessoas de carreira da secretaria municipal de saúde, e todos eles tinham que ter experiência comprovada de gestão, então eram pessoas com formação para isso, com estratégias, além da formação oficial.</p> <p>[...]experiência anterior que a pessoas já tenha exercido algum cargo de chefia, de comando, de liderança, ou até muitas vezes pelo perfil da pessoa.</p>	<p>que visse bem a informação que tivesse uma boa integração com a região [...]</p>		
PERGUNTAS NORTEADORAS	EXTRATOS		SUB-CATEGORIAS	CATEGORIA DE ANÁLISE
	M1	M2		
<p>3)Os ocupantes dos cargos de chefia e direção sob sua gestão são escolhidos por indicação, processo seletivo público, plano de carreira ou outra modalidade de seleção?</p>	<p>[...] então primeiro é de casa, do serviço público</p> <p>[...]os cargos são agora de indicação, conforme eu te falei, conforme a qualificação técnica da pessoa e a proximidade com o projeto da administração atual.</p> <p>[...]porque tem todo mês, são nomeados, tem uma lista, é publicado em diário oficial [...].teve várias nomeações.</p> <p>[...]a gente foi avaliando aquelas que tinham perfil ficaram e as que tinham perfil para outras funções foram para outras áreas ao longo do tempo, e foram para outras</p>	<p>Eu não tinha essa autonomia [para indicar alguém comissionado [...]</p> <p>[...]comissionados não, porque os comissionados aqui da prefeitura são indicações políticas [...].então você via perfil de cada um [...]</p> <p>“Todos servidores públicos a gente nunca indicou ninguém que não tivesse sido concursado, nunca foi fora disso não, foram todos concursados”.</p> <p>Não é tudo por indicação mesmo, não existe por plano de carreira não se escolhe, não tem essa modalidade né,</p>	<p>Impessoalidade e processos de seleção</p>	<p>Importância de recrutamento e processo seletivo público e transparente.</p>

	<p>coordenadorias, porque desligar a gente não desliga [...]</p> <p>[...] é que todos fizeram metodologia de aprendizagem, e de educação permanente de saúde, então esses eram os critérios, ser da rede, ser concursadas e ter formação específica para o cargo que ocupar [...]</p> <p>[...] quais as habilidades que ele vai ter que ter pra desempenhar aquele cargo [...] nessa gestão não aconteceu, agora eu sei de muitas indicações que já ocorreram em outras gestões em outras administrações, de outros prefeitos em que houve sim indicação política, e elas foram aceitas, então mais, eu estou falando da minha gestão desses quatro anos”</p>	<p>por seleção também a gente não faz uma seleção para escolher, o máximo que é feito é uma entrevista com o candidato</p>		
<p>5)Em sua opinião, quais seriam a formação/o perfil/as competências adequadas ao exercício dos cargos de direção/chefia no setor público de saúde?</p>	<p>[...] a primeira coisa que tem que ter é sensibilidade para poder enxergar as pessoas que procuram ela [...]tem que ter competência de administrar [...]eu resolvo meu problema, eu tenho que usar meu poder, para fazer articulação.</p> <p>[...] tem que ser uma pessoa que tenha qualificação e seja de sua confiança, se a pessoa não responder você troca, É muito mais uma avaliação de desempenho qualitativa [...]</p> <p>[...]que é necessário, fundamental, é que a pessoa saiba o que é o sistema único de saúde, ela tem que compreender estudar, e</p>	<p>[...]a gente foi indicando pessoas da área de saúde formação técnica em saúde [...]eu acho que tem a questão de sim do conhecimento de administração, de gestão de pessoas, de gestão de conflitos, mas eu acho que é uma somatória muito grande.</p> <p>[...] a gente tem funcionários que saem do serviço público, do serviço privado e vem trabalhar no público, e eles levam um certo tempo até poder acostumar, o serviço público ele também tem uma certa diferença em relação ao seu dinamismo de trabalho, eu acho que na iniciativa privada</p>	<p>Qualificação</p> <p>Relações de trabalho</p>	<p>Delimitação dos critérios para cargo de direção em saúde pública</p>

	<p>estar de acordo com esse sistema [...]</p> <p>[...] entender um pouco de gestão de pessoas, e não somente a gestão legal trabalhista, mas, essa relação como se lida com o funcionário, é o tempo todo verticalizado ou não, como se lidera uma equipe, como se motiva [...] todo mundo deveria que ter uma boa gestão pública, uma gestão de planejamento, isso é fundamental.</p> <p>[...]o jeito que a pessoa trabalha perfil de competência onde a gente pensa quais as habilidades, o que é necessário para isso, eu acho que todo gestor tinha que ter três perfis de competências específicos, um perfil de gestão propriamente dita, planejamento, organização, organização de políticas públicas [...]</p> <p>Eu acho primeiro que tem que ser profissionais obviamente da saúde [...]acho importante que seja uma pessoa com uma formação na área de saúde ou na área de administração.</p>	<p>aquilo que é decidido, as decisões para você colocar em pratica é muito mais rápido, o serviço público é demorado porque dependendo daquilo que você faz [...]</p> <p>Deveria ser exigida a formação acadêmica para gestão pública [...]competência comprovada [...] você vai ter sempre que se apropriar da especificidade daquele lugar, daquele território, daquela secretaria, das pessoas que estão no comando.</p> <p>[...]você tem que ter esse gerente que envolva toda equipe da unidade para fazer o trabalho, eu acho que a empatia [...]</p>		
PERGUNTAS NORTEADORAS	EXTRATOS		SUB-CATEGORIAS	CATEGORIA DE ANÁLISE
	M1	M2		
4)Como avalia o modo de ocupação dos cargos de direção/chefia do	[...] nós temos basicamente, maioria absoluta, são pessoas de carreira, porque ainda bem que é assim na saúde [...] não dá pra eu colocar na direção de um pronto socorro,	[...] a atitude que eu tinha na instituição privada é a mesma que eu tenho hoje na instituição pública, o respeito, cumprimento de metas, de horários, a	Relações pessoais e interpessoais Direção	Indicação, financiamentos e localização geográfica

<p>setor público de saúde?</p>	<p>uma pessoa só porque ela é politicamente fechada, ele tem que saber a hora que tem que atua [...].</p> <p>[...] eu acho que tem um nível de cargos que tem que ser de confiança, para ingresso na prefeitura, tem que ter concurso [...].</p> <p>[...] eu preciso daquele perfil, pra que a ação ocorre, eu acho que é correto eu ter esses comissionados pra que eu possa desenvolver isso [...], desde que ele esteja muito bem especificado, que é atribuição a fazeres, e saber que ele é temporário, naquele momento pra aquela função.</p> <p>[...]é bastante defasado [...]A gente poderia estar mais atendida em técnicas de gestão [...]enfim é o SUS que a gente tem então são dois problemas, um é o financiamento, e o outro é a gestão que realmente é falha na minha opinião [...]mas um olhar de planejamento para o território, nunca teve, é grave a situação porque as vezes as pessoas têm a dificuldade de fazer a gestão [...]</p> <p>Eu acho que existem como eu vou dizer muitas contradições [...]e eu sinto falta de uma carreira do SUS, então é muito estranho às pessoas terem uma formação grande, uma experiência grande de gestão, e elas não poderem crescer nisso [...]não dependendo de cada gestão política, de ocupação com outros critérios, existe certa perseguição para quem</p>	<p>forma de atendimento, a forma de me relacionar, é a mesma [...]sempre procurei dar exemplos bons pra pessoas que trabalhavam comigo [...] não é fácil acho que ser gestor hoje é um desafio muito grande.</p> <p>[...]eu acho que seria extremamente interessante uns cargos de direção precisaria ser cargo de carreira, porque isso traz certo conhecimento [...]nível de secretários, a nível até mesmo de algumas situações, ai não tem jeito, tem que ser indicação do gestor local [...]alguns cargos assim acho que é fundamental, cargos de carreira, acho que não da pra ser de indicação.</p> <p>[...]todos são contra nepotismo, mais ninguém conhece melhor, por exemplo, seu filho, seu sobrinho, quando ele é bem na sua profissão, eu acho que isso não pode ser um impedimento para exercer um cargo público para compor a sua equipe [...]você pegar um funcionário de carreira só porque ele é funcionário de carreira, eu não acredito na meritocracia burocracia pura, mais eu acredito na meritocracia, eu acho que ela vem com outros corolários, experiência de vida, inserção social, inclusão social, acho que tem mais algumas outras coisas.</p>	<p>Gestão</p>	<p>interferem nas contratações.</p>
--------------------------------	---	--	---------------	-------------------------------------

<p>6)As características socioeconômicas da região, na qual está situado o serviço que dirige/chefia, influíram de algum modo no processo de seleção/indicação para os cargos de chefia e direção sob sua gestão?</p>	<p>ocupa alguns cargos mais importantes.</p> <p>[...]pessoas que tenha uma qualificação técnica primeiro, em primeiro lugar, e que tenha uma habilidade política, não política partidária, mas política no sentido de poder discutir as questões com a população [...].também não acho que o cargo de chefia tem que ser permanente [...]</p> <p>{...} eu colocaria uma pessoa que tivesse identificação com aquela população, gostaria que ele fosse competente [...] com a sociedade que eles têm que conviver [...] desculpa se você é da academia, a academia não dá conta”.</p> <p>[...] na rede você tem os agentes comunitários, que são daquele lugar e atuam ali, então influência sim a pessoa ser conhecida na região.</p> <p>[...]mudança de foco, de planejamento do olhar, parece, ouviu, mas não é por que a gente vem com a hegemonia do saber técnico, eu sou médico eu sei o que é melhor para você, aquela prepotência, típico de país subdesenvolvido.</p> <p>“Eu acho que tem uma gestão que a maioria das pessoas eram pessoas que conheciam a sua região, então eu não era moradora da região, sou da carreira do município, mais lá</p>	<p>[...]a gente sempre governou pelo desempenho das pessoas, pelos talentos [...], acho que a própria escrita simplesmente ou uma entrevista, não demonstra isso, então o dia a dia tem que ter, eu acho, pode ter até um banco de dados, interesses de pessoas, mas você só conhece o gerente ele executando no dia a dia.</p> <p>“Olha, então, acho que na indicação agente sempre pensou assim no perfil da pessoa que você ia indicada pra determinada unidade, não sei se só o perfil externo, mas eu acho que tinha uma coisa também da própria dinâmica da unidade [...]</p> <p>[...] uma pessoa que pra lidar com a população, não vai ter concurso que vai resolver [...] vivi esse dilema, eu vou ser a responsável por não deixar essa pessoa trabalhar perto da casa dela, sendo que tem até a vaga lá, não é fácil, eu não posso deixar uma população inteira sem médico.</p> <p>O tempo de inserção no território ou cargos exercidos anteriormente que não mostravam o perfil do trabalho, sim com certeza, a região, a população o território específico, e abrangência daquela unidade, daquele serviço, daquele equipamento, com toda</p>		
--	---	---	--	--

	<p>para escolher, eu pensei em pessoas que tivessem algum conhecimento do território [...]</p> <p>“[...] alguns então tem a experiência anterior, outros não necessariamente tenha exercido alguma vez cargos de chefia, mas em geral as pessoas costumam já ter exercido algum cargo de chefia na vida, porque o rol que a gente acaba circulando pra fazer a escolha é mais ou menos, as mesmas pessoas geralmente são da região sempre trabalharam na região [...]</p>	<p>diferença além da trajetória pessoal.</p> <p>[...] então essa coisa também de você pegar a pessoa que está na assistência e colocar ela de imediato na gestão, ocorre vários conflitos desse tipo, que ai acaba sendo visto como uma intolerância dos gerentes, mais é um desconhecimento dele eu falei para pessoa não fazer isso, ela fez eu quero advertir, eu quero suspender, eu quero demitir, olha não pode então eu não sou gerente, é importante o acadêmico mais tem que ser algo mais [...]</p>		
PERGUNTA NORTEADORA	EXTRATOS		SUB-CATEGORIAS	CATEGORIA DE ANÁLISE
	M1	M2		
7)Até que ponto a qualificação da gestão implica diretamente na qualidade de vida no trabalho?	<p>[...] coisa fundamental ter uma noção boa de gestão e poder aplicar a gestão no nosso cotidiano [...]</p> <p>O modo de gestão é que influencia a qualidade de vida no trabalho e afeta, porque as pessoas têm mais liberdade de expressar seus pensamentos, fazer uma crítica, desde de que esteja dentro daquele operativo do trabalho [...]que as decisões sejam tomadas no mesmo colegiado [...]</p> <p>[...] você qualifica quem estiver trabalhando pra garantir essa qualificação da gestão [...]eu acho que plano de carreira ele possibilita pra</p>	<p>[...] eu tinha recebido algumas pessoas e me dizia assim, eu gosto muito do que eu faço, mas está humanamente impossível fazer o que eu faço com poucas pessoas, acho que essa questão interfere muito a quantidade a questão da qualidade, nas relações [...]tem muitas pessoas adoecendo no trabalho pelas questões das condições [...]</p> <p>[...] a humanização do trabalho é extremamente importante, e acima de tudo, ética e respeito à pessoa humana, acho que é fundamental em todo nosso processo de trabalho [...] acho que o</p>	<p>Processo saúde-doença</p> <p>Satisfação no trabalho</p>	<p>Desenvolvimento o pessoal e profissional afetam a QVT.</p>

	<p>peessoa, o compromisso dela é com a população, e com a atividade que ela desempenha [...]</p> <p>[...]se você dá oportunidade para as pessoas se sentirem valorizadas isso melhora a qualidade de vida [...] o serviço público no geral ele ainda é pobre na gestão de qualidade de vida do funcionário, pouco se fala [...]”.</p> <p>primeiro você poder trabalhar com espaço de escuta, compartilhada, quando você tem pessoas mais qualificadas você garante espaço, reflexão de pensamento sobre os processos que vão acontecer [...]</p> <p>[...]com maiores habilidades pra gestão, você melhora a qualidade de vida tanto do próprio gestor como do trabalhador porque, você vai enxergar o outro como membro da sua equipe não como uma pessoa que só é tarefaira [...]</p>	<p>gestor precisa ter essa visão de saber valorizar o profissional que ele tem, acho que não tanto quanto a sua capacidade, mais também quanto a sua forma de você gerir tudo isso ai, depois isso acaba te trazendo mais pra frente um resultado positivo, um resultado adverso, e serviço público sabe a gente percebe que a saúde do trabalhador é fundamental [...]</p> <p>[...]a qualificação da gestão eu acho que qualifica os relacionamentos especialmente o processo de trabalho.</p> <p>A qualificação da gestão, olha é difícil ter qualidade de vida sem diretor [...] médico que falta, a urgência, emergência, faltou agulhas, faltou caneta, então vou dizer para você que esses seis anos, eu não tive paz [...]</p>		
--	--	---	--	--

Segue transcrição (grifos nossos) de cada pergunta com as respectivas respostas dos gestores de RH de M1 e M2 obtidas nas entrevistas.

2)Quais critérios são utilizados para ocupação dos cargos de chefia e direção sob sua gestão? Experiência anterior, formação profissional, tempo de serviço, entre outros.

GM1 “Na minha gestão eu analiso de duas formas: **a competência individual da pessoa; a habilidade que essa pessoa tem para lidar com pessoas**; porque na gestão de pessoas, você lida com gente, é a sua matéria prima é o seu cliente. Então às vezes não adianta ser uma pessoa extremamente competente, com uma cabeça, com mestrados e doutorados, se ela não tiver habilidade para tratar pessoas, então isso é importante, e a capacidade de comando, de liderança quando é o caso de coordenar equipe. Então esses três aspectos eu analiso, em primeiro lugar, agora é serviço público então algumas coisas temos que engolir. Mas assim **quando eu tenho que engolir alguma nomeação, eu consigo manobrar com jeitinho para que não fique aqui no meu departamento ainda mais se eu percebo que a pessoa não tem qualificação nenhuma**, a única qualificação dela é política entendeu, eu dou um jeitinho de colocar longe, vai para perto de quem te indicou, enfim, eu tento e eu procuro ficar com aquelas pessoas que eu acho que tem mérito para isso”.

GM2 “Os mesmos critérios, eu avaliava, eu gosto muito de trabalhar com os profissionais que já atuou na área, não teve na minha gestão um profissional que eu trouxe de outro lugar, eu acho que é um movimento importante você dentro do próprio departamento, identificar potenciais estimulando os profissionais, então a gente junta ali uma série de quesitos, **eu acho que a gestão de pessoas é o mais importante**, mais difícil você identificar pessoas com habilidades na gestão de pessoas, gestão de conflitos, do que propriamente dito na área técnica, porque eu acho que é mais fácil, em minha opinião, pelo menos na minha diretoria de recursos humanos, formar na área técnica, do que você desenvolver essas habilidades de gestão de conflitos, gestão de pessoas, então eu vejo isso, mais são os mesmos critérios”.

3)Os ocupantes dos cargos de chefia e direção sob sua gestão são escolhidos por indicação, processo seletivo público, plano de carreira ou outra modalidade de seleção?

GM1 “Aqui na prefeitura os cargos bases são todos concursados e os cargos em comissão nós temos duas modalidades ou você nomeia quem é concursado ou você chama de fora. Têm alguns que são externos, mas eu particularmente não indiquei ninguém de fora **eu prefiro privilegiar as pessoas que são da carreira**. E sempre que possível eu tento fazer com que eles vão se capacitar, porque você é da carreira, você tem que subir, você não pode ficar estagnado senão você perde o interesse [...] , **eu tenho quatro gerencias sobre o meu comando então eu preciso de quatro cargos de gestão, de gerentes e alguma coisa abaixo deles. Mas é muito pouco e a maioria está ocupado por pessoas da carreira, mas eu tenho três pessoas que são externas que não fui eu quem indiquei** essas pessoas vieram para mim já nomeadas, foram indicadas no passado por outras pessoas. As três se destacam naquilo que elas fazem, por isso que elas estão aqui, porque quando não é, se eu poder tirar eu afasto, porque eu acho que contamina”.

GM2 “Eu penso que no Brasil como um todo deve ocorrer assim, nós chegamos a conversar várias vezes sobre esse assunto, e nós não conseguimos prosperar muito no plano de carreira nessa questão, porque o que pesa a indicação é importante, ou seja, **você vai indicar pessoas que você confia que esta do seu lado, mais eu acho que outros atributos têm que ser avaliados nessa indicação, e ai tem um contraditório, mesmo tempo que a gente tinha essa proposta de ter uma avaliação antes, um processo seletivo, inclusive antes, para indicar, e ai você pode ter nesse processo seletivo, critérios que avalia essa questão da confiança no sentido da condução da política pública de saúde**, eu acho que nesse sentido que é mais forte, não é a minha confiança pessoal, eu acho que a gente tem que pesar, e a gente vai adquirir com o tempo, mais a confiança na condução das diretrizes da política pública daquela gestão, isso é uma questão importante, às vezes você indica, ou você faz um processo seletivo, e pessoas acabam se destacando, mais não estão afinados com a condução da política pública de saúde daquele momento, isso é complexo, porque se você tem em serviços de saúde, profissionais gerenciando serviços de saúde, que naquele território, são as autoridades sanitárias daquele território, se ele não está afinado com a condução da política pública da gestão, isso é muito confuso de fazer, é conflituoso, então eu acho que tem uma questão que é essa, mais o processo seletivo, eu pensei além de observar esse critério,

observar critérios técnicos, administrativos, de formação, eu acho que o processo seletivo inclusive poderia dentro desse processo seletivo, já ter um investimento e formação, e a própria formação ser um item selecionador no processo, eu acho que seria bacana”.

4) Como avalia o modo de ocupação dos cargos de direção/chefia do setor público de saúde?

GM1 “Mal. Não existe um plano de carreira, por exemplo, você vai para gestão de pessoas então sua carreira vai ser nessa área e você tem a expectativa de alçar altos cargos, mais não é assim acontece absolutamente por acaso [...] a forma de distribuição dos cargos em comissão é bem péssima, ela é prioritariamente política. E agora nessa última gestão foi assim, não vou nem te dizer o que nós precisamos nomear. Então é preciso acabar, precisa mudar, eu mudaria tudo no concurso público eu sou concursada, mas, eu te digo, que a forma de ingresso não deveria ser concurso e sim uma seleção pública rigorosa, porém todo mundo poderia ser demitido, igual qualquer trabalhador da empresa privado. **Porque no serviço público você não consegue demitir, até para você demitir um cargo em comissão.** [...] e os cargos em comissão faria uma distribuição no organograma, só acessa quem realmente vai exercer o cargo, vai ser chefe ou diretor, pode acessar. Assim você tem condição de ter pessoas melhores, inclusive ter menos pessoas e pagar melhor as pessoas. [...] como algumas unidades passaram para organizações sociais e eles colocaram funcionários então não preciso mais desses dezenove mil, hoje eu preciso de catorze mil e trezentos mais ou menos, desses quatorze mil e trezentos, eu tenho dez mil eu tenho um buraco de quatro mil. Você pergunta como você faz para trabalhar isso? **Mudaria o sistema**”.

GM2: Eu acho que vou deixar mais um desabafo, até por conta dessa mudança que tivemos que a gente às vezes não acredita muito porque não passou pelo processo, mais como a gente vive em um país que **a cada quatro anos muda a gestão, tem que mudar mesmo acho que nós vivemos nessa questão democrática**, eu acho que é assim mesmo, mais eu acho que esse olhar diferenciado, mais técnico, mais administrativo, mais voltado para a política pública na condução das demais políticas, e principalmente da política partidária, **eu acho que o trabalhador do SUS, eles deveriam ter uma não sei se eu seria uma proteção, mais eu acho que ele deveria ter um olhar diferenciado, de quem chega ao espaço, em uma**

eventual troca de gestão, ou mesmo em uma continuidade da gestão, porque às vezes continua a mesma gestão mais mudam o autores de ouvir mais esses profissionais, antes de definirem as trajetórias, da proposta, daquela política de governo, lógico você elege um candidato a partir daquela plataforma, daquele plano de governo que ele elaborou, muito bem, a gente sabe que nem sempre é assim, mais deveria ser assim, então o que eu acho que na gestão pública principalmente dos serviços de saúde, e no Brasil como a gente vive nesse momento, a cada dois anos você tem uma mudança de condução, ou na esfera municipal e depois é na esfera estadual, nacional, e depois passa dois anos, e assim vai indo”.

5) Em sua opinião, quais seriam a formação/o perfil/as competências adequadas ao exercício dos cargos de direção/chefia no setor público de saúde?

GM1: Depende do lugar em que a pessoa vai ocupar, por exemplo, dentro de um hospital você precisa de médicos para serem chefes de equipe então ele tem uma formação que possibilita ser chefe de equipe você precisa de um diretor clínico, que além de ser médico tem que ter noção de como gerenciar as pessoas, equipe, gerenciar falhas, por exemplo uma enfermeira chefe ela tem que ter noções e preparar as escalas, e noções administrativas. [...] é uma área complexa, é uma área que envolve além da questão técnica administrativa, uma militância, sobretudo agora nesses ataques que o SUS vem sofrendo, então tem que ter uma formação específica, ela tem que ser continua a gente até fez, mais parou, então sabe a cada dia que você vê você se depara com uma portaria nova, você se depara com uma revisão de política, você se depara com uma organização do SUS diferente, que os gerente de serviço ta envolvido diretamente, ta lá, **tudo que a gente pensa quanto gestão e nível municipal, estadual, federal, é lá naquele território que as coisas vão, então é uma formação continua, não tem como fazer o processo e parar, ficar atualizando, precisa de muitos encontros, muitas conversas, educação permanente ela é fundamental. [...] nesse SUS que eles vão trabalhar então assim o gerente de serviços ele acaba dentro da unidade, dentro de um espaço de serviço o profissionais concursados, estatutários, profissionais concursados, celetistas, estagiários, residentes, ai profissional contratados por terceiros, fazer outros serviços mais operacionais de limpezas, que é contratado de um terceiro, como você junta essa mescla de coisas**, de formas, de contratação, e pessoas, trabalhando nesse mesmo espaço, e conduz essa política para o objetivo, como você conversa com o usuário do sistema de saúde sobre essas questões. E os diversos formatos que tem de

contratação para área de gestão, aqui é assim, eu acho que deve ter outros lugares comissionados, tem lugar que não tem a função, por exemplo, aqui não tem função, ganha o diferencial para ocupar, continua sendo enfermeiro da unidade, então é uma complexidade imensa nesse Brasil inteiro de formatos de contratação para área de gestão”.

GM2 “[...] tem que ter uma pessoa que tenha condições de articular, eu falo que a gerencia de serviço de saúde ela requer do profissional todas as habilidades técnicas, administrativas, sanitárias, enfim, é bem complexa, teve uma formação junto com a faculdade de saúde pública, que se chamou Gerus, que realmente deu toda essa formação para os profissionais que estavam na gerencia, em 2008 foi criado efetivamente o cargo de gerente com plano de carreira, ele foi criado em três níveis, ou seja, dependia da complexidade do tamanho do porte da unidade, do número de profissionais. [...] Não tem no plano de carreira, também não está previsto ascensão na carreira de gerencia, isso também não têm, eles na verdade são indicados e ficam ali, quando tem progressão na carreira eles são avaliados como gerentes, mais eles vão progredir na sua própria função, ou seja, o psicólogo na função de psicólogo, o enfermeiro na dele, o social na dele, enfim, eles progridem na carreira, se algum momento eles saírem da função de gerente, ai eles estão lá garantidos entre aspas, na evolução que eles tiveram na sua própria carreira na sua função origem do concurso”.

6)As características socioeconômicas da região, na qual está situado o serviço que dirige/chefia, influíram de algum modo no processo de seleção/indicação para os cargos de chefia e direção sob sua gestão?

GM1 “Influi, na prefeitura influi porque as pessoas são comodistas, elas gostam de estar mais próximas de casa, geralmente quando tem uma indicação já indica as pessoas que são da região já estão por ali, até porque o salário não é atraente o maior salário que a gente paga para uma pessoa que vem de fora, tirando superintendente, que ganha em torno de dezoito mil reais bruto, um diretor de hospital que viesse de fora ganharia três mil novecentos e cinquenta então você não consegue contratar pessoas de calibre bom, então o que acaba acontecendo se você vai indicar alguém externo eu imagino que os políticos, escolhem alguém da região que vai trabalhar com esse salário. Mas é diferente de um médico que vira diretor do hospital, ele ganha mais porque agrega no salário dele e cada um tem um salário, mas também não é uma coisa extraordinário, o salário da prefeitura é muito ruim”.

GM2 “Sem dúvida, e assim, tem tudo a ver, eu to te falando até mais, [...] isso é na verdade quando você fala que **tem tudo a ver, isso influencia diretamente nos profissionais, porque você está fazendo indicação mesmo tendo, que seja uma afinidade lá para gerenciar uma unidade, então o que eu posso te dizer, por exemplo, [...]** você observa duas questões, uma que é, tem uma questão de unidade de equipe de saúde, que não importa o gestor que vá aquela equipe, e aquelas intercorrências, aquele modo de fazer continua o mesmo, de tão estruturada que é a equipe, não importa o perfil da gestão, ela não muda, em contrapartida, **o gestor de unidade de saúde que onde ele passa, ele vai deixando a marca dele, ele consegue influenciar**, então o que é que a gente precisa fazer para ter uma condução mais coesa desse processo do gestor chegar e conseguir implantar, complementar, que negociações são essas que são feitas no âmbito do trabalho, do trabalho coletivo, que conversas são feitas, que conquistas são feitas para esse gestor novo quando troca conseguir ter na verdade uma porte de formação, de estímulos para poder mudar aquela equipe, muda no sentido de vamos seguir por aqui, vamos fazer uma política voltada para isso, então essa questão sócio econômica, indicadores de saúde, IDH da população, o nível de pobreza”.

7) Até que ponto a qualificação da gestão implica diretamente na qualidade de vida no trabalho?

GM1 “Implica porque **a partir do momento que as pessoas vão se qualificando elas vão trabalhando com mais método organização, elas conseguem atender a demanda de forma mais criteriosa e organizada e com menos esforço**. Quando você não tem qualificação você trabalha de um modo desorganizado, algumas pessoas até tem o senso de prioridade razoável, mas outras não, então as pessoas tendem a querer dar conta de tudo centralizar, exagerar. A partir, do momento que você toma se instrumentaliza e toma o conhecimento que é possível fazer mais com menos melhora”.

GM2 “Tudo, nossa olha, e ainda por conta da pesquisa, eu acho que do processo que nós passamos ela interfere literalmente da qualidade da vida daqueles trabalhadores, literalmente o quanto se adocece mais, o quanto se vive mais feliz em determinados locais, quanto que o entendimento do gestor, dessa complexidade do trabalho, fala assim unidade básica, de básica não tem nada, o quanto que a interferência dos gestor, em todos os níveis, que as pressões vêm vindo do secretário, dos diretores, os gerentes, e chega ao

trabalhador, essa chegada no trabalhador, que eu acho que passa, e deve passar por um processo de formação de estruturação para que o gestor do serviço se sinta mais seguro, consiga absolver as demandas, consiga conversar de uma forma diferenciada com sua equipe, é disso que a gente está falando, **porque as demandas vão continuar, a população vai continuar, as mudanças das políticas vão ocorrer, quanto que tem sustentação um gestor, quando ele se depara com todo esse emaranhado de coisas, é uma questão política, administrativa pública de saúde, administrativa técnica, ele é o gestor sanitário daquele território, como ele está preparado para absolver tudo isso, sem transmitir para o trabalho, para os trabalhadores da sua equipe com tanta pressão, sabe adoecem as pessoas, a grande maioria dos gestores estão adoecidos também**, mais eu acho que isso é de um valor imensurável. [...] os trabalhadores produziram, então não dá pra chegar e falar não serve mais, e vamos por aqui, não vamos olhar o que é isso que está feito, a partir disso que está feito, com toda valorização do trabalhador com todo respeito, então a nossa proposta é essa, o que a gente pode juntar disso tudo para condução do processo, porque desanimador você vê as coisas assim e não é uma coisa que eu falando porque a porque tem apego, não é isso, porque a gente que é da gestão a gente sabe muda mesmo, mais eu acho que é uma desvalorização não é com a gestão anterior, é uma desvalorização daqueles trabalhadores que se empenharam para fazer aquilo, eu acho que escutar um pouco mais, conversa com esse trabalhador, vai seguir diferente, vai dar outro nome, vai juntar, vai separar, tudo bem, vamos seguir a nossa condução é essa, vamos valorizar e respeitar o que foi feito, porque é uma construção não tem jeito, o SUS ele vai, tem gente que vai e volta, e não tem, problema isso, mais eu acho que o desmerecimento, desvalorização dos trabalhadores, dos gerentes dos serviços, da gestão, a interferência política partidária ela é muito forte, e acaba retrocedendo uma série de processos quem estavam encaminhando, não precisaria de retrocesso, se tivesse mais escuta, e vem no outro formato, em uma outra embalagem, com outro nome, não tem problema, mais ouça seus trabalhadores, é isso que eu penso, acho que é porque eu passei também, a gente só acredita quando não passa. **O número de adoecimentos que nós tivemos, porque o núcleo continuou, aumentou muito, esses dias eu conversei, aumentou muito as pessoas entrando em sofrimento**, então isso eu acho que é importante.

A partir das respostas dos gestores de RH, organizou-se o quadro 9 que apresenta as subcategorias e as categorias de análise.

Quadro 14 - Categorias de análise dos Gestores de Recursos Humanos, São Paulo, 2018.

PERGUNTA NORTEADORA	EXTRATOS		SUB-CATEGORIAS	CATEGORIA DE ANÁLISE
	M1	M2		
2)Quais critérios são utilizados para ocupação dos cargos de chefia e direção sob sua gestão? Experiência anterior, formação profissional, tempo de serviço, entre outros.	[...] a competência individual da pessoa; a habilidade que essa pessoa tem para lidar com pessoas [...]quando eu tenho que engolir alguma nomeação, eu consigo manobrar com jeitinho para que não fique aqui no meu departamento ainda mais se eu percebo que a pessoa não tem qualificação nenhuma [...]	Os mesmos critérios, eu avaliava, eu gosto muito de trabalhar com os profissionais que já atuou na área, não teve na minha gestão um profissional que eu trouxe de outro lugar [...]eu acho que a gestão de pessoas é o mais importante	Critérios de ocupação de cargos Habilidades e competências	Políticas de pessoal, influenciam a ocupação de cargos.
PERGUNTA NORTEADORA	EXTRATOS		SUB-CATEGORIAS	CATEGORIA DE ANÁLISE
	M1	M2		
3)Os ocupantes dos cargos de chefia e direção sob sua gestão são escolhidos por indicação, processo	[...]eu prefiro privilegiar as pessoas que são da carreira [...]eu tenho quatro gerencias sobre o meu comando então eu preciso de quatro cargos de gestão, de gerentes e alguma coisa abaixo deles. Mas é	[...]você vai indicar pessoas que você confia que esta do seu lado, mais eu acho que outros atributos têm que ser avaliados nessa indicação, e ai tem um contraditório, mesmo tempo que a gente tinha essa proposta de ter uma avaliação antes, um processo seletivo, inclusive antes, para	Impessoalidade e processos de seleção	Importância de recrutamento e processo seletivo público e transparente.

<p>seletivo público, plano de carreira ou outra modalidade de seleção?</p>	<p>muito pouco e a maioria está ocupado por pessoas da carreira, mas eu tenho três pessoas que são externas que não fui eu quem indiquei [...]</p>	<p>indicar, e aí você pode ter nesse processo seletivo, critérios que avaliam essa questão da confiança no sentido da condução da política pública de saúde [...] observar critérios técnicos, administrativos, de formação, eu acho que o processo seletivo inclusive poderia dentro desse processo seletivo, já ter um investimento e formação, e a própria formação ser um item selecionador no processo.</p>		
<p>5) Em sua opinião, quais seriam a formação/o perfil/as competências adequadas ao exercício dos cargos de direção/chefia no setor público de saúde?</p>	<p>Depende do lugar em que a pessoa vai ocupar [...], tudo que a gente pensa quanto gestão e nível municipal, estadual, federal, é lá naquele território que as coisas vão, então é uma formação contínua, não tem como fazer o processo e parar, ficar atualizando, precisa de muitos encontros, muitas conversas, educação permanente ela é fundamental. [...] nesse SUS que eles vão trabalhar então assim o gerente de serviços ele acaba dentro da unidade, dentro de um espaço de serviço os profissionais concursados, estatutários, profissionais concursados, celetistas, estagiários, residentes, profissional contratados por terceiros, fazer</p>	<p>[...] tem que ter uma pessoa que tenha condições de articular, eu falo que a gerência de serviço de saúde ela requer do profissional todas as habilidades técnicas, administrativas, sanitárias, enfim, é bem complexa.</p>	<p>Qualificação Relações de trabalho</p>	<p>Delimitação dos critérios para cargo de direção em saúde pública</p>

	outros serviços mais operacionais de limpezas, como você junta essa mescla de coisas?			
PERGUNTA NORTEADORA	EXTRATOS		SUB-CATEGORIAS	CATEGORIA DE ANÁLISE
	M1	M2		
<p>4) Como avalia o modo de ocupação dos cargos de direção/chefia do setor público de saúde?</p> <p>6) As características socioeconômicas da região, na qual está situado o serviço que dirige/chefia, influíram de algum modo no processo de seleção/indicação para os cargos de chefia e direção sob sua gestão?</p>	<p>Mal. Não existe um plano de carreira, por exemplo, você vai para gestão de pessoas então sua carreira vai ser nessa área e você tem a expectativa de alçar altos cargos, mais não é assim acontece absolutamente por acaso [...] a forma de distribuição dos cargos em comissão é bem péssima, ela é prioritariamente política.[...] Porque no serviço público você não consegue demitir, até para você demitir um cargo em comissão. [...] Mudaria o sistema.</p> <p>Na prefeitura influi porque as pessoas são comodistas, elas gostam de estar mais próximas de casa, geralmente quando tem uma indicação já indica as pessoas que são da região já estão por ali, até porque o salário não é atraente [...]</p>	<p>[...]a cada quatro anos muda a gestão, tem que mudar mesmo acho que nós vivemos nessa questão democrática [...]eu acho que o trabalhador do SUS, eles deveriam ter uma não sei se eu seria uma proteção, mais eu acho que ele deveria ter um olhar diferenciado, de quem chega ao espaço, em uma eventual troca de gestão [...]</p> <p>tem tudo a ver, isso influencia diretamente nos profissionais, porque você está fazendo indicação mesmo tendo, que seja uma afinidade lá para gerenciar uma unidade, então o que eu posso te dizer, por exemplo, [...]o gestor de unidade de saúde que onde ele passa, ele vai deixando a marca dele, ele consegue influenciar</p>	<p>Relações pessoais e interpessoais</p> <p>Direção</p> <p>Gestão</p>	<p>Indicação, financiamentos e localização geográfica interferem nas contratações.</p>

PERGUNTA NORTEADORA	EXTRATOS		SUB-CATEGORIAS	CATEGORIA DE ANÁLISE
	M1	M2		
7)Até que ponto a qualificação da gestão implica diretamente na qualidade de vida no trabalho?	A partir do momento que as pessoas vão se qualificando elas vão trabalhando com mais método organização, elas conseguem atender a demanda de forma mais criteriosa e organizada e com menos esforço [...]	Tudo, nossa olha, e ainda por conta da pesquisa, eu acho que do processo que nós passamos ela interfere literalmente da qualidade da vida daqueles trabalhadores, literalmente o quanto se adocece mais, o quanto se vive mais feliz em determinados locais, quanto que o entendimento do gestor, dessa complexidade do trabalho [...]porque as demandas vão continuar, a população vai continuar, as mudanças das políticas vão ocorrer, quanto que tem sustentação um gestor, quando ele se depara com todo esse emaranhado de coisas, é uma questão política, administrativa pública de saúde, administrativa técnica, ele é o gestor sanitário daquele território, como ele está preparado para absolver tudo isso, sem transmitir para o trabalho, para os trabalhadores da sua equipe com tanta pressão, sabe adocece as pessoas, a grande maioria dos gestores estão adoecidos também [...] O número de adoecimentos que nós tivemos, porque o núcleo continuou, aumentou muito, esses dias eu conversei, aumentou muito as pessoas entrando em sofrimento.	Processo saúde-doença Satisfação no trabalho	Desenvolvimento pessoal e profissional afetam a QVT.

Nas respostas dos entrevistados houve heterogeneidade em ambos os municípios; dessa forma, a partir da análise surgiram cinco categorias: 1) Políticas de pessoal influenciam a ocupação de cargos públicos; 2) Importância de recrutamento e processo seletivo público e transparente; 3) Delimitação dos critérios específicos para cargo de direção em saúde pública; 4) Indicação, financiamentos e localização geográfica interferem nas contratações e 5) Desenvolvimento pessoal e profissional afetam a QVT.

A discussão dos resultados buscou integrar as categorias originadas a partir das respostas dos diretores e gestores de RH de M1 e M2 com os princípios do artigo 37 da CF: impessoalidade, moralidade, eficiência e publicidade. O preceito da eficiência foi incluído posteriormente no contexto de reforma de Estado na década de 1990, propugnando a busca de melhor qualidade pelo menor custo, o que gera concorrência entre entes privados que passaram a participar do espaço da gestão pública. Na busca do “melhor” desempenho, tais entes privados recorrem à focalização e seletividade (CARNUT e NARVAI, 2016).

5.3.1 Políticas de pessoal influenciam a ocupação de cargos públicos.

A questão que serviu de roteiro para essa categoria foi: 2) Quais critérios são utilizados para ocupação dos cargos de chefia e direção sob sua gestão? Dentre esses critérios estão experiência anterior, formação profissional, tempo de serviço, entre outros.

Para os entrevistados as políticas de pessoal não são duradouras, e dessa forma, quando acontecem as mudanças de governo, normalmente a cada quatro anos, há uma desestabilização da equipe e, por conseguinte, do trabalho. Isso ocorre especialmente porque além da expectativa das mudanças políticas, sempre há uma troca dos cargos

de confiança, como afirma GM2: “a interferência política partidária é muito forte, e acaba retrocedendo uma série de processos que estavam sendo encaminhados”.

Nessa linha de pensamento GM2 desabafa “por conta dessa mudança que tivemos que a gente às vezes não acredita muito porque não passou pelo processo, mas como a gente vive em um país que a cada quatro anos muda a gestão”.

Em meio às alternâncias dos governantes, torna-se um desafio reforçar as estratégias das políticas do SUS por meio da educação e formação dos trabalhadores, incluindo a geração de conhecimentos científicos e tecnológicos para que as mudanças na educação e na saúde caminhem juntas. Segundo a orientação emanada do MS, as políticas de educação devem estar articuladas com as SES e as SMS de forma acessível a todos os profissionais oferecendo qualificação e avaliações adequadas (BRASIL, 2003).

As avaliações são mencionadas por D1M1, D4M2, D2M1, D3M1 e GM2; não somente as avaliações de desempenho, mas também como forma de investigar supostas incapacidades ou potencialidades para exercício de alguma função. Dessa forma, a exigência pelo desempenho torna-se uma política comum (SANTOS, 2017). Assim há uma indagação subjetiva sobre qual seria a forma adequada ou efetiva de se fazer isso, o que está sendo avaliado, por quem e quando. Naturalmente o bom ou mau desempenho fica interligado às habilidades:

“Capacidade técnica, experiência administrativa, conhecimento do território, habilidade de trabalhar em equipe, vontade de fazer disposição e disponibilidade de exercer aquela atividade específica, bom relacionamento dentro da equipe [...] (D3M2)

“[...] acho que tem a questão da habilidade, tem a questão da confiança, clareza do trabalho (D1M2)

[...]o jeito que a pessoa trabalha perfil de competência onde a gente pensa quais as habilidades, o que é necessário para isso, eu acho que todo gestor tinha que ter três perfis de competências específicos, um perfil da gestão propriamente dita, planejamento, organização, organização de políticas públicas [...] (D5M1)

Os dirigentes demonstraram preocupação em estimular e qualificar o servidor em suas atividades, agregando conhecimentos à formação original de cada um, e, portanto, ampliando o leque de atuação dos trabalhadores.

A situação de estabilidade do servidor é referida por D4M1 como podendo desestimular os trabalhadores, opinião corroborada por D1M2, que evoca o sentimento do funcionário público que pensa que nunca será demitido e pode fazer o que bem quer.

Os dirigentes também citaram planejamento, competência, qualificação e investimentos como pilares que podem alicerçar as políticas de pessoal. Pronunciando-se sobre essas questões, o CONASS (BRASIL, 2006a) reconhece que o desenvolvimento de políticas de gestão de pessoas é um grande desafio para o SUS. Dessa forma diversos programas, portarias e políticas fazem parte desse processo tais como: HumanizaSUS, visando a gestão do cuidado e dos processos de trabalho e DesprecarizaSUS, que aborda a desprecarização dos vínculos de trabalho na saúde (BRASIL, 2013; BRASIL 2006a).

Dessa forma, em 2006, os gestores empreenderam iniciativas para regularização de vínculos e a elaboração do PCCS. Para Santos (2017, p.239), no quadro dos servidores estatutários “a aplicação do PCCS é rigorosa, a evolução horizontal pode ser anual e os critérios considerados são o tempo de serviço e a avaliação de desempenho, estando, porém, condicionada à dotação orçamentária”.

A questão dos planos de carreira foi mencionada por D1M1, D2M2, D3M2 e D5M1 como essencial para avaliar os modos de ocupação de cargos de direção/chefia. Todavia cabe ressaltar que D3M2 não valorizava o estatuto do funcionalismo público, associando-o à meritocracia de caráter burocrático.

D6M1 critica a falta de plano de carreira efetivo. Todavia, o PCCS deveria abarcar todos os trabalhadores do SUS, constituindo um instrumento gerencial de política de pessoal, atrelado à educação permanente e à avaliação de desempenho (BRASIL, 2007).

Sobre esse assunto, Cruz (2009, p.29) acredita que o fortalecimento das carreiras de Estado e a crescente presença nos cargos comissionados ainda não se

constituem como medidas do desempenho dos servidores.

Este posicionamento é corroborado por Bresser-Pereira (1998, p. 246), que argumenta que as carreiras no molde weberiano não seriam apropriadas para o Estado gerencial a ser implantado, já que teriam como princípios a delegação de autoridade, a responsabilização e o controle de desempenho.

Tendo como ponto de partida o 'modelo burocrático', mudanças significativas ocorreram na administração pública brasileira a contar da década de 1990, culminando na ideia da eficiência como princípio regente da lógica gerencialista neoliberal voltada para resultados, ocorrendo progressivamente, na sequência, a colonização do setor público (BRESSER-PEREIRA, 1998; COHN, 2009; FERREIRA e ARAUJO, 2014).

Embora nenhum dos entrevistados usou os termos eficiente, eficiência ou eficácia, segundo Paula (2005), as mudanças na gestão municipal do SUS, nos últimos anos, privilegiam a produtividade em detrimento da própria qualidade da atenção.

Devido à complexidade da máquina administrativa, desde o PDRAE, a gestão voltada para resultados com foco na competências e desempenho torna-se um argumento para a busca da eficiência ou eficácia que estão claramente colocadas pelo gerencialismo (BRESSER-PEREIRA, 1998; MEIRELLES, 2002).

Faria (2009, p.13) considera que a negação do gerencialismo não foi preenchida por uma afirmativa de parâmetros que indicassem o que é inovar em um contexto pós-gerencialista, ou seja, para o autor, a administração pública "merece pesquisas mais aprofundadas, que incluam reflexões sobre questões institucionais, tais como a predominância de um sistema político que não se livrou dos problemas históricos de corrupção e de relação espúria entre os poderes executivo e legislativo".

Várias iniciativas foram implementadas para o aprimoramento do SUS, e o Ministério da Saúde (2014, p.41) destaca que novas competências são requeridas dos trabalhadores e gestores, demandando "novas formas de recrutar, selecionar, treinar e manter os profissionais em suas respectivas atividades, impondo a criação de instrumentos gerenciais essenciais a essa nova abordagem de gestão de recursos

humanos”, em busca de crescente especialização dos trabalhadores, com incidência direta na incorporação e na remuneração da força de trabalho.

Autores como Bresser-Pereira (2007) discorrem sobre o mesmo tema de uma outra perspectiva:

Uma estratégia essencial ao se reformar o aparelho do Estado é reforçar o núcleo estratégico e fazer com que seja ocupado por servidores públicos altamente competentes, bem treinados e bem pagos; com servidores que entendam o *ethos* do serviço público como dever de servir ao cidadão. Nessa área, a carreira e a estabilidade devem ser asseguradas por lei, embora [...] carreira e estabilidade devam ser entendidos de modo mais flexível, se comparados com seus correspondentes na tradicional administração burocrática (BRESSER-PEREIRA, 2007, p.34).

De acordo com Nogueira (2006) há ainda mais cinco fatores que afetam a gestão do trabalho na administração pública no Brasil: 1) demissibilidade do servidor por insuficiência de desempenho, avaliada pela chefia ou por excesso de quadro na esfera de governo correspondente; 2) incentivos à demissão voluntária através de planos específicos; 3) aprovação do vínculo de emprego público, regido pela Consolidação das Leis do Trabalho, com trabalhadores admitidos por meio de seleção pública; 4) estágio probatório de três anos para qualquer servidor ou empregado admitido, com avaliação de desempenho como requisito para sua efetivação no cargo; e 5) criação das O.S. entidades privadas com as quais Estado pode estabelecer contratos de gestão para efetuar ações de assistência.

As constantes mudanças de gestão são um divisor de águas quando se pesquisam políticas de pessoal na saúde pública repercutindo nas formas de contratação e gestão. As avaliações de desempenho e planos de carreira mostram-se como fatores que preocupam os trabalhadores na ocupação de cargos públicos, já que no geral autores e trabalhadores consideram as políticas brasileiras personalistas e paternalistas, que de uma forma ou de outra ferem os princípios da impessoalidade e moralidade.

5.3.2 Importância de recrutamento e processo seletivo público e transparente

A questão norteadora que fundamentou essa categoria foi: 3) Os ocupantes dos cargos de chefia e direção sob sua gestão são escolhidos por indicação, processo seletivo público, plano de carreira ou outra modalidade de seleção?

Com relação aos cargos comissionados D1M2 e D2M2, respectivamente, relataram experiências no âmbito do trabalho, ainda que não houvessem contratado comissionados “então as vezes vinham algumas pessoas indicadas e de outras secretarias é indicada por cargos comissionados e ai então a gente fazia este, essa ponte ai com o gabinete. Eu não tinha essa autonomia [para indicar alguém comissionado]” e “Não os comissionados eu nunca coloquei como um apoio direto meu, comissionados não, porque os comissionados aqui da prefeitura são indicações políticas”. Enquanto D1M1 alega não confiar em pessoas ‘de fora’, “[...] eu não conheço pessoas daí por de fora, não sei o que essa pessoa representa em confiabilidade, conhecimento, desses critérios, então primeiro é de casa, do serviço público [...]”.

Ferreira (2014, p. 1) justifica cargos em comissão como uma necessidade de contar com pessoas conhecidas e de confiança ocupando estes cargos de direção, o que manteria “a administração pública longe do corporativismo dos funcionários públicos, os quais poderão utilizar tais cargos para satisfazer exclusivamente interesses pessoais”.

D6M1 acredita que a realização de entrevista com um profissional qualificado justifica que se selecione por indicação. A técnica de entrevista permitiria maior proximidade e possibilidade de esclarecimentos quanto aos requisitos necessários para a ocupação do cargo, bem como a criação de condições mais propícias à interação do pesquisador com o entrevistado (BERGUE, 2010, p.80).

D1M2 e D6M1 consideram relevante o concurso público, Melo (2006) considera importante que todo o processo seletivo ocorra dentro das normas legais objetivando evitar uma possível nulidade. Afirma ser imprescindível a exata quantificação das vagas a serem preenchidas, que além do cargo ter sido criado por lei e que esteja vago. Ainda coloca como importante considerar os candidatos que tenham sido aprovados em

concurso anterior. Essas premissas devem orientar a comissão encarregada pela elaboração do edital de concurso.

Giordani (2002) considera abusiva a prática de contratação de trabalhadores públicos que não tenham feito concurso público, uma vez que seria ferido o princípio da dignidade humana.

Bergue (2010, p. 531) menciona a importância da publicidade do edital, exigência legal interposta pelo art. 37 CF/88 como princípio da administração pública, e ressalta que o edital de abertura não possibilita explicar a complexidade dos cargos e os contextos das condições para o exercício do cargo ou do emprego público. As exigências das condições do ato de nomeação, da fixação do número de candidatos a serem admitidos, a fixação de nota mínima a ser atingida nas provas ou nas fases, a reserva de vagas para portadores de deficiência e para negros e pardos são algumas condições especiais que se impõem à administração pública e acabam por limitar a elaboração dos editais.

Nos editais são especificados os temas cujo conhecimento será exigido na prova, que se constitui como instrumento de seleção dos candidatos. Há também prova de títulos, que é considerada fundamental “a fim de que o processo seletivo cumpra seu objetivo, a adoção de instrumentos de avaliação adequados segundo a natureza e as particularidades dos cargos para os quais se pretende selecionar pessoal” (BERGUE, 2010, p. 538).

O autor ressalta que na administração pública esse processo envolve uma sucessão de atos administrativos complexos “que se estendem desde a verificação da efetiva necessidade da administração, encerrando-se com a homologação das inscrições para o concurso, no caso do provimento de cargos efetivos ou empregos públicos” (BERGUE, 2010, p.526).

Para Bergue (2010) a admissão de pessoas na administração pública se dá por um processo composto por quatro etapas, que se seguem ao estabelecimento da necessidade do concurso: recrutamento, seleção, admissão e registro. A fase de recrutamento requer “identificar e ordenar, entre os candidatos aptos e interessados,

colhidos na fase de recrutamento, aqueles melhores qualificados para o desempenho do cargo”, enquanto a fase seguinte é a seleção de pessoas.

Selecionar significa “identificar e ordenar, entre os candidatos aptos e interessados, colhidos na fase de recrutamento, aqueles melhores qualificados para o desempenho do cargo” (BERGUE, 2010, p. 536), por meio de um conjunto de atos administrativos destinados a avaliar os candidatos conforme os critérios previamente estabelecidos e ordenados para determinar se as pessoas estão aptas para o cargo, ou seja “a condução do processo admissional tem como parâmetros básicos a ordem classificatória de candidatos aprovados contida no edital de homologação do resultado final do concurso público, e no ordenamento legal aplicável” (BERGUE, 2010, p.543).

Finalmente, o registro do ato de admissão é considerado pelo autor como o “produto resultante do processo de admissão de pessoal [...] nessa perspectiva, a análise do ato de admissão, além de condicionantes afetos ao seu entorno, depende do exame de suas fases constitutivas precedentes” (BERGUE, 2010, p. 550).

Para Nogueira, Baraldi e Rodrigues (2004, p.18) a aferição pública para admissão ao serviço público a) pode evitar o favorecimento, o apadrinhamento e diferentes formas de clientelismo; b) deve obedecer ao princípio do mérito, promovendo o acesso virtual a todos os cidadãos que tenham as competências requeridas; c) deve assegurar a transparência e a publicidade do processo de admissão.

É notável que nenhum dos entrevistados tenha mencionado o regime jurídico único-RJU, consagrado na Constituição de 1988 como a concretização da forma impessoal, moral e pública de preenchimento de cargos na esfera pública.

Embora D4M1 não tenha feito indicações para ocupação de cargos, alega que há várias formas de fazer a gestão principalmente quando se espera uma não fragmentação da mentalidade do servidor público. No que concerne às nomeações e ao princípio da publicidade, D3M1 assinala que os cargos nomeados também são publicados em diário oficial.

A terceirização, que ocorre quando o prestador de serviço não pertence aos quadros de servidores, foi mencionada de forma indireta tanto em M1 quanto em M2. A terceirização foi legalizada pelo decreto-lei nº 200/1967 (observe-se que a edição dessa

modalidade de legislação ocorreu no período da ditadura militar), integrando-se ao movimento reformista que apregoa a “minimalização do Estado”. Dentre as justificativas alinhadas por seus defensores incluem-se: a) possibilidade de contratação de serviços especializados (não contidos na estrutura funcional da administração pública; b) concentração dos esforços do aparato estatal no desempenho de suas atividades-fim; c) redução de encargos previdenciários e trabalhistas e d) diminuição da estrutura física das unidades administrativas (MELO, 2006, p.74).

Desde a década de 1990 houve preponderância cada vez maior, no espaço público, da transferência da gestão de serviços de saúde para entidades privadas qualificadas como Organizações Sociais- O.S. ou entidades parceiras (CONTREIRAS, 2011).

Particularmente em M1, no final de 2016, a maior parte dos trabalhadores do SUS no âmbito da SMS era contratada como celetista pelas O.S. De acordo com informação prestada pela SMS-SP, o quadro de pessoal da administração direta e indireta somava à época cerca de 33 mil trabalhadores. Já os contratados pelas O.S. e demais entidades “parceiras” perfaziam 43 mil celetistas (COSTA, 2017).

Interessante notar que na área da saúde, a partir da reforma do Estado cria-se as O.S. prevista na NOB/96, e de acordo com Calipo e Soares (2012, p.135) “dois primeiros mecanismos introduzem mudanças na assistência à saúde executada pelo Estado, e a regulamentação dos planos de saúde normatiza os serviços oferecidos pela iniciativa privada”.

O terceiro setor é visto por Antunes (2013) como uma forma de se aproximar cada vez mais da lógica e da racionalidade do mundo produtivo, sendo uma prática comum, por exemplo, nos EUA, onde supera os 70% da área da saúde, tendência semelhante ao Reino Unido, França, Alemanha, entre outros.

Melo (2006) aponta que além da terceirização, há também as cooperativas de trabalho, amparadas pela lei 5.764/1971 que instituiu a Política Nacional de Cooperativismo. As cooperativas, cujas características mais marcantes estão no fato de serem isentas de tributação e desobrigadas de efetuar o pagamento de direitos

trabalhistas, prestam serviços no âmbito da administração pública similarmente às O.S. e às entidades “parceiras”.

Neste contexto, em que o Estado usa o terceiro setor, supostamente mais eficiente, para transposição de serviços, o concurso público perde status. Tanto as O.S. quanto as Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público- Oscip estão desobrigadas de cumprir algumas regras do Estado, entre elas a realização de concurso público para a contratação de pessoal (MELO, 2006, p.82).

Nesse cenário, há redução da empregabilidade no setor público na administração direta e indireta; isso ocorre porque novos cargos não são criados quando há vacância de cargos por motivo de aposentadorias, mortes ou demissão, ao mesmo tempo em que se transferem cargos para a gestão das entidades privadas.

Considerando que no nível da gestão havia apenas dois comissionados, que exerciam plenamente seu cargo, os entrevistados relataram diferenças e apontaram problemas com os cargos comissionados já existentes. Dessa forma, em geral, foi destacada a importância de recrutamento e processo seletivo público e transparente. O concurso público contempla essa demanda, enquanto que as O.S. representam um desafio em relação à ocupação de cargos públicos de forma terceirizada, que não está sujeita a um edital.

5.3.3 Delimitação dos critérios específicos para cargo de direção em saúde pública

Para essa categoria a pergunta principal foi: 5) Em sua opinião, quais seriam a formação/o perfil/as competências adequadas ao exercício dos cargos de direção/chefia no setor público de saúde?

D1M1, D1M2, D3M2, D5M1 destacaram a competência como principal habilidade das pessoas que exercem cargo de gestão no setor público de saúde, juntamente com conhecimento técnico e formação adequada:

[...] tem que ser uma pessoa que tenha qualificação e seja de sua confiança, se a pessoa não responder você troca, É muito mais uma avaliação de desempenho qualitativa [...] (D2M1)

[...] tem que ter competência de administrar [...]eu resolvo meu problema, eu tenho que usar meu poder, para fazer articulação (D1M1)

Foucault (1977, 1979) ressalta que o poder pode ser concebido como uma estratégia e seus efeitos de dominação seja atribuída à manobras, táticas e técnicas que podem se revelar como rede de relações tensas e a possibilidade de resistência pode se apresentar em múltiplos focos.

[...] o jeito que a pessoa trabalha perfil de competência onde a gente pensa quais as habilidades, o que é necessário para isso, eu acho que todo gestor tinha que ter três perfis de competências específicos, um perfil da gestão propriamente dita, planejamento, organização, organização de políticas públicas [...](D5M1)

Deveria ser exigida a formação acadêmica para gestão pública [...] competência comprovada [...] (D3M2).

Em 1986, no contexto de redemocratização do país, foi criada a Escola Nacional de Administração Pública - ENAP, regida pelas disposições da Lei nº 6.871, de 3 de dezembro de 1980, com as alterações da Lei nº 8.140, de 28 de dezembro de 1990, pelo estatuto aprovado na forma do Decreto nº 6.563, de 11 de setembro de 2008, e que tinha como objetivo dotar os quadros do serviço público federal de pessoal capacitado para corresponder às novas demandas da sociedade que a democracia exigia (ENAP, 2008).

No entanto, nenhum dos entrevistados menciona a existência e eventual importância dessa escola para a formação de dirigentes do SUS. Foi referida pelos entrevistados uma iniciativa do MS de formação de gestores, promovida em parceria com instituições de ensino público superior, no caso, o projeto de Desenvolvimento Gerencial de Unidades de Saúde do SUS- GERUS, que se iniciou em 1997.

Concernente à formação, Rodrigues (2011) desenvolveu um estudo sobre certificação ocupacional do estado de São Paulo para diretores regionais de saúde, relacionada ao processo de melhoria dos serviços públicos prestados. Na busca da profissionalização dos servidores públicos, o governo do estado de São Paulo, através

do decreto nº 53.254 de 21 de junho de 2008, resolução nº 13, de 13/08/2008, instituiu o processo de certificação ocupacional para cargos em comissão, empregos e funções de confiança, cujos principais objetivos eram: 1)objetividade, 2)transparência, 3)foco na prática, 4)participação, 5)graduação e 6)acessibilidade (SÃO PAULO, 2009; RODRIGUES, 2011).

A emissão dos certificados foi atribuída à Escola Brasileira de Administração Pública e de Empresas - EBAPE, da Fundação Getúlio Vargas, com validade de 4 anos, tendo sido estabelecidas três certificações: I. DRE - destinada a profissionais da educação interessados em assumir o cargo de Dirigente Regional de Ensino; II. DRS - destinada a profissionais da saúde interessados em assumir a função de Diretor Regional de Saúde; III. DH, destinada a profissionais da saúde interessados em assumir a função de Diretor de Hospital, baseado em gestão por competências (SÃO PAULO, 2009; RODRIGUES, 2011).

Conforme a Secretaria de Gestão Pública, os servidores públicos que estivessem ocupando o cargo em comissão, emprego ou função em confiança, envolvidos no processo de certificação e que não lograram obter a certificação poderão ser encaminhados para uma qualificação direcionada, devendo, de qualquer modo, submeter-se a novo exame na primeira oportunidade após ter concluído o seu programa de qualificação (SÃO PAULO, 2009; RODRIGUES, 2011). Todavia, embora o programa, de acordo com Rodrigues, (2011), fosse inovador, o processo de implantação não teve continuidade.

Pacheco (2003) entende que a pesquisa em administração pública tem reflexos na formação dos conteúdos dos cursos de graduação e pós-graduação, e que estes deveriam rever e discutir seus conteúdos com base em que tipo de profissionais querem formar, visto que parece não se adequarem à demanda.

No que concerne às especificidades do setor público da saúde, ao longo da década de 1990 houve debates sobre o caráter da educação que deveria ser oferecido aos profissionais de saúde.

A discussão se iniciou pela problematização da educação em serviço, considerada como modalidade útil e pontual da educação continuada, que retira os

profissionais do serviço para que possam fazer cursos de atualização nos campos específicos. Tais indagações culminaram na concepção de educação em saúde como “produção e sistematização de conhecimentos relativos à formação e ao desenvolvimento para a atuação em saúde, envolvendo práticas de ensino, diretrizes didáticas e orientação curricular” (BRASIL, 2013, p. 20).

Em decorrência disso, foi elaborada a Política Nacional de Educação Permanente - PNEP (BRASIL, 2013), na qual as questões levantadas cotidianamente nos serviços passam a ser a base para melhoria do conhecimento, capacitação técnica e das práticas. A EP envolve estratégias de organização e do exercício da atenção que passam a ser discutidas na prática concreta dos quadros dirigentes e dos profissionais “em terreno”. As demandas para capacitação não se definem somente a partir de uma lista de necessidades individuais de atualização, nem das orientações dos níveis centrais, mas prioritariamente a partir dos problemas da organização do trabalho, considerando a necessidade de prestar atenção relevante e de qualidade, com integralidade e humanização (BRASIL, 2013, p.3; PINTO, 2009).

Portanto, a partir da problematização do processo e da qualidade do trabalho, são identificadas as necessidades de capacitação, garantindo a aplicabilidade e a relevância dos conteúdos e tecnologias estabelecidas.

No que concerne à gestão, os entrevistados fizeram menção em vários níveis, desde as mudanças de gestão, a gestão de pessoas, gestão do planejamento, gestão de projetos, quanto a formação acadêmica para gestão pública.

Merhy & Feuerwerker (2009, p.11-13) dizem que os atores em situação de governo precisam saber governar já que possuem maior controle e recursos “para a gestão das organizações de saúde”. Os atores dependem da construção de processos relacionais para a produção do cuidado no ambiente de trabalho em saúde e para conseguir suportar todos os prós e contras. Tal construção pode ampliar a governabilidade, tornando-se elemento fundamental na gestão.

Com relação à administração e gestão da saúde pública, Schraiber *et al.* relatam que:

Do administrador em saúde pública ao gerente da rede de unidades e serviços do setor público de produção de assistência médica em articulação com o setor privado, este personagem contemporâneo – o gestor público, defronta-se com uma prática de grande complexidade, resultante dos novos desafios deste novo lugar. E isto será, de um lado, garantir a universalidade e a equidade na prestação de serviços; possibilitar a participação popular e profissional nos processos decisórios correlatos à organização da produção e também na execução dos cuidados em saúde; lidar com a integralidade das ações, criando espaços e formas de interação no trabalho cotidiano e gerenciando conflitos, tal como convém ao representante dessa esfera pública que se plasmou nas leis e normas da reforma (SCHRAIBER *et al.*, 1999, p. 224-225).

Observa-se na fala dos entrevistados, que, além do profissionalismo e da indignação provocada pelas indicações políticas, há ainda preocupação com as repercussões desse processo na qualidade do atendimento, que se estendem à esfera da prestação de serviços,

Para Limongi-França (2004), diante das modificações constantes no campo da gestão, a competitividade passou a fazer parte deste processo, adquirindo grande relevância o sucesso ou fracasso das organizações públicas e privadas.

No Brasil a saúde pública mostra-se de forma desarticulada, embora conte com uma área de proteção, regulação e controle do Estado. Dessa forma a gestão do trabalho no SUS tem sido feita, em sua maioria, de forma empírica e burocratizada, o que faz aumentar ainda mais o grau dos conflitos (BRASIL, 2009).

Para Bresser-Pereira (1995, p.13) pode naturalmente haver uma busca de modelos mistos de recrutamento e formação, “mais próximo ao modelo norte-americano, que recruta seus altos administradores nos cursos de pós-graduação existentes no país, do que do francês, que usa única escola nacional de administração para essa finalidade”.

Pierantoni *et al.* (2008) apontam a necessidade de monitoramento e avaliação da operacionalização de políticas e ações de educação na gestão de recursos humanos do SUS, diante das dificuldades para promover, articular e desenvolver projetos com as instituições parceiras.

As ações a serem desenvolvidas neste âmbito foram especificadas em 2006 no Pacto de Gestão (BRASIL, 2006b), e reafirmadas pelo Contrato Organizativo da Ações Públicas de Saúde (COAP), em 2011 (BRASIL, 2011) nos quais foram estabelecidas as responsabilidades dos gestores estaduais e municipais no que concerne à gestão da força de trabalho no SUS.

Entretanto, Pierantoni *et al.* (2008) observam que, embora o Brasil tenha avançado nos últimos anos, ainda há urgência para assuntos como planos de carreira e educação permanente, cujas lacunas dificultam a desprecarização do trabalho no SUS.

Santos (2017) ressalta que junto ao DesprecarizaSUS, devem ser pensadas e incorporadas ações para superar as fronteiras dos vínculos, cujos anseios incluem: valorização, reconhecimento, igualdade, imparcialidade e universalidade.

Embora o DesprecarizaSUS (BRASIL, 2006a) tenha sido criado para eleger políticas de garantia dos direitos dos trabalhadores da saúde dos regimes estatutário e celetista, ainda há uma constante busca em prol da desprecarização do trabalho, que não se limita à gestão, condições e vínculos e gratificações por função conforme as diretrizes nacionais do MS.

Essa categoria valoriza o desenvolvimento dos critérios específicos para cargos de direção em saúde pública, por meio da formação e qualificação. Considerando que existem diversos cursos e programas de educação permanentes no âmbito do SUS houve críticas com relação ao excesso de teoria e carência de conteúdos de gestão do trabalho na prática.

5.3.4 Interferência das indicações, financiamentos e localização geográfica nas contratações

Agregaram-se duas perguntas para fundamentar essa categoria: 4) Como avalia o modo de ocupação dos cargos de direção/chefia do setor público de saúde? e 6) As características socioeconômicas da região, na qual está situado o serviço que

dirige/chefia, influíram de algum modo no processo de seleção/indicação para os cargos de chefia e direção sob sua gestão?

D1M2, D4M1 e D6M1 destacam como é difícil fazer a gestão no SUS, diante das diversas variáveis que envolvem o cuidado no serviço público, tais como a composição quantitativa do quadro de servidores, a imposição de metas, as características da população local, as constantes mudanças políticas, entre outras.

Inicialmente a temática “indicação” foi a que mais causou impacto, pois como destacou Motta (2007) o personalismo, predominante no mundo latino-americano, é considerado como um fator cultural presente tanto na gestão pública quanto na privada.

D6M1 menciona “a gente sabe que em muitos locais também tem uma indicação política, nenhum dos cargos que eu indiquei foi por indicação política [...] nessa gestão não aconteceu, agora eu sei de muitas indicações que já ocorreram em outras gestões em outras administrações [...]” e D1M1 “[...] eu recebi dezenas de pessoas aqui, com indicação política, olha, sabe qual é o problema a saúde pública, junta técnica, não dá para ser só política, então já descartava de cara, e o cara já entendia [...]”.

Os gestores que atuam em suas funções por indicação de critérios políticos nem sempre estão preparados para o cargo que ocupam, situação que tem gerado insatisfação e conflitos com outros profissionais que se sentem injustiçados.

Lacaz *et al.* apontam, com base em pesquisa que analisou relatos de grupos focais compostos por trabalhadores do SUS de dois grandes municípios da Grande São Paulo, que foram valorizadas a capacitação e a profissionalização dos gerentes das unidades de saúde:

[...] de modo a possibilitar que a gestão de pessoas seja diferente da administração de empresas privadas foi apontada nos grupos focais. Isto foi visto pelos entrevistados, como falta de profissionalismo da gestão, pois foi apontado que coordenação e liderança de equipes de pessoas é diferente de ‘administrar coisas’ ou de como são praticadas nas empresas privadas, onde a gestão por estresse é o modelo (LACAZ *et al.*, 2014, p.166).

Os autores frisaram como esta crítica se dirigiu às indicações políticas na ocupação das funções de gerência, bem como foram salientadas a falta de formação

profissional e capacitação. A pesquisa evidenciou ainda que a ausência de liderança para exercer a coordenação de pessoas foi considerada relevante, provocando efeitos na qualidade dos serviços prestados à população.

Com relação ao nepotismo, apenas um entrevistado, D3M2, foi favorável à indicação de parentes, justificando sua opinião pelo fato do conhecimento que o dirigente teria do seu familiar e ressaltando a competência profissional “[...] todos são contra nepotismo, mais ninguém conhece melhor, por exemplo, seu filho, seu sobrinho, quando ele é bem na sua profissão, eu acho que isso não pode ser um impedimento para exercer um cargo público para compor a sua equipe [...]”.

Vários autores como Pereira 1998, Pacheco (2003) Moraes (2006), Pinto (2009) apontam que o nepotismo além de ser impessoal fere o princípio da moralidade.

Merece um olhar crítico o fato de que é facultado aos servidores que assumem cargos comissionados, neste caso, os diretores regionais, após o período estabelecido, sejam na ocasião da mudança de governo, ou durante o percurso deste, podem voltar a exercer o cargo anterior. A lei complementar nº 1.157, de 02 de dezembro de 2011, institui plano de cargos, vencimentos e salários para os servidores das classes que especifica, o que inclui os cargos de provimento em comissão.

No serviço público federal existem as funções de direção e assessoramento superior-DAS que podem ser ou não ocupados por servidores.

Mello (2015) menciona que não há um percentual fixado em lei em relação ao quantitativo de trabalhadores ocupantes de cargos em comissão, assim, o cargo público como objeto de transações políticas pode gerar conflito de interesses.

Isso vale também para a ocupação de cargos de direção dessas instituições, uma vez que não podem ser exonerados, exceto em caso de infração grave, Mello (2015) observa que isso fere a essência dos valores republicanos, se dirigentes de agências estiverem garantidos além do período do mandato presidencial de quem os investiu em seus cargos, ficará assegurada a persistência de uma orientação político-administrativa ainda que rejeitadas nas urnas pelo povo, em flagrante contradita ao espírito animador da temporariedade dos mandatos políticos (MELLO, 2015, p. 1106)

Nessa linha de pensamento, o **item financiamento** é mencionado por D4M1 “[...] enfim, é o SUS que a gente tem, então são dois problemas, um é o financiamento, e o outro é a gestão [...], foi ressaltado que “[...] o importante é falar do Sistema Único de Saúde, só que não fala que para o SUS ser viável, se você não tiver ferramentas de gestão e financeira, ele não vai. É o que está acontecendo hoje, o financiamento já é pequeno [...]”.

Para Ferreira e Araújo (2014), diante de tantas mudanças, o SUS obteve significativas conquistas, ainda que esteja às voltas com limitações e impasses, pois ainda depende de uma conjunção de forças políticas que assumam a decisão de financiar adequadamente a saúde pública brasileira. Os autores consideram a dimensão do financiamento do SUS condição necessária, mas não suficiente, e sugerem a ampliação da gestão participativa e o fomento das críticas, ativas e solidárias.

O financiamento envolve deliberações políticas, como relata D5M1: “[...]claro que a gestão quanto à política pública ela toma decisão, mas tudo isso era partilhado com as pessoas, às vezes existiam mudanças, por exemplo, qual era a unidade nova que a gente ia investir naquele momento”. Isso valia para a quantidade de funcionários ativos “[...] eu tinha recebido algumas pessoas e me dizia assim, eu gosto muito do que eu faço, mas está humanamente impossível fazer o que eu faço com poucas pessoas” (D1M2).

Os entrevistados abordaram ainda a questão de insumos “[...] a urgência, emergência, faltou agulhas, faltou caneta, então vou dizer para você que esses seis anos, eu não tive paz [...]” (D4M2).

Bresser-Pereira (1997) destaca a relação entre o número de servidores e a força de trabalho economicamente ativa, como sendo inferior à relação entre a carga tributária e o PIB – o que derivaria, para o autor, em parte do fato de que os servidores públicos têm qualificação e, em consequência, remuneração em média superior à remuneração do setor privado.

No quesito financiamento, diferentemente do Canada, a transferência de gestão no SUS para o setor privado se faz mediante contratos, no que diz respeito às O.S.,

entre o poder público e as instituições privadas: “Com base neles são transpassados recursos, servidores públicos, bens públicos e particulares para realização de certos objetivos de valor social prezável e, além de tudo – pasme-se”, ressalta o autor:

“[...] sem licitação e sem a exigência de qualquer demonstração de capacidade técnica ou econômica por parte de tais sujeitos, se já não fora pela grosseria inconstitucionalista do trespasse de bens e de servidores a particulares, o fato de ser feito sem licitação implica inominável afronta ao princípio da igualdade e da busca do melhor atendimento ao interesse público” (MELLO, 2015, p. 1106).

A questão da **localização geográfica** é muito valorizada, principalmente no que tange ao conhecimento e à vinculação do gestor em relação ao território sob sua responsabilidade:

{...} eu colocaria uma pessoa que tivesse identificação com aquela população, gostaria que ele fosse competente [...] com a sociedade que eles têm que conviver [...](D1M1).

[...] a região, a população o território específico, e abrangência daquela unidade, daquele serviço, daquele equipamento, com toda diferença além da trajetória pessoal (D3M2).

“Olha então acho que na indicação agente sempre pensou assim no perfil da pessoa que você ia indicada pra determinada unidade, não sei se só o perfil externo, mas eu acho que tinha uma coisa também da própria dinâmica da unidade [...](D1M2)

Os entrevistados D1M2, D4M1, D4M2, D5M1 e GM1 mencionaram e demonstraram preocupação com os usuários do SUS. Para Feuerwerker e Merhy (2011) as unidades de saúde são produzidas em vários planos, em que se configuram de diferentes modos tanto as relações público-privado, quanto as relações gestores, trabalhadores e usuários, criando um lugar de práticas de saúde e processos de subjetivação, que podem gerar competitividade, sofrimentos e conflitos, não somente no âmbito do trabalho mas também em face de diversos fatores tais como valores culturais e religiosos.

A interferência das indicações foi considerada muito relativa pelos entrevistados e dependeria de cada gestão política, ou seja, a prática do nepotismo parece ser ainda um problema, sem entrar no mérito dos apadrinhamentos que impactam diretamente no bolso dos cidadãos. O uso da verba pública levanta discussões há décadas, especialmente no que concerne ao mau uso. Para os gestores e diretores do SUS, que atuam em relação próxima com os trabalhadores, é um pouco diferente, já que não fazem a gestão financeira municipal de forma direta.

No que diz respeito à localização geográfica, houve duas citações: a distância que o trabalhador precisa percorrer para chegar no horário combinado para atender os usuários; a carência de recursos e o *deficit* no quadro de pessoal nas unidades situadas em regiões de alta demanda.

5.3.5 Desenvolvimento pessoal e profissional afetam a QVT.

A última pergunta teve relação direta com a categoria QVT, matriz referencial da tese: 7) Até que ponto a qualificação da gestão implica diretamente na qualidade de vida no trabalho?

Essa pergunta trouxe respostas com ênfase no papel do gestor e na qualificação da gestão de sustentar a administração do ambiente laboral. Vale destacar que todos os entrevistados tinham formação em saúde, todavia eles destacaram a importância da experiência profissional para o exercício do cargo.

D4M1 menciona que “é difícil ter qualidade de vida sem gestor” , tornando patente a ênfase no papel do gestor em contraponto a instauração de processos coletivos de gestão e organização do trabalho.

Não obstante, um dos entrevistados faz referência à importância da participação nas decisões: “Você poder trabalhar com espaço de escuta compartilhada [...] quando você está fazendo um trabalho que se sente mais pertencente, eu acho que isso muda a qualidade de vida das pessoas (D5M1)”.

Nas respostas de GM1 e GM2, essa centralização no gestor mereceu destaque, conotando preocupação a respeito da saúde do trabalhador e processos de

adocimento pelo acúmulo de responsabilidades. Calip e Soares (2012) associam os problemas do trabalho em saúde com a esfera privada:

A criação das Organizações Sociais (privadas) traz para a saúde (pública) objetivos (competir), instrumentos de gerência (desregulamentação e flexibilização), organização (atomização) e finalidade (vencer a competição) que pertencem à esfera privada do mercado e que não estão referidos aos objetivos (promoção, prevenção, cura e reabilitação), instrumentos (regulamentação pelo público; universalidade e domínio pelos trabalhadores e população do objeto de trabalho), organização (sistema) e finalidade (bem-estar) da saúde individual e coletiva (CALIPO e SOARES, 2012, p.132)

A valorização do trabalhadores do SUS aparece nos depoimentos dos diretores e gestores de RH: “[...] se você dá a oportunidade para as pessoas se sentirem valorizadas isso melhora a qualidade de vida (D4M1)”.

Scopinho (2010) menciona que a qualidade de vida está intimamente ligada ao trabalho e depende de um pacto que se faça no planejamento e na realização das tarefas, devendo ser levada em consideração a necessidade de adaptação dos trabalhadores, ou seja, a existência de uma política e de programas de gestão.

Walton (1974) também discutia fatores que interferem na QVT como a compensação adequada e justa; condição de trabalho seguro e saudável; oportunidade de utilizar e desenvolver as capacidades humanas; oportunidade de crescimento na carreira; integração social na força de trabalho; constitucionalismo na organização do trabalho; trabalho e qualidade de vida e relevância especial do trabalho.

Capitão e Heloani (2003, p.106) criticam a concepção de QVT como meta ou política de relações públicas, devendo-se questionar se há nocividade no trabalho, pois “a trama em que essa questão está envolta é quase evidente: a luta pela sobrevivência leva a uma jornada excessiva de trabalho, e as condições em que o trabalho se realiza repercutem diretamente na fisiologia do corpo”. Os autores constatam a degradação crescente, particularmente nos países do terceiro mundo, da qualidade de vida do trabalhador. Disseminaram-se agravos que anteriormente eram ausentes ou que incidiam apenas em certos nichos empresariais, tais como as Lesões por Esforços

Repetitivos (LER) e os Distúrbios Osteomusculares (Dort), provocando incapacidade em milhares de trabalhadores. Tratam-se de processos inflamatórios acometendo músculos, tendões, ligamentos e nervos, de modo isolado ou associado, podendo levar à degeneração tecidual e podendo causar invalidez permanente.

Heloani e Capitão (2003) frisam a dificuldade de diagnóstico e o acometimento mais frequente das trabalhadoras, na faixa etária de 18-35 anos.

Parece até que, pelo encolhimento do mercado de trabalho, as lutas dos trabalhadores restringem-se apenas à sobrevivência, assim como o quadro histórico encontrado no início do século passado, em que a luta era para não morrer, não importando o preço que teria de ser pago... viver como um estado apenas emergencial” (HELOANI E CAPITÃO, 2003, p.105).

Para Ciborra & Lanzara (1984), a QVT também é determinada por fatores psicológicos, que incluem a criatividade, autonomia, flexibilidade e fatores organizativo-políticos. Os autores ressaltam também a dimensão do controle pessoal sobre o posto de trabalho e a quantidade de poder que os trabalhadores podem exercer em seu ambiente trabalho.

As relações de poder são múltiplas para Foucault (1979) e funcionam como uma rede que está em constante transformação em toda a estrutura social, exercendo poder e sofrendo ações.

Melo (2006, p.35) nota que a nova gestão pública, baseada no conceito de eficiência e voltada para o controle de resultados, de uma forma geral apresenta algumas características que o autor acha importante ressaltar: 1) descentralização política, com a transferência de recursos e competências para os níveis subnacionais; 2) descentralização administrativa (maior delegação de autoridade aos administradores públicos); 3) instituição de organizações pouco hierarquizadas (contrapondo-se às piramidais); 4) controle dos resultados (posterior), diferentemente do modelo burocrata (mais rígido e concomitante); 5) ênfase para a qualidade e a produtividade do serviço público e para o atendimento ao cidadão (cliente), essas características interferem substancialmente na QVT.

Limongi-França (2004, p. 64) considera que, no âmbito das queixas dos pacientes, as relações indivíduo-trabalho interferem nos padrões culturais de cada ambiente, incluindo a vertente saúde x produtividade, e a percepção pode ser:

“[...] produtividade é saúde, doença é fraqueza, psicológico é pessoal, sobrecarga de trabalho é dor, empresa é proteção, doença na empresa é tratamento ou rejeição, frequência de queixas no ambulatório é oportunismo, trabalho é sobrevivência, somatização é psiquismo e hábitos de vida podem ser fatores determinantes nas reações do organismo”.

Lacaz *et al.* (2014, p.104) relatam que, em suas pesquisas, observou-se pelas falas dos gestores “a percepção de que há repercussões psicossociais sobre os trabalhadores consequentes das condições de trabalho inadequadas e de um quadro de pessoal insuficiente. Ademais, é reconhecida a ausência de política efetiva voltada para a saúde dos trabalhadores municipais”.

Dessa forma existe um paradoxo entre a coexistência da busca pela produtividade e melhor posicionamento competitivo, ou seja, as questões sobre QVT são remetidas à planejamento de gestão estratégica de pessoas, certificações ISO 9000, políticas de negócios da empresa etc. (LIMONGI-FRANÇA, 2004).

Neumann (2014) sugere que, para a carreira pública, os gestores sejam capacitados e certificados, ou seja, “que tenham uma formação adequada, no sentido de saber: dialogar e respeitar a equipe de trabalho, motivar e delegar, avaliar de forma justa, ter uma postura democrática em relação às posições divergentes e ter um espírito de liderança sem autoritarismo” (p.94), objetivando a melhoria da qualidade de vida no trabalho e do serviço prestado.

Conforme declara D5M1 “[...] então isso melhora a qualidade de vida dos próprios usuários que vão usar a rede, eu acho que tem muita diferença, a gestão ela é fundamental para o tipo e a qualidade ofertados para os usuários [...]”.

Lacaz (2000) frisa haver necessidade de organização e discussão a partir dos locais de trabalho em prol da igualdade e democracia, já que as questões ligadas à

competitividade/produktividade e qualidade do produto interferem substancialmente na qualidade do trabalho e na saúde do trabalhador.

Está previsto que a PNSST objetive a promoção da saúde, a melhoria da qualidade de vida do trabalhador e a prevenção de acidentes (BRASIL, 2011).

Lacaz e Sato (2006), no campo da ST apresentam abordagem crítica sobre como a QVT é vista em termos de negociação como elemento de produção, e apontam a necessidade de replanejamento do trabalho e gestão participativa.

Dessa forma, ao analisar as formas de ocupação de cargos no serviço público brasileiro na área da saúde, verificou-se uma gama de olhares críticos nas formas de ocupação de cargos, especialmente de gestão. Há persistência das ações de cunho patrimonialista, paternalista e personalista, que destoam dos mandamentos constitucionais brasileiros; os problemas persistem havendo necessidade de iniciativas que recuperem o caráter republicano que regeu, ainda que com contradições, o texto constitucional de 1988.

6. Considerações finais

O patrimonialismo histórico, presente desde o Brasil colônia, apresentou-se como forma de poder e impactou no modelo dos serviços públicos. O controle da prestação de serviços públicos era escasso, não havia legislação vigente que assegurasse a qualidade dos serviços, somente a partir da Constituição de 1934 é que surgiram as regulações para cada tipo de serviço público.

Atribui-se ao serviço público em saúde a responsabilidade de satisfazer as necessidades da coletividade, fato que é considerado como um desafio pelos estudiosos. Ao mesmo tempo, surgem crises atribuídas ao Estado, culminando em questionamentos sobre a efetividade da atuação da Administração Pública, abrindo espaço para as reformas administrativas.

A competência e limites do Estado são abordados na Constituição, todavia, no contexto da globalização no sistema capitalista, os Estados permanecem interferindo na economia, tais como a reforma trabalhista e congelamento das despesas primárias por vinte anos (EC 95/2016).

Duas formas de administração pública se tornaram relevantes: Administração Pública burocrática, com excesso de formalismo e com ênfase nos processos e a Administração Pública Gerencial, centralizada na busca pela eficiência dos serviços. Essa busca pela qualidade com menor custo acaba por secundarizar a impessoalidade, moralidade e publicidade.

A partir do momento em que a Reforma Administrativa da década de 1990 determinou que o Estado exercesse apenas determinadas atividades econômicas que atendam requisitos de segurança nacional ou de interesse coletivo, determinados em lei, tal determinação abriu margem para que agentes privados atuassem em serviços estatais. Desde 1998, como exemplo, a SES-SP vem repassando a gestão de hospitais e ambulatórios de especialidades para O.S., mediante contratos de gestão.

Assim, no contexto da reforma do Estado, atribuições públicas foram delegadas à iniciativa privada, com limites expressos na Constituição e nas leis. Todavia, isto requer um olhar crítico sobre as maleabilidades interpretativas pressupostas nas normas jurídicas, posto que, as leis que passaram a regular as relações de trabalho no setor público em saúde ainda estão sob o predomínio do clientelismo patrimonialista.

Como visto, a terceirização, respaldada em lei, objetivando tornar a administração pública mais eficiente, burla a questão do concurso público para contratação de pessoal, a partir do momento que as entidades privadas estão desobrigadas desta regra de Estado. Entretanto, no âmbito das falas dos entrevistados, as questões da terceirização e quarteirização no serviço público não foram consideradas, ainda que autorizadas pelo decreto-lei nº 200/1967.

Os municípios estão absorvendo cada vez mais responsabilidade pela atuação governamental em muitos aspectos, para regulamentar, intervir e atuar, à medida que adquirem autonomia estrutural e financeira, como é o caso da área da saúde.

As secretarias municipais e estaduais de saúde, juntamente com órgãos e parceiros, têm um papel fundamental nas ações e mecanismos de operacionalização do funcionamento do SUS. A normatização do sistema de descentralização municipal possibilitou a contratação e gerência de trabalhadores, gerando maior necessidade de políticas de gestão do trabalho.

Além disso, a expressão do poder político traz consigo a evocação de pertinência e necessária alocação de cargos nas mais diversas áreas, o que não é inconstitucional, mas racionaliza-se de forma ambígua fazendo com que se questione a liberdade decisória dos gestores públicos da saúde em cada eleição.

No primeiro texto 'Ocupação de cargos públicos de gestão no setor público no Brasil: revisão integrativa da literatura' foram analisados doze artigos com base nos princípios impessoalidade, moralidade, eficiência e publicidade da CF evidenciando a

necessidade de avanços em políticas que defendam o interesse dos trabalhadores do setor público

Em relação à ‘Ocupação de cargos públicos na área da saúde na perspectiva de gestores de Ontário/Canadá’ destacaram-se nas entrevistas a transparência nas contratações e o apoio dos sindicatos. Esses dois itens estão de acordo com os cinco princípios da lei de saúde canadense: universalidade, abrangência, acesso razoável, portabilidade e administração pública.

Os trabalhadores canadenses apontaram a importância do papel dos sindicatos como negociadores nas contratações, com predominância dos sindicatos cujos filiados são servidores públicos, e de comum acordo. Os resultados revelaram que a transparência no recrutamento e seleção, apoio profissionalizante e negociações justas possibilitam melhores contratações de trabalho, oportunidade para equilíbrio pessoal e podem servir de modelo para outros países.

Com relação aos dois municípios brasileiros, os achados apontaram que M1 e M2 possuem formas de contratação similares, as diferenças e similaridades acontecem no nível de gestão local e não foram problematizadas em grande escala. A partir das entrevistas foi possível constituir categorias de análise que permitiram atender aos objetivos específicos desta pesquisa.

No âmbito do SUS, a qualificação dos profissionais do SUS, no que diz respeito à formação, tornou-se responsabilidade constitucional, com a demanda de repensar o contexto político e pedagógico de modo a transformá-lo com ações mais eficazes e efetivas.

A divulgação de informações de interesse público está na lei, é dever do Estado garantir o direito e acesso à informação, com exceção das informações sigilosas. A Administração Pública precisa fomentar a transparência por meio da divulgação das informações de assuntos públicos, para que qualquer cidadão, exercendo democracia, possa verificar se realmente há impessoalidade e/ou alguma irregularidade.

A transparência proporciona a participação da sociedade no processo de elaboração de políticas públicas o que pode proporcionar maior eficiência, sem levar em conta a *accountability*, uma vez que devem ser levadas em consideração as limitações do ensino e a informatização precária.

Os dirigentes que atuam em suas funções por indicação de critérios políticos nem sempre fazem parte do quadro de servidores, situação que tem gerado insatisfação e conflitos com outros profissionais.

Reconhece-se que os dados examinados não devem ser generalizados, todavia entende-se que a as políticas públicas precisa ser repensada. Propõe-se que sejam revistos os critérios para ocupação de cargos na gestão do trabalho em saúde no âmbito do SUS, considerando que a administração pública, de acordo com o art.37 da CF, deve obedecer aos princípios da legalidade, impessoalidade, moralidade, eficiência e publicidade.

Tais princípios não foram diretamente relacionados pelos entrevistados nos municípios brasileiros com a qualidade de vida no trabalho, já que eles associam fortemente as habilidades e competências pessoais dos dirigentes como os fatores decisivos na melhoria dos ambientes e relações de trabalho.

Reconhece-se um avanço nas políticas e programas relacionados com a gestão do trabalho em saúde quanto à melhoria da QVT, todavia são necessárias intervenções e práticas organizacionais que viabilizem oportunidades de escolha e fatores de satisfação.

Dessa forma, quando se pesquisa sobre a ocupação de cargos públicos na área da saúde, à luz dos princípios da CF, percebe-se que tanto M1 quanto M2 destacam que a pessoalidade, que conduz os cargos comissionados como critério de confiança, não oferece um ambiente favorável à QVT. Assim, entende-se que indicações de gestores por critérios não orientados por princípios republicanos interferem na gestão, qualidade e no ambiente de trabalho.

7. Referências

ABRUCIO, F. L. **O impacto do modelo gerencial na administração pública: um breve estudo sobre a experiência internacional recente.** Cadernos ENAP, Brasília-DF, n. 10, 1997. 52 p.

AISTON, E.; DICKSON, K.; PREVISICH, N. Essential functions of Canada's public health care system, decentralization, and tools for quality assurance: consistency through change in the Canadian health system. **Rev. Panam Salud Publica**, Washington, v. 8, n. 1-2, p. 24-25, ago. 2000. Disponível em: <http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S10209892000000700021&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em 04 abr. 2017.

ALBUQUERQUE, L.G.; LIMONGI-FRANÇA, A.C.L. Estratégias de recursos humanos e gestão da qualidade de vida no trabalho: o stress e a expansão do conceito de qualidade total. **Revista de Administração**. São Paulo, vol.33, n.2, p.40-51, abr./jun. 1998.

ANTUNES, R. **Os sentidos do trabalho** – Ensaio sobre a afirmação e a negação do trabalho. 2ª ed. São Paulo: Boitempo, 2013.

_____. A nova morfologia do trabalho e as formas diferenciadas da reestruturação produtiva no Brasil dos anos 1990. **Sociologia**, Porto, v. 27, p. 11-25, jan. 2014. Disponível em: <http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S087234192014000100002&lng=pt&nrm=iso>. acesso em 20 set. 2018

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. 3. ed. Lisboa: Edições 70, 2004.

BEHRING, E. R.; BOSCHETTI, I **Política social: fundamentos e história**. 9ª ed. 8ª reimpressão. São Paulo: Cortez, 2011.

BERGUE, S. T. **Gestão de Pessoas em Organizações Públicas**. Caxias do Sul, RS. Educs. 2010.

BERGUE, S. T. **Gestão de pessoas: bases teóricas e experiências no setor público**. Organizado por Marizaura Reis de Souza Camões, Maria Júlia Pantoja e Sandro Trescastro Bergue. – Brasília: ENAP, 2010.

BLANCH, J. M. **Condiciones de trabajo y riesgos psicosociales bajo La Nueva Gestión**. Formació Continuada a Distância. Consejo General de Colegios Oficiales de Psicólogos. Decimocuarta Edición Septiembre-October 2011.

BRASIL. Câmara da Reforma. **Plano Diretor da Reforma do Aparelho do Estado - PDRAE**. Brasília: Mare, 1995a. Disponível em: Disponível em:

<<http://www.bresserpereira.org.br/Documents/Mare/Planodiretor/Planodiretor.Pdf>>
Acesso c'em: 26 mai 2017.

_____. **Conselho Nacional de Secretários de Saúde** - CONASS. Para entender a gestão do SUS / Conselho Nacional de Secretários de Saúde. – Brasília, DF, 2003.

_____. **Constituição da República Federativa do Brasil** - CF. Brasília, DF, Senado Federal: Centro Gráfico, 292 p. 1988.

_____. **Constituição da República Federativa do Brasil** - CF. Brasília, DF, Senado Federal: Centro Gráfico, 292 p. 1967.

_____. **Decreto n. 7.602** de 7 de novembro de 2011. Dispõe sobre a Política Nacional de Segurança e Saúde no Trabalho – PNSST, Brasília: DF, 2011. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2011-2014/2011/Decreto/D7602.htm>
Acesso em: 20 fev. 2016.

_____. **Decreto n. 7.133** de 19 de março de 2010. Regulamenta os critérios e procedimentos gerais a serem observados para a realização das avaliações de desempenho individual e institucional e o pagamento das gratificações de desempenho. Brasília: DF, 2010. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2010/decreto/d7133.htm> Acesso em: 26 mai 2017.

_____. **Departamento Administrativo do Serviço Público (DASP)**, Brasília-DF, 1995b.

_____. **Direção e Assistência Intermediária (DAI)**, instituído pelo Decreto nº 72.912 de 1973, Brasília, DF, 1973. Disponível em: <<http://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/1970-1979/decreto-72912-10-outubro-1973-421187-publicacaooriginal-1-pe.html>> Acesso em 08 de abr. 2017.

_____. **Lei nº 13.467** de 13 de julho de 2017, altera a Consolidação das Leis do Trabalho (CLT), aprovada pelo Decreto-Lei no 5.452, de 1o de maio de 1943, e as Leis nos 6.019, de 3 de janeiro de 1974, 8.036, de 11 de maio de 1990, e 8.212, de 24 de julho de 1991, a fim de adequar a legislação às novas relações de trabalho. Brasília, DF, 2017. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2017/lei/l13467.htm> Acesso em 01 abr. 2018.

_____. **Lei nº 8.745** de 09 de dezembro de 1993, estabelece sobre os casos de contratação por tempo determinado para a atender à necessidade temporária deve ser excepcional e interesse público. Brasília, DF, 1993. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L8745cons.htm> Acesso em 12 mai. 2017.

_____. **Lei nº 8.212** de 24 de julho de 1991. Dispõe sobre a organização da Seguridade Social, institui plano de custeio, e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 25 jul. 1991a. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8212cons.htm> Acesso em: 01 jun. 2016

_____. **Lei nº 8.213** de 24 de julho de 1991. Dispõe sobre os planos de benefícios da Previdência Social e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 25 jul. 1991b. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8213cons.htm> Acesso em: 01 jun. 2016.

_____. **Lei nº 8.080** de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o financiamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 1990a.

_____. **Lei nº 8.112** de 11 de dezembro de 1990, que dispõe sobre o regime jurídico dos servidores, das autarquias e das fundações públicas federais. Brasília, DF, 1990b.

_____. **Lei nº 6.514** de 22 de dezembro de 1977 constituiu os art. 154 até 201 da Consolidação das Leis do Trabalho – CLT. Brasília, DF, 1977.

_____. **Lei nº 5.452** de 1º de maio de 1943. Consolidação das Leis do Trabalho, 1943. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto-lei/Del5452.htm> Acesso em 12 mai. 2017.

_____. Ministério da Administração Federal e Reforma do Estado. **Os avanços da reforma na administração pública: 1995-1998**. Brasília: Cadernos MARE da reforma do Estado, v. 2, 74 p. 1998.

_____. Ministério da Saúde. **Pacto de Gestão**. Garantido saúde para todos, Ministério da Saúde Brasília – DF, 2006b.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria 1318/2007**. Dispõe sobre Diretrizes Nacionais para a Instituição de Planos de Carreira, Cargos e Salário no âmbito do SUS. Brasília: DF, 2007.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.823**, de 23 de agosto de 2012, institui a Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora. Brasília: DF, 2012. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt1823_23_08_2012.html> Acesso em: 15 jul. 2015.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 399** de 22 de fevereiro de 2006, Pacto pela Saúde – Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do Referido Pacto Brasília: DF; 2007. Disponível em:

<http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt0399_22_02_2006.htm> Acesso em: 15 jul. 2015.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria 2.261/GM**, de 22 de setembro de 2006. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, institui o Programa de Qualificação e Estruturação da Gestão do Trabalho e da Educação no SUS (ProgeSUS). Diário Oficial da União nº 170, 2011. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt2261_22_09_2006_rep_comp.html> Acesso em 15 jul 2015.

_____. Ministério da Saúde. **Programa Nacional de Desprecarização do Trabalho no SUS**. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão e da Regulação do Trabalho em Saúde. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2006a. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/agenda_positiva.pdf> Acesso em: 08 fev 2018.

_____. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Humanização - PNH** – HumanizaSUS, Portaria GM/MS nº 2406, 19.12.2003, Brasília-DF, 2013.

_____. Ministério da Saúde. **Política de Recursos Humanos para o SUS**: balanço e perspectivas, Brasília, DF, 2002.

_____. Ministério da Saúde. **Decreto 4.726** de 09 de junho de 2003. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES). Departamento de Gestão da Educação em Saúde. Política Nacional de Educação Permanente em Saúde, Brasília: DF, v.9, p.64, 2009.

_____. Ministério da Saúde **Departamento de Gestão da Educação na saúde** (Deges) e o Departamento de Gestão e da Regulação do Trabalho em Saúde (Degerts). Brasília: DF, v.9, p.64, 2012. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pol_formacao_desenv.pdf> Acesso em: 20 jun 2016

_____. Ministério da Saúde. **Gestão do SUS 2013-2018**, Brasília, DF, 2018. Disponível em: <<http://portalms.saude.gov.br/gestao-do-sus>> Acesso em: 20 jun 2016.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. **Glossário temático: gestão do trabalho e da educação na saúde**. Ministério da Saúde, Secretaria-Executiva, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. – Brasília: DF, Editora do Ministério da Saúde, 2007, 56 p.

_____. Ministério da Saúde Portaria nº 2.203. **Norma Operacional Básica sobre Recursos Humanos do SUS** – NOB-RH/SUS, Brasília-DF, 1996.

_____. Ministério da Saúde. **Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012.** Conselho Nacional de Saúde. Dispõe sobre diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos [Internet]. Brasília: DF, 2012 Disponível em: <<http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>> Acesso em 08 abr. 2017.

_____. Ministério do Trabalho em emprego. **Portaria nº 3.214**, 08 de junho de 1978. Secretaria de inspeção do Trabalho. Aprova as normas reguladoras. Brasília: DF, 1978. Disponível em: <<http://www.camara.gov.br/sileg/integras/839945.pdf>> Acesso em

BRESSER-PEREIRA, L. C. **A reforma administrativa do Sistema de Saúde.** Cadernos n.13 da Reforma do Estado. Ministério da Administração e Reforma do Estado. Brasília, DF, 1998.

_____. A Reforma do Estado dos anos 90: lógica e mecanismos de controle. **Cadernos MARE da Reforma do Estado** Caderno nº 1, 1997. Disponível em: <<http://www.bresserpereira.org.br/documents/MARE/CadernosMare/CADERNO01.pdf>> Acesso em: 08 abr. 2017.

_____. A reforma do aparelho do Estado e a Constituição brasileira. Brasília: **MARE/ENAP**, 15p, 1995.

BROOME, M. E. Integrative literature reviews for the development of concepts. **Concept development in nursing: foundations, techniques and applications.** Philadelphia: WB Saunders Company, p. 231-50, 2000.

CALIPO, Sylvia Maria; SOARES, Cássia Baldini. Público e privado na reforma do Sistema de Saúde no Brasil. **Sociedade em Debate**, v. 14, n. 1, p. 119-138, 2012.

CAMPOS, C. M. S.; VIANA, N.; SOARES, C. B. Mudanças no capitalismo contemporâneo e seu impacto sobre as políticas estatais: o SUS em debate. **Saude soc.**, São Paulo , v. 24, supl. 1, p. 82-91, June 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010412902015000500082&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 17 Set. 2018.

CANADÁ. Justice Laws Website. 2016. Disponível em: <<http://laws-lois.justice.gc.ca/eng/regulations/>> Acesso em 12 nov 2016.

_____. Canadá Health Act. Minister of Justice, 1985. Disponível em: <<http://lwas.justice.gc.ca/PDF/C-6.pdf>>. Acesso em 12 nov 2016.

_____. Canada Labour Code. 2016. Disponível em: <<http://laws-lois.justice.gc.ca/PDF/L-2.pdf>> Acesso em 12 nov 2016.

_____. Census Program. Statistics, Canada, 2016. Disponível em: <http://www12.statcan.gc.ca/censusrecensement/indexeng.cfm?GC=35&RELEASE_TOPIC_ID=3#keystats> Acesso em 12 nov 2016.

_____. Labour Relations, Divisão 4: Comissão de Relações de Trabalho e Emprego do Serviço Público. 2003. <Disponível em: <http://laws-lois.justice.gc.ca/eng/acts/P-33.3/>> Acesso em 13 nov 2016.

CARNUT, L.; NARVAI, P. C. Avaliação de desempenho de sistemas de saúde e gerencialismo na gestão pública brasileira. **Saude soc.** São Paulo, v. 25, n. 2, p. 290-305, 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010412902016000200290&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 10 jun 2018.

CIBORRA C.; LANZARA G. F. **Progettazione delle Tecnologie e Qualita del Lavoro.** Franco Angeli Editore, Milão. 330 p. 1984.

COHN A. A reforma sanitária brasileira após 20 do SUS: reflexões. **Cad. De saúde pública**, v. 25, n. 7, p. 1614-1619, 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v25n7/20.pdf>> Acesso em 18 dez 2017.

COHN, A. **Por onde anda a Reforma Sanitária?** Teoria e Debate n.48, junho/julho/agosto de 2001.

CONTREIRAS, H. **Organizações Sociais e a gestão privada na rede municipal de saúde da cidade de São Paulo.** [Tese de Doutorado] EPSJV, Rio de Janeiro, 2011.

COSTA, S. A. **Condições e organização do trabalho no SUS** em dois hospitais públicos sob diferentes formas de gestão na perspectiva de médicos e enfermeiros. [Tese de doutorado] Unifesp: São Paulo, 2017.

DEJOURS, Christophe. Subjetividade, trabalho e ação. **Revista produção**, v. 14, n. 3, p. 27-34, 2004.

_____. Christophe. A loucura do trabalho: estudo de psicopatologia do trabalho. In: **A loucura do trabalho: estudo de psicopatologia do trabalho.** Cortez, 1991.

DI PIETRO, M. S. Z. **Direito Administrativo.** São Paulo: Editora Atlas S.A. 28. ed. 2015.

_____. M. S. Z. **Parcerias na administração pública:** concessão, permissão, franquia, terceirização, parceria público-privada e outras formas. Atlas, 2005.

DINIZ *et al.* Guia de Medicina Ambulatorial e Hospitalar d EPM-UNIFESP. Qualidade de

Vida: Saúde e Trabalho, 2ª Edição, Editor da série: Nestor Schor, São Paulo: Editora Manole Ltda, 2013. DUARTE, E. N. Sobre a história da saúde pública: ideias e autores. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 5, n. 2, 2000.

ENAP, **Escola Nacional de Administração Pública**, regida pelas disposições da Lei nº 6.871, de 3 de dezembro de 1980, com as alterações da Lei nº 8.140, de 28 de dezembro de 1990, pelo estatuto aprovado na forma do Decreto nº 6.563, de 11 de setembro de 2008, Brasília-DF, 2008.

FARIA, L. J. **Nova Administração Pública: O Processo de Inovação na Administração Pública Federal Brasileira Visto pela Experiência do “Concurso Inovação na Gestão Pública Federal”**. XXXIII Encontro da ANPAD, São Paulo, 19 a 23 de setembro de 2009.

FARQUHAR, M. **Definitions of quality of life: a taxonomy**. J Adv Nurs; v. 22, nº 3, pp. 502-8, 1995.

FERREIRA, A. B. H. **Novo dicionário Aurélio século XXI**. 3ª ed. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1999.

FERREIRA J. L. N.; ARAÚJO, J. N. G. Gestão e subjetividade no SUS: o enfrentamento de impasses em tempos neoliberais. **Psicologia & Sociedade**, v. 26, n. 3, 2014.

FERREIRA, M. C. **O clientelismo e os cargos comissionados: impacto na eficiência da administração pública**. In: Âmbito Jurídico, Rio Grande, XVII, n. 125, jun 2014. Disponível em: <http://www.ambito-juridico.com.br/site/?n_link=revista_artigos_leitura&artigo_id=14137> Acesso em 08 abr 2017.

FERREIRA, M. C.; ALVES, L.; TOSTES, N.. Gestão de qualidade de vida no trabalho (QVT) no serviço público federal: o descompasso entre problemas e práticas gerenciais. **Psicologia: teoria e pesquisa**, v. 25, n. 3, p. 319-327, 2009.

FEUERWERKER, L. C. M.; MERHY, E. E. Como temos armado e efetivado nossos estudos, que fundamentalmente investigam políticas e práticas sociais de gestão e de saúde. MATTOS, RA; BAPTISTA, TWF **Caminhos para análise das políticas de saúde**. Rio de Janeiro: UERJ, IMS, p. 290-305, 2011.

FIO CRUZ. Fundação Oswaldo Cruz, **História da medicina**. Rio de Janeiro, Disponível em: <<https://portal.fiocruz.br/historia>> Acesso em: 29 mar. 2018.

FOUCAULT, M. Microfísica do poder. Rio de Janeiro, Ed. Graal. 1979

_____. Vigiar e Punir. Petrópolis, Ed. Vozes. 1977

GUARULHOS, **Caderno de Gestão de RH 2015**. Prefeitura de Guarulhos, Secretaria de Saúde, 2016. Disponível em: <<http://www.guarulhos.sp.gov.br/sites/default/files/Caderno%20de%20Gest%C3%A3o%20de%20RH%202015.pdf>> Acesso em: 29 mar. 2018.

_____. **Decreto nº 29354** de 20 de outubro de 2011. Guarulhos, SP, 2011. Disponível em: <<http://portaldoservidor.guarulhos.sp.gov.br/files/politicasst2.pdf>> Acesso em: 29 mar. 2018.

_____. **Lei orgânica do município 01/90**, lei nº 6010 de 12 de abril de 2004. Disponível: < http://www.guarulhos.sp.gov.br/sites/default/files/lei_organica/lom.pdf> Acesso em: 29 mar. 2018.

_____. **Lei Municipal nº7.119**, artigo nº 21, de 18 de abril de 2013, Guarulhos – SP, 2013.

_____. **Plano Municipal de Saúde de Guarulhos**, 2010-2013, Guarulhos: SP, 2013. Disponível em: [http://www.guarulhos.sp.gov.br/files/plano_m_saude_2010_2013_final_julho-11.pdf.] Acesso em: 15 jul. 2015.

_____. **Portal da Prefeitura Municipal de Guarulhos** [homepage internet]. Guarulhos, SP. 2018. Disponível em: <<http://www.guarulhos.sp.gov.br/>> Acesso em: 29 mar. 2018.

HELOANI, J. R.; CAPITAO, C. G. Saúde mental e psicologia do trabalho. **São Paulo em Perspectiva**, São Paulo, v. 17, n. 2, p. 102-108, June 2003. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010288392003000200011&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 29 mar 2018.

HOBBSAWN, E. J. **Era dos extremos: o breve século XX: 1914-1991**. São Paulo: Companhia das Letras, 1995. 2ª ed. 28 reimpressão, 2004. 598 p.

HOGA, L.A.K.; PEREIRA P.F. **Aspectos éticos da pesquisa empírica em saúde**. In: Luiza Akiko Komura HOGA; Ana Luiza Vilela BORGES. (Org.). Pesquisa empírica em saúde guia prático para iniciantes. 1ed. São Paulo – SP, v. 1, p. 13-21, 2016.

IBGE. Instituto de Geografia e Estatística. **População do estado de São Paulo**. 2017
LACAZ, F. A. C. Qualidade de vida no trabalho e saúde/doença. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 5, n. 1, p. 151-161, 2000.

LACAZ, F.A.C.; JUNQUEIRA, V. **Gestão do Trabalho, Estado de Bem-Estar Social, Neoliberalismo: Estado “Mínimo” e a Saúde dos Trabalhadores do SUS**. In: LACAZ, F.A.C; GOULART P.M. e JUNQUEIRA V.(orgs)Trabalhar no SUS, p. 29-64, 2017.

LACAZ, F.A.C.; SATO, L. Humanização e qualidade do processo de trabalho em saúde. In: Deslandes, SF (org.) **Humanização dos Cuidados em Saúde: conceitos, dilemas e críticas**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, pp. 109-139, 2006.

LACAZ, F.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 Técnico**. São Paulo: Fapesp, 2014.

LAURELL, A. C. **Estado e políticas sociais no neoliberalismo**. São Paulo: Cortez, 1995.

LIMA JÚNIOR, O. B. **As reformas administrativas no Brasil: modelos, sucessos e fracassos**. 1998.

LIMONGI-FRANÇA, A. C. **Qualidade de vida no trabalho: conceitos e práticas nas empresas da sociedade pós-industrial**. São Paulo: Editora Atlas, 2ª edição, 2004.

MACHADO, J. F. *et al.* O legislativo e o gerencialismo na gestão de pessoas da administração pública. **Revista de Políticas Públicas**, v. 21, n. 2, p. 999-1018, 2018.

MACHADO, M. H.; FILHO, W. A. Gestão do trabalho em saúde: a evolução do conceito e suas implicações para o setor saúde no Brasil IN. **Saúde, Trabalho e Cidadania em Mato Grosso**. EduFMT, Cuiabá-MT, pp. 53- 66, 2014.

MEIRELLES, H. L. **Direito Administrativo Brasileiro**. São Paulo: Malheiros, 2002. 94 p.

MELO, F.J.G. **Admissão de Pessoal no Serviço Público**. Procedimentos, restrições e Controles. (De acordo com a Lei de Responsabilidade Fiscal), Belo Horizonte: Editora Fórum, 2006.

MELLO C.A.B. **Curso de direito administrativo**. 32ª edição, revista e atualizada até a Emenda Constitucional 84, de 02.12.2014. São Paulo: Malheiros Editores Ltda, 2014.

MENDES, A. O fundo público e os impasses do financiamento da saúde universal brasileira. **Saúde e Sociedade** (USP. Impresso), v. 23, p. 1183-1197, 2014.

MERHY, E. E.; FEUERWERKER, L. C. M. Novo olhar sobre as tecnologias de saúde: uma necessidade contemporânea. **Leituras de novas tecnologias e saúde**. São Cristóvão: Editora UFS, v. 1, 2009.

MINAYO, M.C.S. **O desafio do conhecimento**. Pesquisa Qualitativa em saúde. 8ª edição, São Paulo: Editora Hucitec, 2004.

MOTTA, P. R. **A modernização da Administração Pública brasileira nos últimos 40 anos.** Rio de Janeiro, 2007. Disponível em: [<http://www.scielo.br/pdf/rap/v41nspe/a06v41sp.pdf>] Acesso em: 08 abri. 2017.

MUJALLI, W. B. **Administração Pública, serviços público, serviço público.** Comentários e Nocões Gerais. Volume 1, Editora e Distribuidora Bookseller, Campinas-SP. 1997.

NEUMANN A.P.F.M. As estratégias de resistência ao sofrimento psíquico e físico relacionadas à gestão do trabalho em saúde: um estudo de revisão sistemática da literatura. [**Dissertação de Mestrado em Saúde Coletiva**] São Paulo, UNIFESP, 2014.

NOGUEIRA, R. P. **Problemas de gestão e regulação do trabalho no SUS.** Serviço Social e Sociedade, v. 87, pp. 147-62, 2006.

NOGUEIRA, R. P.; BARALDI, S.; RODRIGUES, V. A. Limites críticos das noções de precariedade e desprecarização do trabalho na administração pública. **Observatório de recursos humanos no Brasil: estudos e análise.** Brasília: Ministério da Saúde, NESP/CEAM/UnB 2004.

NOGUEIRA, M. A. **As possibilidades da política:** ideias para a reforma democrática do Estado. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1998.

NORONHA, D., SOARES, L. T. A política de saúde no Brasil nos anos 90. **Ciênc. saúde coletiva**, nº 6 , v. 2, pp. 445-450, 2001.

NUNES, E. D. Sobre a história da saúde pública: idéias e autores. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 5, p. 251-264, 2000.

OIT. Organização Mundial do Trabalho. **Programa Internacional para melhoria das condições de trabalho e do meio ambiente** – PIACT, 1976.

_____. Organização Mundial do Trabalho. **História da OIT.** 2017. Disponível em: <<http://www.ilo.org/brasil/conheca-a-oit/hist%C3%B3ria/lang-pt/index.htm>> Acesso em: 08 abri. 2017.

ONTÁRIO, **Divisão de Planejamento de Recursos Humanos e Assuntos regulatórios** 2009-2010.

PACHECO, R. S. Administração pública nas revistas especializadas: Brasil, 1995-2002. **Revista de Administração de Empresas**, v. 43, n. 4, p. 63-71, 2003.

PADILHA, V. Qualidade de vida no Trabalho num cenário de precarização: A panaceia delirante. **Trab. Educ. Saúde: Rio de Janeiro**, v. 7, n. 3, p. 549-563, 2010.

PAIM, Jairnilson Silva. Sujeitos da antítese e os desafios da práxis da Reforma Sanitária Brasileira. **Saúde em Debate**, v. 41, p. 255-264, 2017.

PAULA, A. P. P. Administração pública brasileira entre o gerencialismo e a gestão social. **RAE-revista de administração de empresas**, v. 45, n. 1, p. 36-49, 2005.

PEREIRA, Luiz Carlos B. Reforma administrativa do sistema de saúde. **BRASIL, Ministério da Administração Federal e Reforma do Estado. Brasília: MARE**, 1998.

PIERANTONI, C. R. *et al.* Gestão do trabalho e da educação em saúde: recursos humanos em duas décadas do SUS. **Physis: revista de saúde Coletiva**, v. 18, n. 4, p. 685-704, 2008.

_____. **Políticas de recursos humanos no sistema de saúde brasileiro: estudo avaliativo.** Universalidade, Igualdade e integralidade da Saúde: Um projeto possível, 2º Congresso Brasileiro de Política, Planejamento e gestão em saúde, Belo Horizonte, 2013.

_____. **Reformas da saúde e recursos humanos: Novos desafios x velhos problemas.** 228 p. [Tese Doutorado] – Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Instituto de Medicina Social, Rio de Janeiro, 2000.

PIERANTONI, C.; VARELLA, T. C.; FRANÇA, T. Recursos humanos e gestão do trabalho em saúde: da teoria para a prática. In: BARROS, A. F. do R. (Org.) **Observatório de Recursos Humanos em Saúde no Brasil: estudos e análises.** v. 2, p.51-70, Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

POLLIT, C.; VAN T.; HOMBURG, V. **New Public Management in Europe.** Adaptation and alternatives. New York: Palgrave and McMillian, 2007.

POULANTZAS N. Poulantzas *Sociologia.* Org. Paulo Silveira, São Paulo: Atca, 1984.

RENAST, **Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador.** Instituída mediante a Portaria nº 1.679, 2017. Disponível em: <<http://renastonline.ensp.fiocruz.br/quem-somos>> Acesso em: 17 jul. 2015.

RIBEIRO, V., LACAZ, F. A. C. Departamento Intersindical de Estudos e Pesquisas de Saúde e dos Ambientes de Trabalho. **Acidentes de trabalho.** Rei dos Livros, 1984.

RODRIGUES E. L. Análise do processo de implantação da Certificação Ocupacional para Diretor Regional de Saúde da Secretaria Estadual de Saúde do Estado de São Paulo. **[Dissertação de mestrado]** São Paulo, 2011.

SANTOS, C. S. **Introdução à Gestão Pública,** São Paulo: Saraiva, 2006.

SANTOS, C. G. **Cargos comissionados: reflexões sobre este modelo de admissão no serviço público.** [Monografia] Brasília: UNB, 2015. Disponível em: <http://www.bdm.unb.br/bitstream/10483/11835/1/2015_CharlesGuimaraesdosSantos.pdf> Acesso em: 14 out 2016.

SANTOS, J. E. **Gestão do Trabalho em saúde e o programa Desprecariza SUS: Estudo comparado do Plano de Carreira, Cargos e Salários em dois Municípios da grande São Paulo.** [Tese de doutorado] Unifesp: São Paulo, 2017.

SANTOS, L. A. Burocracia profissional e a livre nomeação para cargos de confiança no Brasil e nos EUA. **Revista do Serviço Público**, v. 60, n. 1, p. 05-28, 2009. Disponível em: <<http://seer.enap.gov.br/index.php/RSP/article/view/8/6>>. Acesso em 16 jul. 2015.

SANTOS, L.; CARDOSO, R. A experiência dos gestores governamentais no governo federal do Brasil. In: **Congresso Internacional Del Clad**, São Domingo, República Dominicana, pp. 1-44. 2000.

SÃO PAULO. **Constituição estadual de São Paulo.** 1989. Disponível em: <<http://www.al.sp.gov.br/repositorio/legislacao/constituicao/1989/constituicao-annotada%20de%2005.10.1989.htm>> Acesso em 14 out 2016.

_____. Coordenadoria de Recursos Humanos. **Indicadores** de RH – SES/SP. Observatório de recursos humanos em Saúde, São Paulo, SP, 2015. Disponível em: <http://portal.saude.sp.gov.br/resources/crh/gadi/observ/indicadores/relatorio_indicadoresrh_janeiro_2015_rev1_site.pdf> Acesso em 05 mar 2018.

_____. **Decreto nº 45.037** de 20 de julho de 2004, dispões sobre a organização do Sistema Único de Saúde no Município de São Paulo, 2004.

_____. **Decreto nº 53.254** de 21 de junho de 2008, Secretaria de Gestão Pública. Manual da Certificação Ocupacional do Estado de São Paulo, 2009. Disponível em: <<http://www.legislacao.sp.gov.br/legislacao/dg280202.nsf/5fb5269ed17b47ab83256cfb00501469/0769a71d2d151b1f0325748e00448222?OpenDocument>> Acesso em 05 mar 2018.

_____. **Decreto nº 56.130** de 26 de maio de 2015, Código de Conduta Funcional dos Agentes Públicos e da Alta Administração Municipal. São Paulo, 2015. Disponível em: <http://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/chamadas/d_56130_1432738091.pdf> Acesso em 05 mar 2018.

_____. **Divisão de Informações de Gestão de Pessoas (DIGEP)**, São Paulo, SP 2018. Disponível em: <http://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/saude/cogep/divisao_de_informacao_de_gestao_de_pessoas/index.php?p=250935> Acesso em 05 mar 2018.

_____. **Lei nº 13.399** de 1º de agosto de 2002. Dispõe sobre a criação de Subprefeituras no Município de São Paulo, e dá outras providências. São Paulo, 2002.

_____. **Lei nº 8.989**, de 29 de outubro de 1979. O Estatuto dos Servidores Públicos do Município de São Paulo. Disponível em: <http://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/gestao/portal_do_servidor/estatuto_do_servidor/index.php?p=10687> Acesso em: 29 mar. 2018.

_____. **Lei orgânica do município 01/90**, versão integral e consolidada. São Paulo, 1997. Disponível em: <http://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/chamadas/leiorganica_1328215630.pdf>> Acesso em: 29 mar. 2018.

_____. Secretaria de Estado da Saúde. **Programa de melhoria da qualidade de vida e ambiente profissional**. Implantação das COMSATs, 2014. Disponível em: <<http://www.recursoshumanos.sp.gov.br/qualidadedevida/secretarias/saude>> Acesso em: 08 abri. 2017.

_____. Secretaria municipal de saúde. **Coordenadoria de Recursos Humanos-CRH**. São Paulo. 2012. Disponível em <<http://saude.sp.gov.br/coordenadoria-de-recursos-humanos/crh/apresentacao/apresentacao>> Acesso em: 10 abri. 2017

_____. Secretaria municipal de saúde. **Distritos de saúde - DS, 2017**. Disponível em: <<http://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/saude/organizacao/index.php?p=6541>> Acesso em: 08 abri. 2017.

_____. Secretaria municipal de saúde. Servidor público estadual, SES/SP, **Cartilha do observatório de Recursos Humanos**, n. 9, edição especial, outubro, 2013. Disponível em: <<http://www.saude.sp.gov.br/resources/crh/ggp/cartilhas/cartilha9servidorpublico.pdf>> Acesso em: 08 abri. 2017.

SATO, L.; LACAZ, F. A. C; BERNARDO, M. E. Psicologia e saúde do trabalhador: práticas e investigações na Saúde Pública de São Paulo. **Estudos de Psicologia**, Natal, v. 11, n. 3, p. 281-288, 2006.

SCOPINHO, R. A. P. Qualidade de vida versus condições de vida: um binômio dissociado. **Revista Trabalho Educação e Saúde**, Rio de Janeiro, v. 7, n. 3, p. 599-607, 2010.

SEIXAS, P. H. D. *et al.* A reestruturação da SES-SP e as novas demandas para qualificação da gestão. In: **Planejamento de saúde: conhecimento & ações 2006**. São Paulo (Estado). Secretaria da Saúde. Coordenadoria de Planejamento de Saúde, p. 271-284, 2006.

TOMALTY, R.; MALLACH, A. **America's Urban Future: Lessons from North of the Border**. Island Press, 2016.

THOMPSON V. D. **Health and Health Care Delivery in Canada**, Second Edition, Conestoga Institute of Technology and Advanced Learning, Elsevier Canadá, 2015.

VALADARES, J. L.; EMMENDOERFER, M. L. Cargos de livre nomeação: reflexões com base no empreendedor público em um estado-membro do Brasil. **Rev. adm. contemp.** Curitiba, v. 16, n. 5, p. 723-743, 2012. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141565552012000500006&lng=pt&nrm=iso> Acesso em 12 mai. 2017.

VIEIRA, N. 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. [Tese de Doutorado em Saúde Coletiva], Universidade Federal de São Paulo – Unifesp, São Paulo, 2014. 241 p.

WALTON, R.E. **Improving the Quality of Work life**. Harvard business Review, may/jun. p.12-16, 1974.

WEBER M. **Economia e Sociedade**: fundamentos da sociologia contemporânea. Brasília: Editora Unb, 2000.

WHO - World Health Organization. **First International Conference on Health Promotion**, Ottawa, Canada, 17–21 November, 1986. Disponível em: <<http://www.euro.who.int/en/publications/policy-documents/ottawa-charter-for-health-promotion,-1986>>. Acesso em: 19 abr. 2017.

WHOQOL GROUP. **The World Health Organization quality of life assessment**. Development and general psychometric properties. Soc Sci Med, v. 46, n. 12, pp. 1569-1585, jun. 1998.

WILENSKY, H.L. **The Welfare State and Equality**. Berkeley: University of California Press, 1975.

APÊNDICE A – Termo de consentimento livre e esclarecido

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO - TCLE

Você está sendo convidado a participar da pesquisa que corresponde a um projeto de doutorado do programa de Saúde Coletiva do Departamento de Medicina Preventiva da Universidade Federal de São Paulo, área de concentração Política, Planejamento e Gestão.

As informações abaixo estão sendo fornecidas para esclarecê-lo sobre sua possível participação voluntária nesta pesquisa, cujo propósito é estudar o processo de ocupação de cargos públicos no setor saúde. Para tanto, serão aplicados questionários e realizadas entrevistas, que podem durar aproximadamente de meia hora a uma hora e meia. Durante as entrevistas serão feitas perguntas ao informante para se alcançar os objetivos da pesquisa.

Não haverá quaisquer exames físicos (coleta de sangue, radiológico etc.), todavia existe um risco mínimo com algum constrangimento relacionado às perguntas que serão feitas. Sua participação é voluntária e permitirá complementar o levantamento dos dados que será realizado visando dimensionar a percepção sobre a gestão na área da saúde. Poderá não haver benefícios diretos ou imediatos para as informantes deste estudo.

Este TERMO DE CONSENTIMENTO é para certificar que eu, _____, concordo em participar voluntariamente do projeto científico acima mencionado. Por meio deste, dou permissão para ser entrevistado (a) e para que estas entrevistas sejam gravadas em arquivos de áudio ou visuais.

ESTOU CIENTE de que, ao término da pesquisa, os resultados serão divulgados, todavia, os arquivos ficarão guardados com os pesquisadores por cinco anos, sendo apagados em seguida.

ESTOU CIENTE de que um técnico poderá fazer a transcrição da fala gravada para um texto em computador e que alguns colegas pesquisadores poderão conhecer o conteúdo, tal como foi por mim falado, para discutirem os resultados, mas estas pessoas estarão sempre submetidas às normas do sigilo profissional.

ESTOU CIENTE de que sou livre para recusar a dar resposta a determinadas questões durante as entrevistas, bem como para retirar meu consentimento e terminar minha participação a qualquer tempo, sem penalidades e sem prejuízo aos atendimentos que eu possa receber.

ESTOU CIENTE de que terei a oportunidade para perguntar sobre qualquer questão que eu desejar, e a qualquer momento, se for do interesse, poderá ter acesso a todas as informações e resultados obtidos neste estudo.

ESTOU CIENTE que meu tratamento não será prejudicado em nenhum aspecto caso eu não deseje participar da pesquisa.

ESTOU CIENTE de que não receberei nenhuma compensação financeira relacionada à participação neste estudo. Da mesma forma, não terá nenhuma despesa pessoal em qualquer fase do estudo.

Em qualquer momento do estudo, o Sr(ª) terá acesso aos profissionais responsáveis pela pesquisa para esclarecimento de eventuais dúvidas. Eu, Alessandra Paula Ferreira Moreira Neumann, sou a

pesquisadora responsável e poderei ser encontrada pelo telefone (11) 97202-9067 ou e-mail ale11.neumann@gmail.com.

Se você tiver alguma consideração, dúvidas ou denúncia sobre a ética da pesquisa, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) – Rua Botucatu, 572 – 1º andar – cj 14, Telefone: (11) 5571-1062 – E-mail: cepunifesp@unifesp.br.

Ou, com o Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Secretaria Municipal de São Paulo – Telefone: (11) 3397-2464 – E-mail: smscep@gmail.com.

Acredito ter sido suficientemente informado a respeito das informações que li, ou que foram lidas para mim. Ficaram claros para mim quais são os propósitos do estudo, seus desconfortos e riscos, as garantias de confidencialidade e de esclarecimentos permanentes.

Esse Termo está sendo disponibilizado em duas vias devidamente assinadas, uma para ficar com o participante e outra para ficar com o pesquisador, e quando o estudo for finalizado, o Sr^(a) será informado sobre os principais resultados e conclusões obtidas no estudo.

Concordo voluntariamente em participar deste estudo e poderei retirar o meu consentimento a qualquer momento, antes ou durante o mesmo, sem penalidades ou prejuízo ou perda de qualquer benefício que eu possa ter adquirido, ou no meu atendimento neste Serviço.

Local: _____ Data: ____ / ____ / ____ .

Assinatura do^(a) entrevistado^(a) _____

Declaro que obtive de forma apropriada e voluntária, o Consentimento Livre e Esclarecido deste voluntário^(a), (ou representante legal) para a participação neste estudo. Declaro ainda que me comprometo a cumprir todos os termos aqui descritos.

Assinatura da pesquisadora: _____

APÊNDICE B – Questionário semi-estruturado

I – Questionário para ocupantes de cargos de direção/chefia de serviço

Nome completo: _____

Idade: _____ Sexo: _____

Formação: () Graduação () Aprimoramento () Especialização () Mestrado () Doutorado () MBA () Outros _____

Cargo atual: _____

(será registrado apenas se exerce cargo de direção/chefia de hospital/PS/serviço de especialidade/UBS sem especificar de qual serviço se trata.)

Tempo na SMS: _____ Tempo no cargo: _____

Exerceu cargo de chefia anteriormente: sim () não ()

Caso positivo, por favor especificar: _____

Modo de ocupação do cargo: Indicação () Processo seletivo () Concurso ()

Cargo de carreira: sim () não ()

Outros, por favor especificar: _____

Teve formação prévia para ocupar o cargo: sim () não ()

Caso positivo especificar: _____

Essa formação está vinculada a ações de Educação Permanente: sim () não ()

O serviço que dirige/chefia desenvolve algum tipo de ação de Educação Permanente para formação dos integrantes das equipes? sim () não ()

Questões abertas:

Quantos e quais cargos de chefia e direção, sob sua gestão, são comissionados, ou seja, são ocupados por pessoas sem vínculo anterior com a SMS e quantos são ocupados por servidores da SMS?

Quais critérios são utilizados para ocupação dos cargos de chefia e direção sob sua gestão?

Experiência anterior, formação profissional, tempo de serviço, entre outros.

Os ocupantes dos cargos de chefia e direção sob sua gestão são escolhidos por indicação, processo seletivo público, plano de carreira ou outra modalidade de seleção?

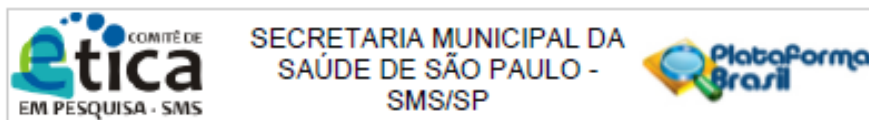
Como avalia o modo de ocupação dos cargos de direção/chefia do setor público de saúde?

Em sua opinião, quais seriam a formação/o perfil/as competências adequadas ao exercício dos cargos de direção/chefia no setor público de saúde?

As características sócio-econômicas da região, na qual está situado o serviço que dirige/chefia, influíram de algum modo no processo de seleção/indicação para os cargos de chefia e direção sob sua gestão?

Até que ponto a qualificação da gestão implica diretamente na qualidade de vida no trabalho?

ANEXO I - Parecer consubstanciado de aprovação do comitê de ética



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

Elaborado pela Instituição Coparticipante

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Gestão pública em saúde e a ocupação de cargos de direção, coordenação e assessoria proposta de critérios de certificação.

Pesquisador: Alessandra Paula F M Neumann

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 51326215.7.3001.0086

Instituição Proponente: Escola Paulista de Medicina

Patrocinador Principal: MINISTERIO DA EDUCACAO

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.879.241

Apresentação do Projeto:

Trata-se de emenda que inclui participantes da SMS de São Paulo: Secretário de Saúde, Coordenador de Gestão de Pessoas, Coordenadores das cinco Regionais de Saúde, responsáveis de Recursos Humanos de cada coordenadoria, responsáveis pelas seções de Recursos Humanos das Organizações Sociais das coordenadorias. Poderão, ainda, ser incluídos outros profissionais indicados pelos gestores.

Em 16/11/2016, foi emitido o parecer consubstanciado aprovado do CEP da UNIFESP, Instituição proponente, para essa emenda.

Pesquisa para obtenção de título de Doutor no Programa de Pós Graduação em Saúde Coletiva, área de concentração de Política, Planejamento e Gestão.

Estudo Internacional envolvendo dois municípios brasileiros, São Paulo e Guarulhos, Ontário/Toronto do Canadá, Madri/Barcelona da Espanha, Paris da França, e Londres do Reino Unido.

Endereço: Rua General Jardim, 36 - 1º andar
Bairro: CENTRO CEP: 01.223-010
UF: SP Município: SAO PAULO
Telefone: (11)3397-2464 E-mail: smscep@gmail.com

Continuação do Parecer: 1.879.241

Serão aplicadas entrevistas semiestruturadas e os dados serão tratados pelo método de Análise de Conteúdo de Bardin.

Objetivo da Pesquisa:

Elaborar e consubstanciar proposta de certificação de gestores públicos da área da Saúde, tendo por referência a matriz conceitual da qualidade de vida do trabalho.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos

Moderados, uma vez que haverá exposição de informação e opinião de gestores.

Benefícios

Não há benefícios diretos aos participantes.

Poderá haver benefício futuro para a gestão, considerando a ocupação de cargos, a contratação de pessoas, a capacitação de gestores, e a avaliação permanente.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Projeto já aprovado por este CEP.

Do ponto de vista ético, esta emenda não muda a essência do estudo que continua a mesma, estando de acordo com a Res 644/12 e suas complementares.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Todos os documentos de apresentação obrigatória foram adequadamente apresentados.

Algumas dúvidas foram esclarecidas pela pesquisadora.

Recomendações:

Nada a declarar

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

emenda aprovada

Considerações Finais a critério do CEP:

emenda aprovada

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Endereço: Rua General Jardim, 36 - 1º andar	CEP: 01.223-010
Bairro: CENTRO	
UF: SP	Município: SÃO PAULO
Telefone: (11)3397-2464	E-mail: smscep@gmail.com

Continuação do Parecer: 1.879.241

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Folha de Rosto	folhaderostoAlessandraNeumann.docx	17/11/2015 13:02:50	Alessandra Paula F M Neumann	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	ProjetoAlessandraNeumann_Gua_plataforma.doc	07/11/2015 12:08:21	Alessandra Paula F M Neumann	Aceito
Outros	Termodeconcordancia_2015.png	07/11/2015 11:14:27	Alessandra Paula F M Neumann	Aceito
Outros	Cartadeesclarecimento_AlessandraNeumann.odt	07/11/2015 10:49:34	Alessandra Paula F M Neumann	Aceito
Outros	TERMODECONCORDANCIA_GUARULHOS.pdf	27/10/2015 11:47:06	Alessandra Paula F M Neumann	Aceito
Orçamento	Orcamento.doc	09/10/2015 09:41:42	Alessandra Paula F M Neumann	Aceito
Cronograma	Cronograma.doc	09/10/2015 09:41:22	Alessandra Paula F M Neumann	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

SAO PAULO, 22 de Dezembro de 2016

Assinado por:
SIMONE MONGELLI DE FANTINI
(Coordenador)

ANEXO II – Organograma da SES / São Paulo



ANEXO III – Organograma da província de Ontário/Canadá

