



Universidade do Estado do Rio de Janeiro

Centro Biomédico

Instituto de Medicina Social

Thaynara Oliveira de Souza

**Plano de Cargos Carreiras e Salários:
uma agenda prioritária para o fortalecimento do SUS**

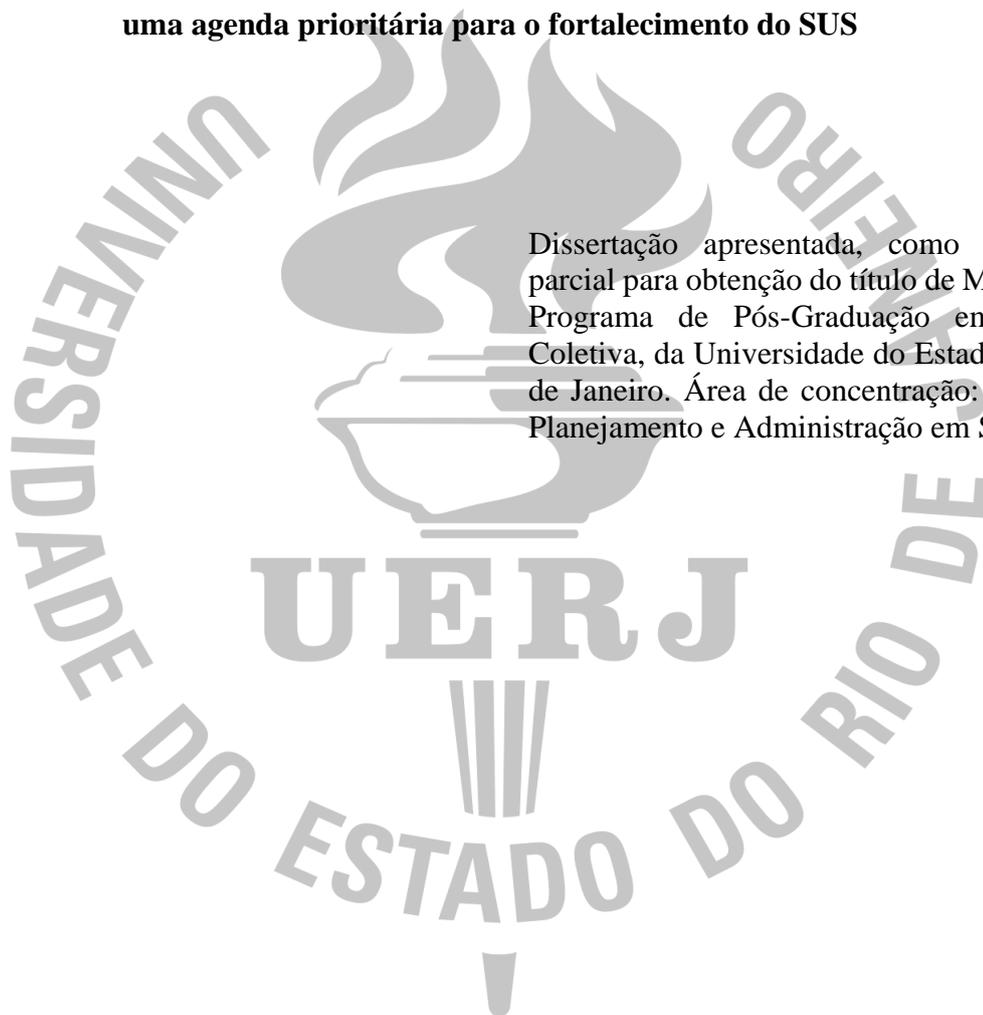
Rio de Janeiro

2023

Thaynara Oliveira de Souza

**Plano de Cargos Carreiras e Salários:
uma agenda prioritária para o fortalecimento do SUS**

Dissertação apresentada, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre, ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Área de concentração: Política, Planejamento e Administração em Saúde



Orientador: Prof. Dr. Ronaldo Teodoro dos Santos

Rio de Janeiro

2023

CATALOGAÇÃO NA FONTE
UERJ/ REDE SIRIUS/ CB/C

S729 Souza, Thaynara Oliveira de
Plano de Cargos Carreiras e Salários: uma agenda prioritária para o fortalecimento do SUS / Thaynara Oliveira de Souza. – 2023. 99 f.
Orientadora: Profa. Dr. Ronaldo Teodoro dos Santos.
Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Instituto de Medicina Social Hesio Cordeiro.
1. Gestão em Saúde. 2. Administração em Saúde Pública. 3. Salários e Benefícios. 4. Política de Saúde. 5. Sistema Único de Saúde. I. Santos, Ronaldo Teodoro dos. II. Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Instituto de Medicina Social Hesio Cordeiro. III. Título.
CDU 316.6

Bibliotecária: Thais Ferreira Vieira CRB-7/5302

Autorizo, apenas para fins acadêmicos e científicos, a reprodução total ou parcial desta dissertação, desde que citada a fonte.

Assinatura

Data

Thaynara Oliveira de Souza

Plano de Cargos Carreiras e Salários: uma agenda prioritária para o fortalecimento do SUS

Dissertação apresentada, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre, ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Área de concentração: Política, Planejamento e Administração em Saúde

Aprovada em 09 de agosto de 2023

Banca Examinadora:

Prof. Dr. Ronaldo Teodoro dos Santos (Orientador)
Instituto de Medicina Social Hésio Cordeiro - IMS

Prof.^a Dra. Célia Regina Pierantoni
Instituto de Medicina Social Hésio Cordeiro - IMS

Prof.^a Dra. Michele Souza e Souza
Instituto de Medicina Social Hésio Cordeiro - IMS

Prof. Dr. Juarez Rocha Guimarães
Universidade Federal de Minas Gerais

Rio de Janeiro

2023

DEDICATÓRIA

Dedico esta dissertação a minha mãe que com seu apoio incondicional sempre acreditou na força transgressora da educação e a todos os profissionais do SUS que cotidianamente trabalham para que o sistema de saúde aconteça.

AGRADECIMENTOS

É com gratidão que reservo estas palavras para expressar meu reconhecimento a todos aqueles que desempenharam um papel fundamental na realização desta dissertação.

Quero expressar minha sincera gratidão ao meu Pai que com sua força e sua fé me mostrou que sempre podemos nos tornar pessoas melhores e a minha mãe minha maior incentivadora.

As minhas irmãs Thalyta, Patrícia e Valeska que foram meus momentos de descanso durante a escrita deste trabalho, obrigada por compartilharem a vida comigo.

Ao meu companheiro Rodrigo que acolheu todas as minhas dúvidas e inseguranças com carinho, o processo de escrita por vezes é muito solitário, concluir essa dissertação só foi possível com você ao meu lado.

As melhores amigas da vida Érica e Giuliana que sempre esperam o melhor de mim, eu amo vocês.

A todos os profissionais que compõem o Instituto de Medicina Social. Este espaço é um local democrático de diálogo e resistência às forças contrárias a manutenção do SUS público e universal.

Ao meu orientador Ronaldo, que sempre acreditou no meu trabalho e me orientou com dedicação e carinho. Agradeço por compartilhar horas de discussão sobre a dissertação, mas, principalmente, por acreditar que o SUS se constrói a partir de seus trabalhadores.

RESUMO

SOUZA, Thaynara Oliveira. **Plano de Cargos Carreiras e Salários: uma agenda prioritária para o fortalecimento do SUS**. 2023. 99 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) - Instituto de Medicina Social Hesio Cordeiro, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2023.

Partindo do princípio de que o trabalho é central para o efetivo cumprimento dos fundamentos do SUS, previstos na Reforma Sanitária e oficializados com a Constituição Federal de 1988 o presente trabalho possui como objetivo recuperar a trajetória histórica da Reforma Sanitária Brasileira a partir do debate do PCCS no âmbito do SUS. Como base metodológica este estudo é de natureza qualitativa realizado através da combinação de revisão bibliográfica não sistemática de literatura e análise documental. Argumenta-se que há uma tradição de debates sobre PCCS na Reforma Sanitária, que, por ora, se encontra historicamente fragilizada pela estrutura liberal montada no Estado brasileiro nos anos 1990 e início dos anos 2000. Esta estrutura atuou e atua como uma forma de indução federal à política de Gestão do Trabalho, inviabilizando a implantação do PCCS no SUS, a nível de Brasil. Uma série de ataques simultâneos ao direito do trabalho foram implementadas, funcionando como uma indução federal a política de Recursos Humanos no SUS estes ataques foram arbitrários, mas não aleatórios e tiveram influência direta na contratação, remuneração e gestão dos profissionais de saúde, minando o debate da RSB para a política de trabalho no SUS. Conclui-se que as novas formas de contratação de gestão celebradas com a iniciativa privada e entidades filantrópicas contribuem para a fragmentação dos serviços de atenção à saúde e, portanto, devem ser questionadas. O PCCS pode sinalizar um enfrentamento a estes obstáculos, mas é importante compreendê-lo considerando uma profunda disputa com as políticas contidas na Reforma Administrativa do Estado que inviabilizaram o desenvolvimento da carreira SUS na perspectiva de valorização das relações de trabalho.

Palavras-chave: Precarização do trabalho. Plano de Cargos, Carreiras e Salários. Gestão do Trabalho em saúde. Sistema Único de Saúde.

ABSTRACT

SOUZA, Thaynara Oliveira. **Plan of Offices, Careers and Salaries: a priority agenda for strengthening of SUS**. 2023. 99 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) - Instituto de Medicina Social Hesio Cordeiro, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2023.

Considering that the man work is essential to the effective fulfillment of the Brazilian Health System (SUS) foundations, as were foreseen in the Sanitary Reform and formalized with the Federal Constitution of 1988, this study aims to recover the historical trajectory of the Brazilian Sanitary Reform from the discussion on Plan of Offices, Careers and Salaries (PCCS) within the SUS. As methodological basis this study is of a qualitative view, carried out through a combination of a non-systematic literature review and documentary analysis. It is argued that there is a tradition of debates on PCCS within the Sanitary Reform, which, for the time being, is historically weakened by the liberal structure established in the Brazilian State in the 1990s and early 2000s. This structure has acted and continues to act as a federal inducement to the Work Management policy, deterring the implementation of PCCS in the SUS nationwide. A series of simultaneous attacks on labor law were realized, running as a federal induction of the Human Resources policy in the SUS, these attacks were arbitrary, but not random and had a direct influence on the hiring, remuneration and management of healthcare professionals, discouraging the debate of the Brazilian Sanitary Reform for the labor public policy in the SUS. It is concluded that the new forms of contracts for management signed with private initiatives and philanthropic entities contribute to the fragmentation of healthcare services and, therefore, should be questioned. PCCS can signify a confrontation to these obstacles, but it is essential to understand it as a deep dispute with the policies contained in the State Administrative Reform that made the development of the SUS career unviable from the perspective of valuing labor relations.

Keywords: Precarious work. Plan of Offices, Careers and Salaries. Management of work in health. Brazilian Health System.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Quadro 1 –	Divisões que agrupam atribuições de complexidade similares, dentro de um mesmo cargo/emprego público.....	67
Quadro 2 –	Evolução da força de trabalho, segundo tipo de vínculo, Rio de Janeiro, 2009 a 2012.....	78
Gráfico 1 –	Taxa de cobertura populacional da ESF - Rio de Janeiro/RJ - 2008 a 2020.....	80
Quadro 3 –	Tipologia de equipes para a APS, no município do Rio de Janeiro, 2018.....	82

LISTA DE TABELA

Tabela 1 –	Síntese das questões centrais que envolvem a Reforma do Estado apontadas por Bresser-Pereira, 1995.....	37
Tabela 2 –	Número total de equipes de saúde da família e percentual segundo tipo de vínculo contratual dos médicos, por unidade da federação, Brasil, 2001-2002.....	43
Tabela 3 –	Categorização dos principais tópicos apresentados pelo GT/RH.....	50
Tabela 4 –	Proposta da organização das carreiras no âmbito do SUS.....	63

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACS	Agente Comunitário de Saúde
ADAPS	Agência Para O Desenvolvimento da Atenção Primária À Saúde
ADIN	Ação Direta de Inconstitucionalidade
APS	Atenção Primária À Saúde
BIRD	Banco Mundial
CAP	Coordenadoria de Área Programática
CES	Conselho Estadual de Saúde
CLT	Consolidação Das Leis do Trabalho
CMS	Centros Municipais de Saúde
CNS	Conselho Nacional de Saúde
CIRH	Comissão Intersetorial de Recursos Humanos
CNGTES	Conferência Nacional de Gestão do Trabalho E da Educação Na Saúde
CONASEMS	Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde
CONASS	Conselho Nacional de Secretários de Saúde
CNRHS	Conferência Nacional de Recursos Humanos Para A Saúde
CNRS	Comissão Nacional da Reforma Sanitária
DASP	Departamento Administrativo de Serviço Público
DF	Distrito Federal
DL	Decreto Lei
EBSERH	Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares
EC	Emenda Constitucional
ENAP	Escola Nacional de Administração Pública
ESF	Estratégia Saúde da Família
EUA	Estados Unidos da América
FGV	Fundação Getúlio Vargas
FHC	Fernando Henrique Cardoso
FMI	Fundo Monetário Internacional
GT	Grupo Técnico
IAPS	Institutos de Aposentadoria E Pensão
IMS-UERJ	Instituto de Medicina Social

INAMPS	Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social
INPS	Instituto Nacional de Previdência Social
IPEA	Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada
LOS	Lei Orgânica da Saúde
LRF	Lei de Responsabilidade Fiscal
MARE	Ministério da Administração Federal E Reforma do Estado
MEC	Ministério da Educação
MNNP	Mesa Nacional de Negociação Permanente
MS	Ministério da Saúde
NHS	National Health Service
OIT	Organização Internacional do Trabalho
OMS	Organização Mundial da Saúde
ONG	Organização Não Governamental
OPAS	Organização Pan-Americana da Saúde
OS	Organizações Sociais
OSCIP	Organizações da Sociedade Civil E de Interesse Público
NGP	Nova Gestão Pública
NOB	Norma Operacional Básica
PAB	Piso de Atenção Básica
PACS	Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PCC	Plano de Cargo Carreira E Salário
PIB	Produto Interno Bruto
PJ	Pessoa Jurídica
PDT	Partido Democrático Trabalhista
PDRE	Plano Diretor de Reforma do Estado
PMS	Pesquisa Médico Sanitária
PMMB	Projeto Mais Médicos Para O Brasil
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
PNAD	Pesquisa Nacional Por Amostra de Domicílios
PNP	Programa Nacional de Publicização
PT	Partido Dos Trabalhadores
RAE	Revista de Administração de Empresas
RH	Recursos Humanos

RSB	Reforma Sanitária Brasileira
SGTES	Secretaria de Gestão do Trabalho E da Educação Na Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
TEIAS	Territórios Integrados de Atenção À Saúde
UFRJ	Universidade Federal do Rio de Janeiro

SUMÁRIO

	INTRODUÇÃO.....	12
1	NEOLIBERALISMO, ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA E OS TRABALHADORES DO SUS.....	21
1.1	O projeto neoliberal e os ataques aos trabalhadores.....	22
1.2	O desenvolvimento da Administração Pública no Brasil: As reformas administrativas do DAPS.....	28
1.3	A Administração Pública Gerencial e a precarização do trabalho.....	35
2	A HISTÓRIA DOS PCCS AO LONGO DA REFORMA SANITÁRIA.....	46
3	ANOS 2000 E A GESTÃO DO TRABALHO NO SUS.....	60
3.1	O esvaziamento do trabalho enquanto lugar de direitos após o Golpe de 2016.....	70
4	O CASO DO MUNICÍPIO DO RIO de JANEIRO.....	74
	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	85
	REFERÊNCIAS.....	91

INTRODUÇÃO

A presente dissertação é parte importante da minha trajetória profissional e reflete minhas escolhas e inquietações enquanto enfermeira e trabalhadora do Sistema Único de Saúde (SUS) ao longo de 10 anos. Aproximei-me da Atenção Primária à Saúde (APS) como acadêmica de enfermagem no último período da graduação e posteriormente como residente, no Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família e Comunidade da Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ), o que contribuiu para modificar minha forma de atuação profissional me fazendo repensar meu lugar enquanto trabalhadora e enfermeira do SUS.

Vivenciei a expansão da APS no município do Rio de Janeiro e a opção do prefeito, à época, Eduardo Paes (2009-2017), pela terceirização da gestão das Unidades de Saúde da Família, através de parceria estabelecida entre a prefeitura e Organizações Sociais (OS). Neste modelo de gestão o município é o responsável pela fiscalização e regulamentação dos serviços, com objetivos e metas estabelecidas em um contrato de gestão com as Organizações Sociais, instituições jurídicas de direito privado sem fins lucrativos, que se tornavam as responsáveis pela prestação dos serviços.

Nesse sentido, a terceirização dos serviços de saúde pressupõe uma administração flexível, supostamente capaz de responder de forma oportuna e eficiente às necessidades do setor público, como, por exemplo, o cumprimento de metas de eficiência e a economia de recursos. Todavia, assegurar o direito e acesso a uma saúde pública e universal exige do Estado mais que uma regulação com viés econômico e com foco em metas e resultados (DRUCK, 2016).

Partindo do princípio de que o trabalho é central para o efetivo cumprimento dos fundamentos do SUS, previstos na Reforma Sanitária e oficializados com a Constituição Federal de 1988, percebi que as novas formas de contratação e estruturação do trabalho, possibilitadas pela flexibilização dos direitos trabalhistas, estão diretamente associadas à terceirização da gestão das unidades de saúde, que contribuíram de forma direta para limitar a realização dos princípios constitucionais previstos para o SUS. Esta convergência nos permite estabelecer uma relação direta entre trabalho precário e gestão precária da saúde pública.

Todo esse contexto, apresentou mudanças significativas, não apenas na cobertura da APS do município, mas também nos vínculos de trabalho dos profissionais de saúde, atores centrais na prestação do serviço. Como vem sendo discutido por muitos autores, a terceirização

submete trabalhadores a condições inferiores de trabalho quando comparados aos profissionais que possuem contratos diretos, e, mais importante, são politicamente mais frágeis, pois possuem o vínculo de trabalho instável (ALVES, 2014; FILGUEIRAS; CAVALCANTE, 2015; POCHMANN, 2016; FONSECA 2020).

Isto explica por que a terceirização se tornou o fio condutor para a compreensão dos contratos de trabalho precarizados no Brasil (BRASIL, 2006a). de acordo com Antunes (2015), a expansão da terceirização gerou efeitos diretos nos contratos de trabalho estabelecidos, possibilitando piora na remuneração, nas condições de trabalho, na saúde e na representação dos trabalhadores.

A flexibilização dos direitos de cidadania pode ser compreendida como um movimento das disputas políticas presentes no capitalismo contemporâneo, que contempla medidas que visam adaptar os direitos trabalhistas de acordo com as relações de poder estruturadas na esfera econômica e produtiva (ANTUNES, 2018).

O termo precarização possui um conceito abrangente que, para Antunes (2018), se caracteriza pela incerteza, imprevisibilidade, desproteção legislativa e flexibilização contratual. O autor destaca ainda que a precarização do trabalho é estrutural, associada à exploração do capitalismo e ao aumento das taxas de lucro do capital, sendo o trabalho precário produto das transformações promovidas pelo modelo de acumulação flexível capitalista.

No Brasil, o ano de 1995 merece destaque, uma vez que demarca o momento político de implantação da Reforma Administrativa de Estado na presidência de Fernando Henrique Cardoso, que pretendia delimitar o tamanho do Estado, reconfigurando suas funções e seu papel regulador a partir de diretrizes neoliberais. O pressuposto econômico era de que o processo de globalização em curso exigia a redução do desequilíbrio fiscal por meio de privatizações, flexibilização dos direitos do trabalho e medidas de abertura aos interesses do mercado internacional com vistas a criar condições macroeconômicas mais sustentáveis para o orçamento público. Como pano de fundo, argumentava-se que era preciso reparar as distorções provocadas pelo excessivo crescimento do Estado, desde os anos 1930 (BRESSER-PEREIRA, 1999).

A implementação e expansão do SUS, uma das maiores políticas emancipadoras das camadas populares do nosso país, ocorreu de forma concomitante a uma intensa política de retração dos direitos trabalhistas. Logo, nota-se um campo de tensões, em que a trajetória organizacional dos serviços assistenciais do SUS foi incorporando as mudanças do mundo do trabalho, direcionando os trabalhadores para vínculos de trabalho cada vez mais frágeis – o que afetou diretamente a prestação desses serviços. No caso da saúde pública, a aplicação desse

receituário criou uma condição *sui generis*: a contração dos direitos dos trabalhadores simultaneamente à expansão do direito à saúde.

Uma medida que contribuiu decisivamente para esse processo foi a implementação da Emenda Constitucional n. 19/1998, que trazia, dentre outras alterações, a flexibilização da estabilidade laboral no setor público, passando a exigir o período de três anos para aquisição da estabilidade e a possibilidade de perda de cargo do servidor em caso de falta grave e em caso de insuficiência de desempenho no serviço público. A referida Emenda aprofundava ainda a autonomia gerencial às entidades públicas não estatais, formada por entidades sem fins lucrativos de interesse público, o que ocasionou a existência de diversos tipos de contratos de gestão e trabalho, através de Fundações Privadas, Cooperativas, Organizações Sociais e ONGs, favorecendo a flexibilização da contratação de pessoal nos serviços públicos (LAURELL, 1997; NOGUEIRA, 2005, NOGUEIRA, 2010).

Além da Reforma Bresser e da EC n° 19, no início dos anos 2000 outras medidas que visavam a restrição orçamentária e fiscal para conter os gastos públicos passaram a ter um caráter mais rígido dentro do pacto federativo brasileiro, a exemplo da Lei de Responsabilidade Fiscal (LRF), e da Lei Complementar n°101 de 4 de maio de 2000, que estabeleceu regras de controle fiscal a União, Estados e Municípios. Tais medidas, é importante dizer, atingiram diretamente o trabalho na administração pública, completando os termos da ‘reforma trabalhista’ que estava em curso (SÁ, 2022). No caso da LRF é importante destacar que para os municípios foi estabelecido que os gastos com pessoal, isto é, o pagamento total dos salários dos servidores, não poderia exceder 60% da sua receita corrente líquida. No entanto, ficavam excluídos desse cálculo os gastos com pessoal formalizados através de terceiros, como as Organizações Sociais. Ao revés do princípio de flexibilização prometido pela Reforma Bresser, o que se observa é uma forte e rígida indução federal presente nesse conjunto de leis.

A Reforma Administrativa do Estado acontecia no início dos anos 90 com as primeiras eleições pós ditadura militar. Com a experiência autoritária, a crise de legitimação pública do Estado se tornar uma realidade amplamente compartilhada, que foi formulada pelos segmentos políticos liberais com o entendimento de que uma sociedade mais democrática se estruturava em torno de uma maior participação da sociedade civil no interior do Estado. Segundo Bresser-Pereira (1998, p.8) “A sociedade assim estruturada na forma de sociedade civil passa a ser o ator fundamental que, nas democracias contemporâneas, está de uma forma ou de outra promovendo as reformas institucionais do Estado e do mercado”. Ou seja, a sociedade civil desempenhava um papel crucial no fortalecimento da democracia e na promoção do desenvolvimento social.

É importante destacar que, a terceirização na administração pública foi subterfúgio estabelecido pelo Decreto Lei 200/1967, durante os governos militares, com o objetivo de descentralizar e dinamizar as estruturas burocráticas do governo. Entretanto, foi nos anos 1990 que ocorreu a massificação desse tipo de arranjo na administração pública. Nesse contexto, os trabalhadores terceirizados passariam a atuar no mercado de trabalho formal no setor público, sendo vinculados por um contrato celetista, com todos os direitos trabalhistas assegurados, como carteira de trabalho assinada, jornada de trabalho fixa, férias, 13º salário e contribuições previdenciárias. Além disso, também se tornou possível a vinculação por meio de modalidades como a contratação por autonomia (RPA) ou via ocupação de cargos comissionados (ZYLBERSTAJN, 2016). A terceirização pode ainda ocorrer como quarteirização, e acontece quando uma empresa contratada para prestar serviços terceirizados subcontrata outra empresa ou um prestador de serviços individuais (Pessoa Jurídica – PJ) para suprir alguma demanda no trabalho (MEDEIROS, 2015).

Cabe lembrar que enquanto se fragilizava os parâmetros do Regime Jurídico Único na administração pública e se atacava a Consolidação das Leis de Trabalho (CLT), ocorria na saúde a expansão municipalizada do SUS, cujos trabalhadores seriam massivamente contratados pela via celetista, tendo como parâmetro a indução das leis federais mencionadas anteriormente. Simultaneamente, expandia-se o SUS, atacava-se o sistema de relações trabalho presente na CLT e se fazia acompanhar uma Reforma Administrativa, que desestimulava a realização de concursos públicos e a promulgação de PCCS.

Como nos interessa discutir, a afirmação desses princípios de redefinição da administração pública atingiria em cheio a viabilidade das propostas de PCCS que eram então formuladas nos debates da Reforma Sanitária Brasileira. Neste sentido, o estudo realizado por Sá (2022), apresenta a hipótese de que a reforma proposta por Bresser-Pereira, pode ser compreendida como uma profunda reforma trabalhista no Estado brasileiro, se constituindo como um ataque aos direitos do trabalho no setor público. Sendo esse o principal aspecto da publicização defendida nos anos 1990.

Procuramos discutir nesta dissertação, que esse tipo de indução federal, sobretudo a LRF, inviabilizou a implantação, a nível municipal, de uma Política de Recursos Humanos no SUS. Como parte dessa hipótese, compreende-se a crise de afirmação política dos direitos do trabalho expressos no programa dos PCCS foi provocada pela imposição da proposta liberal gerencialista. Na vigência dessas regras, cada ente federado desenvolveu normas de trabalho de acordo com suas condições políticas e econômicas, definindo formas de contratação e diretrizes próprias, diversificadas, culminando em diferentes políticas de regulamentação da força de

trabalho. Destaca-se, portanto, que as modificações que ocorreram nas relações de trabalho no Brasil penetraram a condução da atenção à saúde, afetando diretamente a sua implementação entre os municípios – fragmentando a ideia de rede assistencial, criando, enfim, distintos ‘SUS’. Dito de outro modo, o SUS foi se expandindo tendo como base relações de trabalho predominantemente sob responsabilidade dos municípios, fortemente definidas fora da condição de servidores estatutários.

Como descrito anteriormente, a Reforma do Estado iniciada na década de 90, ao considerar as ações e serviços de saúde como atividades não exclusivas do Estado, contribuiu de forma direta para que a carreira dos profissionais de saúde nos serviços públicos fosse concebida como não estratégica. Na vigência desses marcos do programa liberal, reduziu-se a importância do trabalho estatutário como imprescindível para a expansão do SUS. Como procuramos fundamentar, esvaziou-se o debate sobre a necessidade e viabilidade de se estruturar mecanismos de gestão da saúde pública a partir da valorização do trabalho concursado como forma de garantir a melhoria na qualidade e a estabilidade dos serviços prestados.

As discussões referentes a diferentes formas de compreensão do Estado permearam o debate político nas lutas sanitárias dos anos 1990. Não obstante, o projeto historicamente vitorioso foi definido pela teoria neoliberal, que ganhou força, principalmente, após a eleição de Fernando Henrique Cardoso (FHC) para a presidência da república, entre 1995 e 2002.

A adoção de políticas austeras pelo Estado tem ocorrido com intensa redução dos direitos trabalhistas, nos possibilitando propor que o SUS não está isento a esta dinâmica de acumulação, o que nos ajuda a entender e explicar os ataques e a fragilização da gestão do trabalho no interior do sistema, principalmente no âmbito municipal.

Atualmente, no campo da saúde pública, na ausência de uma política de carreira no SUS o setor privado impõe as regras. Dentre as principais medidas que ilustram este fato consta a instituição da Agência para o Desenvolvimento da Atenção Primária à Saúde (Adaps), em 2020, por meio do Decreto Federal nº 10.283/2020. A Adaps é uma agência de direito privado que tem como objetivo a operacionalização do Programa Médicos pelo Brasil, inclusive na contratação dos profissionais. Nesse sentido, além de uma política para a APS é importante compreendê-la como uma política trabalhista.

Revisitar o debate pautado na Reforma Sanitária Brasileira é parte da necessidade de se avançar nos princípios e diretrizes propostos para a efetivação do Sistema Único de Saúde, sendo oportuno refletir sobre o programa da Reforma Sanitária para a questão do trabalho no SUS e como este debate se estruturou no sistema de saúde ao longo do tempo. Trata-se de um

esforço de reconstruir o passado para compreender a organização dos direitos do trabalho no SUS atual.

É inegável a quantidade e qualidade da produção científica desenvolvida no campo da saúde coletiva por sanitaristas. Fleury (2018 p.17) ao retomar o debate teórico sobre a RSB aponta que “se desenvolveram estudos que tomaram a questão do Estado, da democracia e das políticas sociais como eixo de atualização do debate marxista” buscando, neste sentido, não apenas refletir sobre a sociedade capitalista, mas, sobretudo, transformar a realidade.

De acordo com Marx (1996), o trabalho se constitui como categoria central nas relações sociais, na relação do homem com a natureza e com outros homens, sendo uma relação intrínseca e coletiva, que possui como resultado da ação do homem uma intencionalidade prévia. Atribuindo centralidade ao trabalho para se entender a constituição da sociedade, Marx compreende que na sociedade capitalista o trabalho se define por uma relação de exploração, do qual se desprende a produção de riquezas e a acumulação constante do capital.

Logo, tendo em vista essa centralidade do trabalho, é importante e pertinente problematizar o sistema de saúde brasileiro a partir das condições do trabalho processadas para a sua implementação, ou seja, recuperar o lugar do trabalho na formação das lutas da Reforma Sanitária Brasileira, precisamente a partir da temática do Plano de Cargos, Carreira e Salários (PCCS).

Diante deste cenário, tem-se a seguinte questão norteadora: Em que medida as diretrizes federais firmadas nos anos 90 e início dos anos 2000 contribuíram para minar o debate acerca da centralidade do trabalho no SUS? E mais ainda, existe uma tradição de lutas e de elaboração de propostas sobre Planos de Cargos e Carreiras no interior das lutas que formaram a RSB?

A hipótese é de que há uma tradição de debates sobre PCCS na trajetória da Reforma Sanitária, que, por ora, se encontra historicamente fragilizada pela estrutura liberal montada no Estado brasileiro nos anos 1990 e início dos anos 2000. Argumentamos que esta estrutura atuou e atua como uma outra forma de indução federal à política de Recursos Humanos, inviabilizando a implantação do PCCS no SUS, a nível de Brasil. Como os direitos do trabalho são estruturantes para o nosso entendimento do sistema de saúde, vamos localizar as lutas por PCCS no SUS considerando três momentos: a Reforma Administrativa do Estado, de 1995, a Emenda Constitucional n. 19/1998, e a Lei de Responsabilidade Fiscal.

Nosso entendimento é que estes marcos definiram uma reforma trabalhista no interior do SUS, conforme apontado no trabalho da Sá (2022), mas aqui adicionaremos o fato de que a política de indução federal à política de Recursos Humanos no SUS, bloqueou a construção do

projeto alternativo de PCCS presente na Reforma Sanitária, e segue inviabilizando centralidade desta temática na agenda reformista.

Tendo em vista que a ausência de implementação de uma política de carreira SUS, a nível federal, influenciou e influenciou na efetivação do sistema de saúde, o estudo pretende analisar as transformações ocorridas no universo do trabalho e suas repercussões no SUS, fazendo uma correlação crítica com o momento histórico e político que eles estão inseridos, recuperando especificamente, o lugar do trabalho na Reforma Sanitária Brasileira, a partir do programa de PCCS.

Pressupõe-se que para entender a organização do trabalho no SUS atualmente é necessário retornar aos contextos social e político, sobretudo dos anos 90 e início dos anos 2000, momento que ocorreu uma indução federal à política de Recursos Humanos no SUS, ancorada no neoliberalismo. Como a categoria trabalho é estruturante para o sistema de saúde, na ausência de uma política que viabilizasse a implementação do PCCS no SUS, prosperou uma pulverização de vínculos a nível municipal, construídos a depender da realidade política e econômica de cada um destes entes.

Como base metodológica este estudo é de natureza qualitativa, entendendo a pesquisa qualitativa como um método que responde a questões muito particulares e se preocupa com um nível de realidade que não pode ser quantificado (DESLANDES *et al.*, 1994). As pesquisas qualitativas produzidas no âmbito de diferentes áreas de conhecimento, são consideradas um campo de estudo que possibilitam a construção de um arcabouço teórico, podendo se valer de diferentes técnicas de geração e análise do material (MINAYO, 2010). Possui como objetivo recuperar a trajetória histórica da Reforma Sanitária Brasileira a partir do debate do PCCS, através da combinação de revisão bibliográfica não sistemática de literatura para dar alicerces teóricos e contextuais ao estudo e a análise documental, a partir de documentos, portarias, decretos e leis disponibilizados publicamente.

Esta dissertação está estruturada em quatro capítulos, o primeiro com três seções, o segundo com apenas uma, o terceiro com duas seções e o quarto com uma seção. O primeiro capítulo possui como objetivo identificar como a Reforma de Estado dos anos 90 e início dos anos 2000 afetou a agenda do trabalho na Reforma Sanitária Brasileira. Neste sentido buscou-se analisar a trajetória do neoliberalismo e sua influência na administração pública em diferentes períodos. Com destaque para o fato de que ao analisar de forma breve este período, época em que o SUS foi inicialmente implementado, o país atravessava um momento em que se tinha aumento da inflação e do desemprego e achatamento salarial (PAIM, 1994). Sendo marcado ainda pelo aprofundamento do debate no país acerca da distinção entre as funções

exclusivas e não exclusivas do Estado. A primeira seção trata-se de um resgate histórico de três fatos de grande abrangência que ocorreram após o fim da segunda guerra mundial: o surgimento do estado social, a hegemonia capitalista neoliberal, a partir do final dos anos 1970, e o início da reforma gerencial do Estado em diversos países. O texto buscou se ocupar do quanto estes eventos apresentam pontos de convergência importantes com os direcionamentos políticos adotados no Brasil, sendo relevantes para entender como a política de pessoal foi conduzida no SUS. A segunda seção aborda os modelos de administração pública patrimonialista, burocrático e gerencial, no Brasil, com ênfase na administração pública burocrática e a formação do DASP, responsável por estabelecer padrões de eficiência e princípios meritocráticos nas repartições públicas brasileiras. Com destaque para duas importantes medidas que foram implementadas neste período: o concurso público como forma de admissão e a estabilidade no cargo público. A terceira seção aborda a administração pública gerencial iniciada, sobretudo, na década de 90, que previa o modelo administrativo do Estado mínimo, com a implementação de uma série de medidas que visavam modificar a atuação do Estado, encurtando seu papel. O programa político neoliberal que ia se impondo ao país teve como meta a redução das funções sociais do Estado via controle e diminuição dos gastos públicos, favorecendo, centralmente, a desregulamentação das relações de trabalho. Todo esse contexto, apresentou mudanças significativas nos vínculos de trabalho dos profissionais de saúde, atores centrais na prestação do serviço. Uma série de ataques simultâneos ao direito do trabalho foram implementadas, funcionando como uma indução federal a política de Recursos Humanos no SUS. É nesse contexto que novas práticas gerenciais foram estabelecidas com o intuito de flexibilizar e desregulamentar as relações de trabalho no setor público. Especificamente no campo da saúde, a implementação das Organizações Sociais, estratégia central na Reforma do Estado dos anos 1990, atingiu de forma explícita o setor. As OS surgiram como uma proposta para promover supostamente uma gestão mais ágil dos serviços públicos. Essa abordagem visava flexibilizar a gestão, permitindo a participação do setor privado na administração de unidades de saúde e na prestação de serviços. No segundo capítulo foi realizada a leitura e revisão bibliográfica não sistemática de literatura, a contemplar artigos, marcos legais, livros, teses e documentos que abordam a trajetória do plano de carreira no SUS. O texto apresentou como objetivo recuperar a trajetória histórica da Reforma Sanitária Brasileira precisamente a partir do debate do PCCS. Considerando que, desde seu início, o Movimento da Reforma Sanitária brasileira enfrentou divergências quanto a diferentes posições político-ideológicas em um contexto caracterizado pela instabilidade econômica, crise fiscal do Estado e hiperinflação. A inclusão de uma agenda que reivindicava a responsabilidade do Estado pela saúde aprofundava as contradições existentes com as forças

conservadoras, que defendiam os interesses da manutenção da ordem vigente, representadas pelo mercado. O terceiro capítulo tem como foco os anos 2000 e a gestão do trabalho pensada para o SUS neste período. O Partido dos Trabalhadores (PT) eleito em 2002, permaneceu na presidência por 13 anos, marcando a primeira vez em que uma coalizão de esquerda eleita para governar o país. Essa representação política foi de extrema importância para impulsionar as pautas e demandas da RSB, uma vez que as ideias e propostas defendidas pelo movimento encontraram respaldo no governo federal, proporcionando uma plataforma para a implementação de políticas de saúde mais alinhadas com os princípios da Reforma Sanitária. Em seu primeiro ano de governo, criou a Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES) e o Comitê Nacional Interinstitucional de Desprecarização do Trabalho no SUS, sinalizando esforços para conter a precarização do trabalho no SUS expandida nos anos 1990. Momento em que foram publicadas as diretrizes nacionais para a instituição de Planos de Carreiras, Cargos e Salários no SUS. Entretanto, como se discutirá no decorrer do trabalho, os marcos constitucionais da terceirização não foram revertidos, as estruturas das políticas de ajuste macroeconômico adotadas nos governos anteriores seguiram em curso, e as medidas que previam regras rígidas de controle fiscal, a exemplo da LRF, foram mantidas. A primeira seção do terceiro capítulo retrata a radicalização da política de austeridade que marcou um importante momento de ruptura política na condução do Estado brasileiro, essas mudanças tiveram um impacto significativo no sistema de proteção social brasileiro que estão detalhados neste capítulo. O quarto capítulo é dedicado a avaliar o caso do município do Rio de Janeiro durante a gestão do prefeito Eduardo Paes (2009-2016) e Marcelo Crivella (2017-2020). Ao assumir a prefeitura, Marcelo Crivella afirmou enfrentar dificuldade na manutenção da cobertura de APS devido às dívidas deixadas pelo governo anterior. O prefeito eleito optou por reduzir drasticamente a cobertura de APS no município, demitindo os trabalhadores e precarizando ainda mais os vínculos de trabalho. O que representou na diminuição da oferta de cuidados básicos de saúde para a população, e evidenciou ainda mais a fragilidade dos vínculos trabalhistas presentes no modelo de terceirização. As considerações finais apresentam algumas reflexões sobre o tema desta dissertação buscando evidenciar como a precarização do trabalho no nível municipal é fundamental para entender os limites estruturais do SUS, destacando a importância da participação federal para a organização de um PCCS.

1 NEOLIBERALISMO, ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA E OS TRABALHADORES DO SUS

Com vistas a evidenciar como o gerencialismo e a agenda antitrabalho influenciou no movimento de Reforma Sanitária, especificamente na implementação do Plano de Carreira para os trabalhadores do SUS resgataremos, de forma sucinta, a trajetória histórica da ampliação das funções estatais no Estado de bem-estar social e a burocracia pública, a disseminação da teoria neoliberal e suas influências sobre os trabalhadores. Partimos desse ponto pelo entendimento de que para entender como os ideais neoliberais ganharam força no Brasil na década de 90, se faz necessário resgatar, de forma breve, o que estava acontecendo no mundo ocidental durante a segunda metade do século XX, momento em que o neoliberalismo se acentua como um projeto alternativo ao Estado de Bem Estar Social. Foram transformações significativas neste período e estes eventos trazem pontos de convergência importantes com os direcionamentos políticos adotados no Brasil, sendo relevantes para entender como a política de pessoal foi conduzida no SUS.

A racionalidade econômica de austeridade presente nos discursos reformistas do Estado, acabou por influenciar a organização do SUS, desarticulando ideais importantes presentes na Reforma Sanitária, como a política de pessoal que vinha sendo elaborada para o sistema de saúde. No decorrer do processo histórico que culminou na criação e implementação do SUS a dificuldade de se obter uma Política de Recursos Humanos efetiva não ocorre por omissão, mas fundamentalmente por um conjunto de marcos político-institucionais que expressam uma indução federal na gestão do trabalho no interior do sistema de saúde.

Os direitos dos trabalhadores garantidos através da seguridade social, resultam de um longo processo de tensionamento de forças e acirramento das lutas de classe, estabelecidas no processo de mediação entre Estado e sociedade. Apesar de ocorrer de forma diversa em cada país, considerando o próprio desenvolvimento do capitalismo e organização dos trabalhadores, a seguridade social se propaga após a segunda guerra mundial, tendo o Estado como ator central na regulação das relações econômicas e sociais (VIANNA, 1998).

Entretanto, para compreender a Reforma Administrativa de Estado implementada por Bresser Pereira, é fundamental explorar a conceituação dos modelos de administração públicas presentes no Plano Diretor de Reforma do Estado: o patrimonialista, o burocrático e o gerencial (BRASIL, 1995). Bresse Pereira (1996, p.8)) resgata esta conceituação para a firmar que a

proposta de administração pública gerencial é uma resposta à crise do modo de intervenção do Estado na economia e na sociedade, sendo imprescindível aumentar a governança do Estado para que ele intervenha efetivamente “sempre que o mercado não tiver condições de coordenar adequadamente a economia”. Ou seja, era preciso implementar um novo modelo de administração que superasse o modelo burocrático, visto como ineficiente. O racionalismo econômico presente no discurso conservador, portanto, impõe a administração gerencial como a única alternativa para a crise do Estado, que precisava se modernizar importando técnicas de administração do setor privado. Este capítulo irá abordar esses modelos, fazendo uma análise crítica a Reforma de Estado defendida e a transição da administração pública burocrática para a administração pública gerencial ocorrida durante os anos 90.

1.1 O projeto neoliberal e os ataques aos trabalhadores

Em 1942, é apresentado ao parlamento inglês o Plano Beveridge, elaborado a partir dos trabalhos da comissão presidida por Sir. William Beveridge, instituída como Comissão Interministerial de Seguro Social e Serviços Afins, com o propósito de reformular o sistema de seguridade social inglês, dando início a um novo modelo de seguridade social que, posteriormente, se constituiu em um dos pilares do Welfare State (SANTOS, 2009).

De acordo com o Plano Beveridge, a seguridade social constitui um conjunto de políticas públicas universais que asseguram a proteção social a todos os indivíduos da comunidade, englobando saúde, educação, pleno emprego e um programa de seguros sociais. As principais propostas do Plano Beveridge incluíam a introdução de um sistema de seguro social universal, financiado por contribuições de trabalhadores e empregadores, que forneceria benefícios em caso de desemprego, doença, aposentadoria e maternidade. Além disso, o plano também recomendava a criação de um serviço de saúde nacional, oferecendo assistência médica gratuita para todos os cidadãos, independentemente de sua capacidade de pagamento (BEVERIDGE, 1987).

Apesar de estarem apresentadas de forma resumida, as propostas para o sistema de seguridade social que garantiria uma série de direitos aos cidadãos ingleses surgiram como alternativa radical em relação ao modelo vigente. Essa discussão emergiu no momento histórico que vislumbrava o fim da guerra, o que trouxe à tona a questão da democracia e suas implicações em termos de igualdade e cidadania (HOCHMAN, 2015).

Entretanto, as bases preliminares para o desenvolvimento do *Welfare State* ou Estado de Bem-estar Social ocorreram em 1862, na Alemanha, com o seguro social. Implementado no governo de Otto von Bismarck, após a revolução industrial, frente a forte pressão do movimento operário alemão, tinha como objetivo principal assegurar uma rede de benefícios para os trabalhadores e suas famílias, como a concessão de seguros em casos de doença, acidentes de trabalho ou aposentadoria. O Estado de Seguro Social alemão garantia direitos sociais aos cidadãos com base em sua participação no mercado de trabalho assalariado, portanto, o trabalho remunerado era essencial para que os trabalhadores tivessem acesso a benefícios sociais, integrando assim os direitos trabalhistas com as políticas de proteção social. Os benefícios oferecidos eram proporcionais à capacidade de contribuição de cada indivíduo. Essa abordagem reflete a lógica do mercado de trabalho, onde a remuneração está diretamente ligada à capacidade produtiva e contributiva de cada pessoa (GIOVANELLA, 2001).

O acesso à seguridade social, seja aquele baseado no modelo alemão, ou influenciados pelo modelo beveridgiano inglês, possui como fator importante a formação política da classe trabalhadora, que ao longo do tempo, se mobilizou e se organizou politicamente para reivindicar direitos sociais, como proteção em casos de doença, acidentes de trabalho, desemprego e aposentadoria (FLEURY, 1995).

A seguridade social beveridgiana passa a ser implementada na Inglaterra após o fim da segunda guerra (1939 – 1945), inserindo o Estado como ator central na regulação das relações econômicas e sociais se tornou a base para a criação do Estado de Bem-Estar Social no Reino Unido após a Segunda Guerra Mundial. Para Harvey (2008, p.10), o ponto comum a esse novo paradigma de direitos era o fato de que o “Estado deveria concentrar-se no pleno emprego, no crescimento econômico e no bem-estar de seus cidadãos”, o que “possibilitou uma espécie de acordo” entre os capitalistas e a classe trabalhadora.

As políticas econômicas implementadas no período ficaram conhecidas como keynesianismo e eram pautadas na defesa de que o Estado deveria intervir na economia sempre que necessário, pois o mercado não se autorregula de forma eficiente, podendo ocorrer situações de recessão e desemprego em decorrência de uma demanda insuficiente. Para enfrentar essas situações, o Estado deveria intervir por meio de políticas fiscais compensatórias, aumentando os gastos públicos, por exemplo, para estimular a economia. Portanto, o keynesianismo, teoria econômica desenvolvida pelo economista John Maynard Keynes, defende uma intervenção do Estado na economia como ação necessária ao combate de crises e à promoção do pleno emprego (HARVEY, 2008).

Neste sentido, diversos países adotaram políticas com o objetivo de promover o crescimento econômico, através das políticas fiscais, cambiais e investimentos públicos diretos. Somados a estes fatos, a atuação dos sindicatos e a adoção de políticas de proteção ao trabalho contribuíram para o crescimento dos salários e a inclusão de diversos benefícios ao trabalhador. Tudo isso possibilitou conciliar maior crescimento da economia e uma distribuição mais igualitária de renda nos países capitalistas centrais (HARVEY, 2008). Além do que, ensejou de forma inédita a formação de uma base fiscal para a construção e expansão de políticas de bem-estar.

De forma sucinta, o autor Spring-Anders (1991) agrupa três distintos regimes de *Welfare State*, estabelecidos a partir das variações políticas presentes em cada país acerca dos direitos sociais: o primeiro *Welfare State* "liberal", em que o Estado cumpre um papel limitado na provisão de bem-estar social, com o foco do modelo de assistência aos indivíduos e famílias comprovadamente pobres e regras para o acesso ao benefício restritas; o segundo modelo formado pelos países Áustria, a França, a Alemanha e a Itália, formado por *Welfare States* conservadores e "corporativistas", em que a concessão de direitos estava ligada ao vínculo de trabalho, sendo o sistema baseado em uma parceria entre o Estado, os empregadores e os sindicatos. Nesse modelo, os benefícios e serviços sociais são frequentemente vinculados ao status ocupacional e à contribuição dos indivíduos; o terceiro regime, "social-democrata", se organiza em torno do universalismo e desmercadorização dos direitos sociais, em que o Estado desempenha um papel abrangente na provisão de bem-estar social. O sistema é caracterizado por uma ampla cobertura e benefícios, proporcionando proteção social para todos os cidadãos, independentemente de sua contribuição individual e estratificação socioeconômica.

As diversas dimensões de reforma do Estado estão, portanto, relacionadas à natureza e ao alcance da intervenção legítima do Estado moderno, aos fundamentos da cidadania republicana e às formas de arrecadação e distribuição de recursos na sociedade. Em consequência, estes temas também levam ao debate sobre a ordem liberal, o estatismo e o Estado de bem-estar social. Levantam questões sobre o processo de desenvolvimento, renda, qualidade e oferta de serviços públicos, bem como o mundo do trabalho, que não está deslocado desta dinâmica. Ainda que supostamente esvaziadas de um contexto ideológico, estas questões podem ser examinadas de diferentes pontos de vista teóricos (COSTA, 2010).

Como fica evidente nos três regimes descritos, as políticas econômicas pautadas pelo keynesianismo não eram consenso. Os regimes de Estado de bem-estar social implementados ao redor do mundo, apresentam abordagens distintas em sua organização, refletindo diferentes visões sobre o papel do Estado e sua relação com o mercado. Cada regime possui uma ênfase

particular em termos de manutenção de estruturas sociais existentes e redistribuição de renda, que vão sofrendo modificações ao longo do tempo. Essa diversidade de ideias e correntes de pensamento econômico influenciou significativamente o debate político nos diferentes regimes de bem-estar social. Neste contexto, no ano de 1947, um grupo composto por economistas, filósofos e historiadores se reuniram em torno dos ideais propostos pelo austríaco Friedrich Hayek e deram origem à Sociedade Mont Pèlerin.

Friedrich Hayek (1994), argumentava que a liberdade econômica se constitui como requisito para qualquer outra forma de liberdade. O grupo, que contou com a participação de reconhecidos autores liberais como Karl Popper, Milton Friedman, Ludwig von Mises, entre outros, defendia o compromisso fundamental com os ideais de liberdade pessoal e os princípios do livre mercado (SANTOS, 2004; HARVEY, 2008; FARIA 2020). Para estes autores a liberdade econômica é um elemento crucial para a liberdade individual e social. A sociedade só seria livre se a iniciativa privada pudesse atuar em todas as esferas, inclusive em áreas privativas do Estado. Se opondo às teorias do Estado intervencionista formuladas por Keynes.

É importante localizar o percurso histórico da formação do pensamento liberal conservador pois, dentre seus aspectos econômicos, ideológicos e institucionais, se coloca uma concepção de trabalho que inverte completamente a forma do direito laboral presente na tradição do Estado de Bem-estar Social. Através deste paradigma neoliberal que se funda o gerencialismo enquanto abordagem da administração pública que enfatiza a aplicação de princípios e práticas de gestão do setor privado na esfera governamental. No final dos anos 1980 e durante os anos 1990, muitos países adotaram reformas administrativas com base nos princípios do gerencialismo, como o caso do Brasil, que será mais detalhado adiante.

O discurso crítico em relação ao Estado de bem-estar social ganhou força durante a década de 1970 mediante a um quadro de baixas taxas de crescimento econômico e altas taxas de inflação, nos países capitalistas centrais, somadas à crise do petróleo de 1973, desencadeando uma fase global de recessão econômica, que duraria por boa parte dos anos 70 (HARVEY, 2008). Em paralelo a estes fatos, o grupo do Mont Pèlerin passou a ser ouvido com respeito, pois oferecia a suposta explicação para a crise, que segundo os neoliberais, estava atrelada aos grandes gastos sociais do Estado.

Aos defensores do neoliberalismo, para sair da crise era necessário um rigoroso controle da moeda com forte disciplina orçamentária, além do rompimento com a influência dos sindicatos organizados, diminuição dos gastos sociais e o desmonte dos direitos sociais conquistados pelos trabalhadores (BEHRING, 2009). Ou seja, a retomada das taxas de lucro,

objetivada pelo neoliberalismo, seria possível mediante a uma maior exploração da classe trabalhadora.

Harvey (2008, p. 12) conceitua o neoliberalismo como uma teoria político-econômica “que propõe que o bem-estar humano pode ser mais bem promovido liberando-se as liberdades e capacidades empreendedoras individuais no âmbito de uma estrutura institucional caracterizada por sólidos direitos a propriedade privada, livre mercado e livre comércio”.

Entre os fundadores da Sociedade de Mont Pèlerin encontravam-se pensadores do que veio a se chamar “Escola de Chicago”. Com origens na Universidade de Chicago, professores como Frank Knight e o já citado Friedman se associaram ao economista austríaco Friedrich Hayek e tiveram grande importância na implantação do neoliberalismo no Chile, primeira experiência neoliberal e que serviu como laboratório para todo o mundo. O governo de Pinochet adotou uma política macroeconômica com forte disciplina fiscal, redução de gastos públicos, privatização, repressão sindical, aliados a um regime ditatorial, se configurando como "uma das mais cruéis ditaduras militares do pós-guerra" (ANDERSON, 1995, p.19).

Durante os anos de 1970, a teoria neoliberal ganhou força e alcançou uma variedade de campos políticos, consolidando-se especialmente com a eleição de Margareth Thatcher como primeira-ministra em 1979 e Ronald Reagan como presidente em 1980, na Inglaterra e nos Estados Unidos, respectivamente. Há em comum entre as duas eleições a prioridade no ajuste fiscal e o ataque à organização sindical, buscando flexibilizar as relações de trabalho. No contexto dessas eleições, as políticas neoliberais foram justificadas como meios de estimular o crescimento econômico, aumentar a eficiência e promover a competitividade nos mercados internacionais. No entanto, essas políticas contribuíram para a precarização do trabalho e o enfraquecimento dos serviços públicos (HARVEY, 2008).

Durante a década de 1980, em sua obra, *Adeus ao Trabalho*, Antunes (2008) relata que grandes avanços tecnológicos invadiram as fábricas, o mundo do trabalho se reconfigurou sofrendo intensas transformações em sua estrutura sindical e política. Ao fazer um resgate histórico abordando o Fordismo, o Toyotismo e o processo de acumulação flexível, o autor traça um paralelo entre a invasão massiva da automação e robótica no ambiente de trabalho, e o processo de flexibilização e globalização das relações de produção.

Apesar do avanço tecnológico e da globalização econômica serem importantes estruturas para explicar os ataques sofridos pelos trabalhadores no período em questão, o crescimento do neoliberalismo requer múltiplas análises. Ao lado das transformações econômicas e tecnológicas, existiu uma difusão ideológica de depreciação da cultura

trabalhista, como sindicatos, greves e salários. Dito de outra forma, era preciso criminalizar, perseguir e deslegitimar os instrumentos de luta da classe trabalhadora.

Neste aspecto, nos interessa destacar dois argumentos centrais construídos pelo governo de Thatcher: o primeiro se baseia no fato de que os servidores públicos eram pouco eficientes e tendiam a priorizar seus próprios interesses em relação aos interesses dos cidadãos que dependiam dos serviços. Ou seja, eram corporativistas e burocratas. O segundo argumento era de que os serviços públicos tinham uma suposta má qualidade pois não enfrentavam a concorrência de outros serviços, sendo o princípio da competição mercantil uma premissa crucial para melhorar o desempenho (DOREY, 2015).

Com o argumento de que o Estado “assistencialista” possuía altos custos, enfatizava-se a ineficiências dos governos e a necessidade de tornar a atividade governamental mais empresarial, importando técnicas de gestão e valores do setor privado. Esses programas de reforma foram mais tarde descritos e caracterizados como Nova Gestão Pública (NGP), teoria da administração pública praticada por Thatcher (HALL; GUNTER, 2005). Embora a NGP tenha sido associada inicialmente à administração de Margaret Thatcher no Reino Unido, suas ideias e princípios foram adotados em diferentes países ao redor do mundo como parte de reformas mais amplas na gestão pública.

A NGP trata-se de um conjunto de ideias e princípios que visa reformar a administração pública, buscando melhorar a eficiência, a eficácia na gestão dos recursos públicos, através de uma mudança de paradigma, introduzindo princípios e práticas originárias do setor privado para a gestão pública. Sua proposta central consiste em aplicar princípios e técnicas gerenciais oriundos do setor privado ao contexto governamental, com o intuito de aprimorar a eficiência, eficácia e responsabilidade estatal. Neste sentido a NGP propõe uma série de mudanças na forma como o governo opera, incluindo a adoção de práticas de gerenciamento controlado em resultados, a introdução de contratos de desempenho, a descentralização de poder e a criação de parcerias com o setor privado e organizações da sociedade civil.

Neste sentido, Sano *et al* (2008), resume três mecanismos de ação essenciais da NGP, o primeiro se baseia na adoção de resultados mensuráveis e possíveis de serem alcançados, a partir de contrato de gestão, metas e indicadores, apoiados na transparência e possibilidade de controle pela sociedade civil; o segundo mecanismo refere-se a necessidade de diversos provedores de serviços públicos possibilitando formas contratuais de gestão pelo Estado e entes públicos não estatais; o terceiro mecanismo pressupõe que a flexibilização da gestão burocrática e o aumento da responsabilização da gestão pública terá sucesso se os mecanismos institucionais de controle funcionem adequadamente.

Entretanto, a ênfase excessiva nos resultados e no mercado leva a uma visão reducionista do papel do Estado, que passa a ser avaliado principalmente em termos de custo-benefício e resultados mensuráveis, o que negligencia aspectos importantes, como equidade e justiça social. Destituindo o Estado de sua capacidade de equacionar as desigualdades e garantir cidadania (RODRIGUES, 2003).

Em síntese as reformas estatais que buscaram estabelecer uma nova identidade ao Estado implementadas na Europa, nos Estados Unidos e na América Latina, apesar de guardarem singularidades, possuíam objetivos em comum como a necessidade de redefinição do papel do Estado na economia, a tentativa de redução dos gastos públicos na área social e a flexibilização dos direitos trabalhistas (BRESSER-PEREIRA, 1998).

No Brasil, de acordo com Bresser-Pereira (1996), a Constituição de 1988 era pautada pela lógica nos procedimentos e da uniformização que engessavam a estrutura dos órgãos públicos e da política de pessoal, portanto, a flexibilização da gestão pública era necessária. Neste debate, distintas teorias e concepções sobre o Estado dão suporte e direcionamentos para se pensar a administração pública. Desde sua constituição até os dias atuais, o papel do Estado na história tem vivenciado modificações significativas. Essas alterações refletem-se nas teorias e abordagens da administração pública, que se modificaram para acompanhar e responder às mudanças do Estado ao longo do tempo impactando decisivamente a forma do vínculo laboral.

1.2 O desenvolvimento da Administração Pública no Brasil: As reformas administrativas do DAPS

De acordo com o PDRE, a Reforma de Estado era necessária para responder a competição global que reorganizou as forças produtivas e apresentou novos desafios aos Estados nacionais. Para alcançar esses objetivos, era preciso superar a crise fiscal do Estado e o modelo burocrático na Administração Pública, apontado como responsável pelos altos custos e baixa qualidade dos serviços públicos. Diante desse diagnóstico, o PDRE propõe a reconstrução do Estado para eliminar o déficit público e estabelecer novas formas de intervenção estatal na economia e na área social (BRASIL, 1995, apud ANDREWS; KOUZMIN 1998).

Como dito anteriormente para entender a Reforma Administrativa de Estado implementada por Bresser Pereira é preciso conhecer os modelos de administração pública

preexistentes no Brasil, que serão abordados de forma crítica neste capítulo, com foco na transição do modelo de administração pública burocrática para o modelo de administração pública gerencial, que ocorreu nos anos 90. É importante ressaltar que esses modelos não se sucederam de forma linear, mas coexistiram em diferentes graus ao longo do tempo.

Temos formas políticas e formas administrativas de Estado. Inicialmente, no Estado moderno destacou-se o absolutismo como forma política, que correspondia, no plano administrativo, ao Estado patrimonial. Nesse contexto, não havia distinção clara entre o patrimônio público e privado. Ao longo do século XIX, ocorreu uma transição política, e o Estado assumiu uma postura liberal. Na segunda metade do século XX, o conceito de Estado se modificou, e a burocracia se firmou como o modelo que romperia com o clientelismo do Estado patrimonial. Inicialmente, o conceito de burocracia estava associado aos funcionários do Estado, abrangendo seus conhecimentos e práticas. No entanto, somente no final do século XIX e início do século XX, especialmente após as contribuições de Max Weber, o termo passou a ser aplicado também aos profissionais que trabalham em empresas. Nesse contexto, a burocracia refere-se às pessoas que ocupam cargos com base em sua especialização técnica, com o objetivo de racionalizar a estrutura organizacional (ABRUCIO; LOUREIRO, 2018).

Weber (1864-1920), ao analisar a burocracia moderna, identificou uma diferença fundamental em relação ao sistema burocrático pré-capitalista: a separação formal entre a esfera pública e a esfera privada. Em sua obra "Economia e Sociedade", publicada em 1922, Weber definiu o exercício da autoridade racional-legal como um poder dentro das organizações burocráticas em que o controle é exercido através de regras formais, hierarquia, divisão do trabalho e impessoalidade e não mais através do perfil carismático do governante.

Para Secchi (2009), o modelo burocrático apresenta três características principais: formalidade, impessoalidade e profissionalismo. A formalidade refere-se à imposição de deveres e responsabilidades aos membros da organização, estabelecendo uma hierarquia administrativa, documentando procedimentos, processos decisórios e comunicações internas e externas. A impessoalidade estabelece relações baseadas em funções e autoridades claras, evitando a apropriação individual do poder e garantindo que as posições hierárquicas pertençam à organização. O profissionalismo valoriza o mérito como critério, promovendo a competição justa e o desenvolvimento de habilidades técnicas, além de separar a propriedade pública da privada e estabelecer uma divisão racional de tarefas. Cabe destacar que é com base nessas premissas que se forma nessa tradição a valorização das carreiras públicas, que serão abordadas neste capítulo.

Com o surgimento das democracias parlamentares no século XX tornou-se necessário desenvolver um tipo de administração que partisse não apenas de uma distinção do público e privado, mas também a separação do político e administrador público. O campo da administração pública teve origem nos Estados Unidos como um setor da Ciência Política, cujo desenvolvimento ocorreu no início do século XX como parte de um movimento progressista que visava superar os limites da filosofia clássica e construir uma ciência mais aplicada, com ênfase em análises científicas de fenômenos sociais, especialmente relacionados ao aumento do tamanho, funções e atividades dos Estados Nacionais. No Brasil, assim como nos Estados Unidos, os estudos administrativos surgiram como uma abordagem inovadora e um conjunto de métodos para desenvolver um modelo administrativo moderno aplicado à formação de servidores públicos. Possibilitou ainda uma gestão mais eficiente dos recursos, trazendo racionalidade aos gastos públicos e ampliando a oferta de bens e serviços à sociedade (BRASIL *et al.*, 2014). É sob essa base que a expansão dos direitos sociais se viabiliza de distintas formas entre os países, se projetando para alcançar milhões pessoas.

Durante a Primeira República (1889-1930), a independência do país marcou o início da administração pública genuinamente brasileira (ABRUCIO *et al.*, 2010). A primeira forma histórica de Estado é caracterizada pelo sistema patriarcal-oligárquico com fortes traços herdados do período colonial. Práticas como o patrimonialismo e o coronelismo estavam presentes, prevalecendo a relação intrínseca entre o patrimônio público e o privado. A ocupação dos cargos públicos, neste período, ocorria mais por indicações e pouco pela qualificação dos beneficiados ao cargo (BRESSER-PEREIRA, 1995).

Este cenário contrastava com o contexto global, que vivenciava a primeira revolução industrial na Europa e nos Estados Unidos. Essas práticas dissonantes revelavam a disparidade brasileira, onde predominava a agricultura, especialmente na monocultura do café e no sistema latifundiário (NUNES, 1997). Embora tenham surgido movimentos reformistas, principalmente a partir de 1920, com insatisfação do controle político da oligarquia cafeeira, que manipulava o voto da população rural e praticava fraudes eleitorais, não houve uma expansão significativa das capacidades administrativas do Estado brasileiro (HOCHMAN, 1993). Nessa condição, nem os direitos sociais, nem os direitos trabalhistas tinham base institucional para se viabilizar.

A administração pública burocrática teve início durante o governo de Getúlio Vargas (1930-1945) como contraponto ao modelo fragmentado e clientelista das oligarquias rurais exportadoras. A chegada ao poder de Getúlio Vargas, em 1930, foi marcada por uma ruptura na organização político-institucional que caracterizava o Estado brasileiro. Com a substituição das elites oligárquicas de suas funções políticas, aprofundou-se o processo de industrialização

e de urbanização do País, com políticas públicas dirigidas à diversificação setorial e industrial da economia brasileira (RABELLO, 2015).

Com o tempo, a burocracia buscou romper com a dinâmica do público e privado ao estabelecer critérios de mérito técnico para o acesso aos cargos públicos e a impessoalidade, por meio de reformas que fortaleceram a administração pública e buscaram uma maior racionalização e burocratização dos serviços. Inspiradas no modelo weberiano, essas reformas tinham como princípios a impessoalidade, o profissionalismo e a busca por maior hierarquia, essas características visavam evitar a apropriação pessoal do poder.

O desenvolvimento do Estado brasileiro caminhou em direção à uma maior racionalização, com a burocracia se tornando um componente fundamental da administração pública. O aparato burocrático passou a ser centralizado e diretamente subordinado à Presidência da República e o Estado assumiu um papel ativo no cenário político (COSTA, 2008).

É partir desses pressupostos que duas importantes medidas foram implementadas nos anos 30 e passaram a vigorar até os dias atuais: o concurso público como forma de admissão e a estabilidade no cargo público, conforme consta na Constituição de 1934 em seu art. 170, inciso 2º, abaixo transcrito:

Art. 170. O Poder Legislativo votará o Estatuto dos Funcionários Públicos, obedecendo às seguintes normas, desde já em vigor:
(...) 2º, a primeira investidura nos postos de carreira das repartições administrativas, e nos demais que a lei determinar, efetuar-se-á depois de exame de sanidade e concurso de provas ou títulos (CONSTITUIÇÃO DA REPÚBLICA DOS ESTADOS UNIDOS DO BRASIL, 1994).

Nascia neste momento o concurso público no ordenamento jurídico brasileiro. A Constituição de 1934, a primeira das duas promulgadas durante a presidência de Vargas, estabeleceu a obrigatoriedade de realização de concursos públicos para os cargos de carreira e assegurou a estabilidade para todos os funcionários públicos admitidos por meio de concurso. Esses direitos foram mantidos tanto na Constituição de 1937 quanto no Estatuto dos Funcionários Públicos Civis da União, de 1939 (MAIA, 2021).

No ano de 1935 foi criada a Comissão Especial do Legislativo e do Executivo, através da Lei nº 51, de 1935, que tinha o objetivo de propor medidas para a reorganização administrativa e padronizar os vencimentos dos cargos públicos, estabelecendo o critério de igualdade de remuneração para os cargos com responsabilidades e funções iguais. Dando seguimento a implementação destas medidas em 1936, um ano depois da comissão formada, é

promulgada a Lei nº 284 de 1936, responsável pela definição das normas básicas e classificação dos cargos públicos (LIMA JÚNIOR, 1998; ABRUCIO *et al.*, 2010).

De acordo com Abrucio *et al.*, (2010 p.36) “criou-se uma burocracia, a um só tempo, voltada ao desenvolvimento, institucionalmente ligada ao mérito e ao universalismo, sendo a primeira a ser capaz de produzir políticas públicas em larga escala”. Entre as medidas que tinham o objetivo de modernizar a máquina estatal implementadas pelo governo, destaca-se a criação do Departamento Administrativo do Serviço Público (DASP), através do decreto-lei n. 579, de 30 de julho de 1938.

A estrutura do DAPS estava organizada em cinco divisões: Divisões de Organização e Coordenação, Seleção e Aperfeiçoamento, Extranumerário, Funcionário Público e Material, que com o tempo foram sendo modificadas. Dentre as principais funções do Departamento, destacam-se: realizar estudo pormenorizado das repartições e dos departamentos públicos federais e estaduais; organizar anualmente, a proposta orçamentária a ser enviada à Câmara dos Deputados; fiscalizar a execução orçamentária; selecionar os candidatos aos cargos públicos federais; inspecionar os serviços públicos. Subordinado diretamente ao Presidente da República, o DPAS desempenhou um papel central ao estabelecer critérios técnicos e de mérito para o ingresso nos cargos públicos, garantindo a qualificação e competência dos servidores, afastando o clientelismo e o nepotismo (BRASIL, 1938).

A reforma da administração pública promovida pelo DASP tinha como objetivo estabelecer padrões de eficiência e princípios meritocráticos nas repartições públicas brasileiras, à medida que novos quadros substituíram os antigos em ministérios e repartições (RABELLO, 2013).

Entre os anos de 1938 até 1945 o DASP foi presidido por Luis Simões Lopes, sendo o responsável por liderar o processo de profissionalização da administração pública. Em entrevista à Revista de Administração de Empresas (RAE) da Fundação Getúlio Vargas (FGV) em 1984, Lopes afirma que:

A Resolução de 1930 encontrou a administração federal cheia de vícios, resultantes do regime do "pistolão" até então adotado para o provimento dos cargos públicos. As nomeações eram reservadas à clientela política e, na maioria dos casos, não recaíam em pessoas devidamente habilitadas ao eficiente exercício das funções do Estado. E sem um serviço público eficiente e insuspeito não é possível administrar e conseqüentemente, bem governar o país. A Constituição de 1937 criou um órgão na Presidência da República, que substituiu o citado Conselho: o Departamento Administrativo do Serviço Público (DASP). Este órgão, incumbido de proceder à reforma da administração federal, consolidou a aplicação do sistema do mérito, através da generalização dos concursos para o ingresso no Serviço Público e da promoção do aperfeiçoamento técnico dos funcionários em cursos especializados no país e no exterior (ENTREVISTA COM LOPES, 1984, p. 5-6).

Destaca-se que a administração pública vista como ineficiente precisava ser superada. Fazendo a crítica ao clientelismo e aos traços patrimonialistas de apropriação privada dos recursos públicos, a contratação de profissionais técnicos com processos seletivos por meio de concurso e progressão de carreira através do mérito, surgiu como uma das alternativas para enfrentar o problema, substituindo assim, antigos princípios políticos por uma nova estrutura, mais burocratizada e menos dependente dos interesses particularistas. A burocracia era, portanto, um elemento organizador, assegurada por um corpo técnico e especializado, dotado de uma cultura científica de organização da vida pública. Dessa forma, buscava-se eliminar a influência política na distribuição de cargos públicos e promoções, ou seja, o patrimonialismo.

Como estamos procurando apontar, o DAPS procurava modernizar a gestão pública, se colocava com grande convergência e acordo com os princípios burocráticos weberianos. Em que pese essa condição, ele contava aspectos de um modelo autoritário e centralizador, principalmente durante o Estado Novo (1937-1946), “cuja proposta modernizadora não alterou profundamente o *status quo* representados pelos interesses agrários”. Estas duas faces modernizadora e centralizadora foram marcantes do DASP (ABRUCIO *et al.*, 2010 p. 37).

Nesse contexto, a dificuldade em romper com o clientelismo também estava presente no governo. A elite técnica que compunha o Estado se considerava pouco suscetível a influências externas e pressões políticas, o que fez do DASP uma instituição meritocrática e universalista em seus princípios. No entanto, nem toda a máquina pública seguia esses princípios, o que possibilitou a troca de favores com as antigas oligarquias rurais por parte do governo, dificultando, por essa via, o controle público. Nunes (2010) utiliza o conceito de insulamento burocrático para descrever essa característica do Estado moderno brasileiro. O insulamento burocrático refere-se à proteção do núcleo técnico do Estado contra interferências do público, blindado o DAPS do clientelismo, criando uma situação de “ilhas de excelência” dentro do governo.

No esforço de modernização do país impulsionado na Era Vargas (1930 – 1946) estimulou a implementação de políticas sociais e a regulamentação das relações de trabalho, caracterizando um cenário em que o direito do trabalho expandiu consideravelmente. Em 1932, por exemplo, foram regulamentados os Institutos de Aposentadoria e Pensões (IAPs), responsáveis por ampliar os benefícios previdenciários a um número maior de trabalhadores assalariados urbanos, organizando os trabalhadores em categoria profissional e não mais por empresa, como no período anterior; em 1933, as carteiras profissionais foram criadas, sendo um documento para o registro da vida laboral dos trabalhadores; em 1938, foi instituída as Comissões de Salário Mínimo, através do Decreto-Lei nº 399, de 1938. Essas e outras medidas

protetivas foram reunidas e culminaram na Consolidação das Leis do Trabalho (CLT), aprovada pelo Presidente da República em 1943.

No entanto, a regulação do trabalho não foi isenta de críticas por parte dos trabalhadores organizados, pois, se por um lado a administração pública burocrática procurava combater os vícios do patrimonialismo presentes no Estado brasileiro, por outro lado, a extrema racionalidade e excesso de regulamentos produziam efeitos negativos. As críticas a este modelo, somadas à influência da globalização e da economia nas décadas seguintes, foram as justificativas que embasaram a segunda grande reforma da administração pública brasileira, conhecida como Reforma Gerencial.

A administração pública gerencial surgiu a partir da década de 1990, no contexto de reformas do Estado e modernização da administração pública e tem suas origens vinculadas ao intenso debate sobre a crise de governabilidade e autoridade do Estado na América Latina nas décadas de 1980 e 1990. O contexto internacional foi relevante no debate sobre a administração pública no Brasil, e incentivou a disseminação da administração pública gerencial como uma alternativa à administração burocrática tradicional.

Como foi apontado, é essencial considerar a conexão do gerencialismo com a corrente de pensamento que ganhou destaque durante os governos de Margareth Thatcher e Ronald Reagan. O gerencialismo enfatizava a eficiência, a produtividade e a abordagem no desempenho, adotando práticas e técnicas oriundas do setor privado para a gestão pública com o objetivo de tornar a administração pública mais ágil, eficiente (BRESSER-PEREIRA, 1996).

Essa concepção contrastou justamente contra a tradição do planejamento público, das carreiras, centrais ao Estado de bem-estar social que tem suas raízes históricas em um período anterior, principalmente durante o pós-Segunda Guerra Mundial. Essa abordagem defende um papel ativo do Estado no desenvolvimento econômico e social do país, possui como pilares o planejamento público, a intervenção estatal na economia para promover o crescimento industrial e tecnológico, a criação de empresas estatais estratégicas e a valorização das carreiras do serviço público. Essa perspectiva insere o Estado como o principal agente de transformação social e econômica, responsável por implementar políticas públicas que promovam a industrialização, a infraestrutura e a distribuição de renda.

Dessa forma, no centro do debate entre o gerencialismo e o Estado desenvolvimentista está à forma como o trabalho e os direitos dos servidores públicos são tratados. Enquanto o Estado desenvolvimentista valoriza a estabilidade e a organização dos trabalhadores, o gerencialismo tende a enfatizar a eficiência e a flexibilidade na gestão do trabalho público, com possíveis impactos nas condições e direitos dos trabalhadores do setor público.

1.3 A Administração Pública Gerencial e a precarização do trabalho

A recuperação das lutas do trabalho no pensamento sanitário nos permite afirmar a existência de uma visão antagônica à Reforma Administrativa do Estado, pois previa a carreira SUS a partir da fixação de pisos nacionais de salários, com ingresso via concurso público e Regime Jurídico Único, garantindo uniformidade aos trabalhadores. Não obstante essa condição, os pactos federativos firmados nos anos 90, aliados a um Estado flexível, refletiram mudanças nas relações de trabalho no SUS.

Como dito anteriormente, as lutas do trabalho têm uma relação intrínseca com a cultura de direitos afirmada no DASP, sendo responsável por modernizar a administração pública e estabelecer princípios de meritocracia ao Estado brasileiro, além de promover uma reforma trabalhista que buscou estabelecer direitos fundamentais para os trabalhadores, como a jornada de trabalho, a proteção contra demissões arbitrárias, o direito à organização sindical e à negociação coletiva, entre outras. Essas conquistas, em grande parte, moldaram a cultura de direitos trabalhistas que, no entanto, foram duramente atacadas pelo modelo gerencialista neoliberal que previa o Estado mínimo.

Neste sentido, uma série de medidas com vistas a fragilizar a carreira pública e abrir o Estado para a participação privada foram implementadas. Com destaque para a promulgação da Lei nº 9.637/98, da Lei 9.790/1999 e da Lei de Responsabilidade Fiscal, oficialmente Lei Complementar nº 101/2000, implementadas no final dos anos 90 e início dos anos 2000, que funcionaram como uma trajetória de ataques simultâneos à constituição dos direitos do trabalho no país.

Em 1995 o Presidente Fernando Henrique Cardoso (FHC) foi eleito com dois grandes projetos: o ajuste macroeconômico e a Reforma Administrativa do Estado. As pressões de natureza econômica, envoltas em um discurso de que a “crise brasileira na última década também foi uma crise do Estado” fundamentaram o terreno para a publicação Plano diretor de Reforma do Estado (PDRE), que tinha como objetivo reconstruir o Estado, limitando suas funções e tornando-o mais eficiente a partir de pressupostos neoliberais (BRASIL, 1995 p. 9). A política formulada e implementada pelo Ministério da Administração Federal e Reforma do Estado (MARE), que tinha como ministro Bresser-Pereira, foi, portanto, centralmente orientada a mudar a estrutura do Estado remanescente das décadas posteriores a 1930.

De acordo com o PDRE, para viabilizar a Reforma do Estado, seria necessário “o aperfeiçoamento do sistema jurídico-legal, notadamente de ordem constitucional, de maneira a remover os constrangimentos existentes, que impedem a adoção de uma administração pública

ágil” (BRASIL, 1995, p. 61). As mudanças no interior da administração pública brasileira foram, portanto, defendidas como estratégia indispensável para o crescimento da economia. A retórica apresentada, baseava-se no fato de que o descontrole fiscal do Estado brasileiro levou ao aumento da inflação e ao desemprego.

A ideologia difundida pelo governo era de que a eficiência administrativa teria vantagens ao se ajustar aos interesses do capital, frente a um Estado obsoleto e caro. O Estado deveria fortalecer sua função de regulador, deixando de ser o responsável direto pelo desenvolvimento econômico e social. Uma série de medidas que visavam modificar a atuação do Estado para o desenvolvimento de ações sociais básicas, encurtando seu papel, foram implementadas. E isto ocorre através de três mecanismos, a privatização, a terceirização e a publicização, sendo importante diferenciar e conceituar, de forma breve, estes três elementos (RIZZOTTO, 2012).

Como definido por Bresser Pereira (1998, p.61), a privatização é “um processo de transformar uma empresa estatal em privada”, a terceirização refere-se a “transferir para o setor privado serviços auxiliares ou de apoio” e a publicização é o processo de “transformar uma organização estatal em uma organização de direito privado, mas pública não-estatal”. Importante destacar que ao usar o conceito público não-estatal, Bresser Pereira insere uma terceira forma de atuação do Estado, reservando o termo privatização apenas para a venda de empresas estatais. O avanço do setor privado na gestão e prestação de serviços públicos passa a ser lido, portanto, como publicização. O vínculo de trabalho no setor público e a estrutura de direitos garantidas aos trabalhadores, portanto, é inserida como central nestas mudanças.

Destaca-se, antes de tudo, que a modalidade de terceirização no serviço público no Brasil, não era novidade. Um marco em sua regulamentação ocorreu em 1967, durante o governo militar, através da publicação do Decreto-Lei nº 200 de 1967, que dispõe sobre a organização da Administração Federal, estabelece diretrizes para a Reforma Administrativa e outras providências. Previa a descentralização da administração pública, mediante a contratação ou concessão de execução indireta de serviços públicos pelo setor privado. Entretanto, neste período a terceirização foi limitada, pois a exigência constitucional de concurso público para a contratação de funcionários foi implementada com a Constituição de 1988, em que o concurso público se tornou obrigatório para cargo e emprego público no país (AMORIM, 2009).

De forma resumida, o PDRE apresenta três argumentos centrais que, de acordo com o documento, causaram a crise do Estado brasileiro e suas respectivas estratégias de enfrentamento, que para melhor compreensão, estão organizados na tabela abaixo:

Tabela 1 - Síntese das questões centrais que envolvem a Reforma do Estado apontadas por Bresser-Pereira, 1995.

Principais Causas	Justificativa	Estratégias
Crise Fiscal.	A crise fiscal ocorreu devido à crescente perda do crédito por parte do Estado e pela poupança pública que se torna negativa.	Ajuste fiscal
Estratégia excessivamente estatizante de intervenção do Estado.	O Estado é essencialmente um instrumento de transferência de renda. Para realizar esta função o Estado coleta impostos e os destina aos objetivos sociais e econômicos. Entretanto, para garantir estes objetivos o Estado tendeu a assumir funções diretas de execução, apresentando gastos excessivos.	Reformas econômicas orientadas para o mercado, que garantam concorrência interna.
Administração Pública Burocrática ineficiente.	A Administração burocrática é ineficiente e rígida, voltada para si própria e para o controle interno.	Reforma do Aparelho do Estado, reforçando a governança (a capacidade de governo do Estado) através da transição da Administração Pública Burocrática para a Administração Pública Gerencial (flexível e eficiente).

Fonte: Elaborada pela autora a partir do Plano Diretor de Reforma do Estado, 1995.

Ao inserir a crise fiscal, o tamanho e o desempenho da burocracia do Estado como principais fatores que justificavam a Reforma, nota-se a preocupação do governo em associar a crise à tradição estatal formada desde os 1930. E como estratégias possíveis para enfrentar o problema, percebe-se elementos da teoria da NGP implementada por Thatcher, que defendia o afastamento do Estado das atividades de execução, para oportunizar a atuação de prestadores de serviços não estatais, pois estes prestadores supostamente teriam uma maior experiência em gestão (HARVEY, 2008).

Considerando este contexto, nota-se um ponto de convergência importante entre as teorias da NGP e as diretrizes políticas pautadas pelo Banco Mundial, que em 1997 publica o relatório intitulado “O Estado um mundo em transformação”. Pontua que os Estados pós Segunda Guerra mundial assumiram proporções indevidas de gastos, absolvendo quase metade das receitas nos países industrializados e aproximadamente 25% das receitas nos países em desenvolvimento. de acordo com o relatório, o mundo estava mudando e exigia um Estado mais eficiente e ágil, devendo o Estado se concentrar em suas tarefas fundamentais, sendo necessário, portanto, uma redefinição de suas atribuições (BANCO MUNDIAL, 1997).

De acordo com o Banco Mundial, o caminho para um Estado mais eficiente representa um processo estruturado em duas etapas: a primeira " ajustar a função do Estado a sua capacidade", que significa avaliar quais funções o Estado deve de fato intervir; a segunda

“aumentar a capacidade do Estado revigorando as instituições públicas”, que significa, de uma forma geral, que o Estado deve ter concorrência para aumentar a eficiência, combater a corrupção e garantir a participação social (BANCO MUNDIAL, p. 3, 1997).

Em 1989 ocorreu o Consenso de Washington, sendo um seminário organizado pelo Institute of International Economics, na capital dos EUA, no qual, reuniram-se diversos economistas, funcionários do FMI, do Banco Mundial e representantes latino-americanos. Tal encontro tinha o objetivo de discutir as reformas necessárias para que a América Latina superasse a crise ocasionada pela hiperinflação, recessão e pelo forte endividamento externo. Dentre as principais estratégias defendidas destaca-se a privatização do setor público, desregulamentação progressiva do controle econômico e das leis trabalhistas e a redução do tamanho do Estado.

As políticas de ajuste macroeconômico pautadas no Consenso de Washington, impuseram aos países da América Latina um receituário neoliberal em troca da continuidade de financiamento por parte das agências multilaterais e organismos financeiros internacionais, como o Banco Mundial e o Fundo Monetário Internacional. As medidas impostas contemplavam um conjunto de diretrizes pautadas na redução dos gastos, com uma rigorosa política monetária e fiscal. Essas medidas de ajuste macroeconômico tiveram impactos profundos nas economias latino-americanas, influenciando a estrutura econômica, as políticas sociais e as relações de trabalho. O neoliberalismo, como ideologia subjacente a essas políticas, defendia a redução do Estado e a primazia do livre mercado como a melhor forma de promover o desenvolvimento econômico. Trata-se, portanto, de um programa político organizado, ideologicamente orientado para a valorização das supostas virtudes do mercado (RIZZOTTO, 2012).

No Brasil, se as evidências da crise econômica se tornaram aparentes e progressivas, nos anos 80, os meios de se enfrentá-la não eram homogêneos. de acordo com Rizzotto (2012), essa divergência foi resolvida com a adoção das propostas liberais pautadas no Consenso de Washington. Ainda de acordo com a autora, o financiamento de projetos e programas pelo Banco Mundial para o setor saúde, não teria como objetivo contribuir para o desenvolvimento dos países latino-americanos, mas sim influenciar políticas neste setor, reduzindo a importância do Estado, direcionando as ações de saúde para os mais pobres e ao mesmo tempo, aumentando a participação do mercado. Limitando, portanto, os direitos sociais defendidos pela Reforma Sanitária brasileira – e, como estamos apontando, afetando frontalmente os termos do trabalho no SUS.

A Reforma previa, portanto, a transição da Administração Pública Gerencialista, em substituição a uma cultura burocrática de controles de processos, a partir do qual, se buscou adotar mecanismos de mercado na gestão pública. Importante destacar que estes mecanismos eram baseados no controle de resultados, por competição administrada e na flexibilização dos vínculos de trabalho. Priorizando o controle fiscal do Estado, não foram poucos os esforços do governo de FHC em reduzir os direitos e conquistas sociais, sobretudo na retração dos direitos trabalhistas. Como pano de fundo, argumentava-se que estas medidas tornavam os mercados de trabalho mais flexíveis, estimulando a inovação e a competição internacional (BRESSER-PEREIRA, 1997).

A diminuição das funções administrativas do Estado era possibilitada, portanto, como dito anteriormente, por uma agenda que previa privatização, terceirização e publicização dos serviços públicos. Especificamente em relação a organização do trabalho, Bresser-Pereira aponta que a Constituição imprimiu inúmeros equívocos, sendo um retrocesso burocrático, pois “A rigidez da estabilidade assegurada aos servidores públicos civis impede a adequação dos quadros de funcionários às reais necessidades do serviço e dificulta a cobrança de trabalho” (BRASIL, 1995, p. 29 e 34). de forma resumida o Plano Diretor trazia em seu texto um diagnóstico das relações de trabalho no setor público, e apontava que a legislação brasileira não possuía uma política de Recursos Humanos coerente com as necessidades do Estado, ainda fortemente marcado por uma cultura burocrática e rígida.

A legislação trabalhista vigente passa a ser considerada protecionista e impeditiva de uma gestão eficiente, por permitir estabilidade aos servidores públicos. Como alternativa, foi apresentado a necessidade de elaboração de uma “Nova Política de Recursos Humanos”, que segundo o texto:

A preparação da nova administração pública que surgirá das reformas em curso passa necessária e essencialmente pela profissionalização e pela valorização do servidor público. Assim, uma nova política de recursos humanos deverá ser formulada para atender aos papéis adicionais do Estado de caráter regulatório e de articulação dos agentes econômicos, sociais e políticos, além do aprimoramento da prestação dos serviços públicos. A adequação dos recursos humanos constitui-se desta forma, tarefa prioritária, neste contexto de mudança, exigindo uma política que oriente desde a captação de novos servidores, o desenvolvimento de pessoal, um sistema remuneratório adequado que estimule o desempenho através de incentivos, e a instituição de carreiras compatíveis com as necessidades do aparelho do Estado modernizado (BRESSER-PEREIRA, 1995, p.77).

Apesar de destacar que as reformas deveriam ocorrer com valorização do servidor público, o que ocorreu foi o fim da estabilidade dos cargos públicos e a redução dos níveis salariais do servidor. Isso significa dizer que as pressões de natureza econômica que

fundamentaram os novos arranjos institucionais para viabilizar a reforma do Estado, ocorreram mediante a um ataque massivo ao trabalhador, que, em última instância, reduziu o debate pautado na Reforma Sanitária sobre a carreira pública no setor saúde.

Os governos de FHC, atacaram diretamente os direitos do trabalho em variadas frentes, seja no que diz respeito ao debate em torno das carreiras na administração pública, minando particularmente o setor saúde, ou os contratos via CLT, como se tornaram dominante no SUS posteriormente. Nesse sentido, as discussões referentes ao redesenho do papel do Estado, modificaram substantivamente as legislações trabalhistas, tanto no setor público quanto privado.

Em 1998 foi aprovada a EC nº 19/98 e deu curso à reforma administrativa do Estado brasileiro. Dentre as modificações introduzidas, destacam-se aquelas relacionadas, com o regime de remuneração dos agentes públicos, com a estabilidade dos servidores e com a gestão gerencial da administração pública. Neste aspecto, a reforma, entre outras propostas, restringia o quadro de servidores com direito à estabilidade e conferia melhores salários somente às funções consideradas estratégicas e típicas do Estado, como militares e procuradores, por exemplo. Para os demais cargos, os municípios, os estados e a União poderiam contratar servidores via CLT, sendo este um dos pontos mais polêmicos da Emenda Constitucional proposta.

O Plano Diretor seguia em curso e os ideais da Reforma Sanitária eram enfraquecidos. Ainda em 1998 a gestão dos estabelecimentos públicos passou por mudanças com a publicação da Lei nº 9.637, que cria o Programa Nacional de Publicização (PNP) e dispõe sobre a qualificação de entidades como Organizações Sociais (OS). A implementação das OS foi uma estratégia central do PDRE. A proposta apresentada definia a OS como pessoa jurídica de direito privado, sem fins lucrativos, permitindo a transferência do setor estatal para o público não estatal por meio de um contrato de gestão. Atuando como uma parceria entre o Estado e a sociedade, com vistas à realização de atividades de interesse público, baseadas em resultados de desempenho (BRESSER-PEREIRA, 1995).

Estas organizações poderiam atuar em áreas não exclusivas do Estado, como a cultura, a área de ciência e tecnologia, o meio-ambiente, a saúde, a previdência complementar e a assistência social, devendo ser fiscalizadas por órgãos de controle do Estado. Essa diretriz federal reorganizou os termos do serviço público, transferindo à iniciativa privada atividades que supostamente oneram os gastos públicos.

A partir da terceirização a contratação dos trabalhadores passa ser de responsabilidade da OS e não do Estado ou Município. Na prática, tem-se a diminuição de concursos e dos servidores públicos e incentivos à expansão das OSs para todo o país (LIMA, 2018).

A absorção das formas mais flexíveis de contratos pela administração pública brasileira foi objeto de intensos debates, não ficou restrito apenas ao movimento da RSB e aos sindicatos, acadêmicos e trabalhadores do SUS. Em 1998, o Partido dos Trabalhadores (PT) e o Partido Democrático Trabalhista (PDT) entraram com uma Ação Direta de Inconstitucionalidade (Adin), a ADI 1.923, solicitando a suspensão cautelar de artigos da Lei nº 9.637 até que a ação fosse julgada. Mas o processo de Reforma do Estado seguiu em curso mesmo sem a lei ter sido julgada.

Outra importante iniciativa para o desenvolvimento e difusão de conhecimento sobre a força de trabalho em saúde, foi a criação do Observatório de Recursos Humanos em Saúde¹ (Rorehs), no ano de 1999. Formada por iniciativa da Organização Pan-americana de Saúde (OPAS), trata-se de uma cooperativa, que no ano de sua criação contava com 09 países, para a produção de informações e conhecimentos sobre a políticas de Recursos Humanos no setor da saúde (OPAS, 2004).

A criação do Rorehs representou uma discussão em rede sobre as mudanças que estavam ocorrendo no setor saúde. Fatores como a escassez de profissionais de Saúde na América Latina, permanência do pessoal em serviço, baixo financiamento para o setor, necessidade de informações qualificadas sobre os recursos humanos foram abordados, dentre outras questões. Propiciando um amplo acesso a informações e análises sobre Recursos Humanos.

No ano de 1999 surgiram as Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público (OSCIPS), por meio da Lei 9.790/1999, que seriam entidades privadas sem fins lucrativos, que atuam na área há no mínimo três anos e aplicam todo o recurso recebido no seu objeto social. Estas, além da verba estatal, podem receber doações, financiamentos e outras fontes de renda não governamental. As OCIPS, a exemplo das OSS, redesenharam a face dos vínculos de trabalho no interior do Estado brasileiro, particularmente na saúde, representando uma política de RH às avessas da proposta sanitária.

Com isso, além da diversidade de contratos na esfera pública, como a concessão, as parcerias, as cooperativas, ONGs, OSs e OSCIPS, parte dos serviços prestados pelo Estado não

¹ O trabalho realizado pelo Observatório é desenvolvido por grupos nacionais, a partir de um conjunto de dados básicos, que condensa informações sobre a qualidade de trabalho e regimes de trabalho; a educação e treinamento profissional para a força de trabalho da área da saúde; a produtividade e qualidade dos serviços; a governança e controvérsias trabalhistas no setor saúde (OPAS, 2004).

eram mais desempenhadas pelo servidor público, mas por diferentes tipos de trabalhadores, em geral empregados de forma precária, com contratos determinado de acordo com o serviço, sem os mesmos direitos que o funcionário público (DRUCK, 2013).

Conforme apontado anteriormente, ocorria no SUS a municipalização, e no que diz respeito à organização e gestão dos trabalhadores, as diretrizes federais adotadas culminaram em uma multiplicidade de vínculos de trabalho majoritariamente no âmbito municipal. Se a municipalização era compreendida pela RSB como um caminho inequívoco para a democratização do acesso à saúde, no que diz respeito à organização do trabalho é possível dizer que o projeto neoliberal dos anos 1990 se valeu desse princípio para levar a cabo as suas razões políticas.

Nesse aspecto, a Pesquisa Médico Sanitária (AMS) realizada em 2005 identificou que de um total de 77.004 estabelecimentos de saúde em atividade total ou parcial, sendo 1.487 estabelecimentos com terceirização em suas dependências. O que chama a atenção na pesquisa é que embora os estabelecimentos com terceirização representassem menos de 2,0% do total de estabelecimentos, quando comparado ao ano de 2002, apresentou um aumento de 34,6% (IBGE, 2006).

Outro fator importante foi que no ano 2000 a Lei de Responsabilidade Fiscal (LC n.º 101/2000) entra em vigor, e estabelece um teto de gastos com pessoal em relação à receita líquida de cada ente federativo, excluindo do cálculo os gastos com pessoal contratualizados através de terceiros, como as OS e OSCIPS, todos via CLT. Com a LRF, conformava-se uma situação em que os municípios eram estimulados a optarem pela terceirização de diversos serviços, incluindo a saúde, se tornando grande obstáculo à implementação do PCCS. O que explica o importante movimento de adesão ao modelo de OS pelos gestores dos Estados e Municípios em todo o país.

Conforme apontado anteriormente, ocorria no SUS a municipalização, e no que diz respeito à organização e gestão dos trabalhadores, as diretrizes federais adotadas culminaram em uma multiplicidade de vínculos de trabalho majoritariamente no âmbito municipal. Se a municipalização era compreendida pela RSB como um caminho inequívoco para a democratização do acesso à saúde, no que diz respeito à organização do trabalho é possível dizer que o projeto neoliberal dos anos 1990 se valeu desse princípio para levar a cabo as suas razões políticas.

Todo esse contexto teve reflexos diretos nas relações de trabalho no SUS. Nos municípios a expansão do sistema de saúde ocorreu por meio do PSF. Em junho de 2001 a agosto de 2002 o Departamento de Atenção Básica (DAB) do MS, realizou uma ampla

avaliação do processo de implantação do Programa, que no momento tinha 8 anos. O estudo teve caráter censitário e foi realizado em todas as unidades cadastradas no Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB), sendo visitadas 12.259 equipes de saúde da família. O quadro abaixo representa o cenário dos vínculos laborais daquele período que a pesquisa extraiu.

Tabela 2 - Número total de equipes de saúde da família e percentual segundo tipo de vínculo contratual dos médicos, por unidade da federação, Brasil, 2001-2002

Unidade da Federação	Nº Total	Estatutário	CLT	Contrato Temporário	Contrato Informal	Outro
Rondônia	79	47%	8,90%	20,30%	7,6%	16%
Acre	45	-	-	42,20%	48,90%	8,90%
Amazonas	248	7,30%	2,40%	63,30%	16,50%	10,50%
Roraima	62	-	-	-	93,50%	6,50%
Pará	296	4,40%	20,60%	29,70%	23,30%	22%
Amapá	22	-	-	-	100%	-
Tocantins	178	34,43%	-	52,80%	3,40%	9,37%
Maranhão	200	1,50%	1%	49%	16,50%	32%
Piauí	411	3,20%	0,50%	11,20%	4,40%	80,70%
Ceará	1.038	4,20%	1,40%	25,40%	12,40%	56,60%
Rio Grande do Norte	382	19,40%	0,5	21,70%	36,40%	22%
Paraíba	521	6,10%	5,4	43,60%	23%	21,90%
Pernambuco	1.055	4,70%	6,5	54,80%	15,80%	18,20%
Alagoas	424	13,90%	1,70%	6,80%	-	77,60%
Sergipe	269	6,30%	0,40%	37,50%	-	55,80%
Bahia	613	5,40%	6,40%	27,90%	15,20%	45,10%
Minas Gerais	1.630	15,20%	9,40%	39,10%	14,90%	21,40%
Espírito Santo	285	6,70%	15,10%	55,40%	-	22,80%
Rio de Janeiro	668	14,10%	16,90%	47,50%	1%	20,50%
São Paulo	946	10,60%	60,50%	18%	1,50%	9,40%
Paraná	745	35%	18,30%	20%	6,20%	20,50%
Santa Catarina	688	23,10%	17,40%	35,30%	2,20%	22%
Rio Grande do Sul	365	15,10%	37,80%	20,80%	1,40%	24,60%

Mato Grosso do Sul	157	35%	3,20%	36,90%	0,60%	24,30%
Mato Grosso	305	16,10%	6,20%	41%	7,90%	28,80%
Goiás	578	1%	4,80%	52,10%	0,70%	41,40%
Distrito Federal	49	-	100%	-	-	-
Total	12.259	12,20%	13,20%	34,30%	10,50%	29,80%

Fonte: Adaptado da pesquisa “Avaliação Normativa do Programa de Saúde da Família no Brasil” (BRASIL, 2004b).

A situação dos vínculos de trabalho dos médicos, na maioria dos municípios, era precária, como mostra a tabela. Apenas 12,2% dos médicos de um total de 12.259 equipes eram estatutários. Os demais contratos eram CLT, temporário, informal ou outros (bolsa, cargo comissionado, prestação de serviços, cooperativa e contrato verbal).

Percebe-se ao analisar a tabela que o sistema de saúde brasileiro incorporou, em todas as unidades da federação, a terceirização de serviços com diferentes números e formas de adesão. Na Região Sudeste, ao considerarmos o Estado de São Paulo, nota-se que a maioria dos médicos contratados era estatutária ou em regime de CLT, representando em conjunto 70,0% dos vínculos de trabalho. Nos demais estados da Região predominou a modalidade do contrato temporário. Os percentuais de equipes com médicos nesta modalidade variaram entre os estados, de 39,1% em Minas Gerais a 55,4% no Espírito Santo.

Ainda que durante toda a década de 90 e no início dos anos 2000 tenham ocorrido importantes movimentos de construção de diálogo e soluções fossem buscadas, como a elaboração da NOB/RH-SUS, as Conferências Nacionais Recursos Humanos e as próprias Conferências Nacionais de Saúde, o fato é que as administrações públicas federal, estadual e municipal, foram progressivamente lançando mão dos contratos de serviços pela via da terceirização.

A repercussão desse fenômeno é sentida no cotidiano dos serviços pelos trabalhadores e usuários do SUS. Neste aspecto, diversos autores se ocuparam em estudar a terceirização no Brasil, como Carelli (2003); Amorim (2009); Viana (2009); Antunes e Druck (2013); Contreiras e Matta (2015). Todos têm em comum a avaliação de que esta modalidade de gestão produz efeitos negativos sobre todo o sistema de saúde, devido à alta rotatividade de profissionais, vínculos diferenciados nos serviços, baixa qualidade nos serviços prestados, multiempregos, enfim, precarização do trabalho. Como desdobramento, a não observância das proteções trabalhistas vem produzindo reflexos diretos na qualidade da atenção à saúde prestada à população

Por fim, fica claro que se por um lado o movimento de Reforma Sanitária lutava para a construção do modelo assistencial descentralizado, baseado na Atenção Básica, com profissionais admitidos via concurso público, em regime jurídico único; por outra via contrária, a Reforma de Estado previa o modelo administrativo do Estado mínimo, ainda que municipalizado. Nota-se que não há negação ou rejeição explícitas ao SUS ou seus princípios, mas chama atenção as Políticas para Gestão do Trabalho em Saúde que foram adotadas no período. O efeito para a Força de Trabalho no SUS foi uma expansão de trabalhadores através da flexibilização dos vínculos, o que, na prática, afetava a própria realização da Reforma Sanitária.

Assim, a Lei nº 9.637/98, a Lei 9.790/1999 e a Lei de Responsabilidade Fiscal, expressam marcos regulatórios que não apenas permitiram a flexibilização dos vínculos de trabalho no SUS, mas atuaram como indutores das políticas neste setor, provocando grande desestruturação do serviço público.

2 A HISTÓRIA DOS PCCS AO LONGO DA REFORMA SANITÁRIA

As bases legais que legitimam a construção de uma Política de Recursos Humanos foram expressas no artigo 200 da Constituição Federal de 1988 e determina que ao sistema de saúde compete, além de outras atribuições, em seu inciso III: “ordenar a formação de recursos humanos na área da saúde”. Reconhece, portanto, que o estabelecimento de uma política relativa aos direitos dos trabalhadores é essencial para a operacionalização do sistema de saúde.

Em que pese essa diretriz institucional-legal, e posteriormente a publicação da Lei Orgânica da Saúde (Lei 8080/90) que enfatiza no artigo sexto, inciso III, a responsabilidade do SUS na ordenação da formação de recursos humanos na área de saúde, é necessário considerar que elaborar e implementar uma Política de Recursos Humanos é uma tarefa complexa.

Nesse capítulo iremos nos ocupar em recuperar a trajetória histórica da Reforma Sanitária Brasileira a partir do debate acerca do PCCS. O tema Recursos Humanos em Saúde (RHS) é abrangente e permite diversas abordagens. Aspectos como formação profissional e educação continuada, que estavam presentes no interior do movimento sanitário não serão abordados para não fugir do tema, em que pesem o fato de serem fundamentais na construção de uma força de trabalho para o SUS.

Em um breve resgate histórico, o tema RHS adquire maior visibilidade com o movimento de Reforma Sanitária, que nasce no contexto da ditadura militar, na década de 70. O movimento é composto pela luta dos trabalhadores, por diversas organizações da sociedade civil e de estudiosos acadêmicos no interior do processo pela redemocratização da sociedade brasileira, nos anos 1970 e 1980, buscando garantir, dentre outras questões, o acesso universal à saúde.

O Movimento da Reforma Sanitária enfrentou impasses em sua condução, com distintas propostas e posições político-ideológicas em uma conjuntura marcada pela instabilidade econômica com crise fiscal do Estado e hiperinflação. A inserção de uma pauta que reivindicava a saúde como dever do Estado no interior do governo, potencializou as contradições existentes com as forças conservadoras que defendiam os interesses da manutenção da ordem vigente, representados pelos setores privados produtores de insumo e serviços de saúde (FLEURY, 1988).

Tornou-se um importante movimento social na década de 1980, que culminou com a VIII Conferência Nacional de Saúde (CNS), realizada em 1986, decisiva na luta pela redemocratização do país. A Conferência tinha como tema “Democracia é Saúde” e a saúde foi

debatida como elemento da agenda dos direitos civis e sociais, devendo ser garantida pelo Estado. (PAIM, 2008).

O relatório final da VIII CNS, ao ampliar o conceito de saúde e sua correspondente ação institucional, imprime uma reflexão necessária sobre a Política de Recursos Humanos para o novo sistema nacional de saúde. No que diz respeito a este tema, o relatório final apresenta uma síntese mais avançada dos princípios que devem nortear o setor, sendo eles: Isonomia salarial e estabelecimento de Plano de Cargos e Salários; Admissão via concurso público; Estabilidade no emprego; Composição multiprofissional das equipes; Direito a greve e sindicalização dos profissionais (BRASIL, 1986a).

Ressalta-se que estes princípios foram apresentados como “pontos de maior resistência às mudanças preconizadas pela 8ª Conferência Nacional de Saúde”, pois estabeleciam um contraponto aos interesses do setor hospitalar privado, cooperativas médicas, profissionais liberais da saúde que também estiveram na arena de disputas de narrativas na Conferência (BRASIL, 1986b, p. 11). Destacando que a carreira SUS foi, desde o início dos debates, contraposta por interesses corporativos -mercantis. Houve uma arena de disputas entre diferentes atores e grupos com visões divergentes sobre o modelo de saúde a ser adotado.

A defesa na consolidação de um sistema de saúde baseado na participação do Estado e no direito à saúde, era contraposta por grupos que representavam interesses privados e corporativos, que viam o setor de saúde como uma área para o lucro e a competição. Os princípios defendidos pelo movimento de RSB, que valorizavam a universalidade, a integralidade e a equidade no acesso aos serviços de saúde de forma gratuita, confrontaram aqueles que defendiam a manutenção de um sistema de saúde fragmentado e com maior ênfase no setor privado. A criação da carreira SUS, por exemplo, representava uma ameaça para esses interesses, pois poderia limitar a atuação dos profissionais de saúde de forma independente e mercantilizada.

É possível dizer que ao aprofundar às propostas do Movimento de Reforma Sanitária referentes a política de gestão do trabalho no SUS a 8ª Conferência inseriu os trabalhadores no centro da discussão, com a tônica de que não existe a possibilidade de se pensar em um novo sistema de saúde sem olhar para os trabalhadores.

Com o intuito de avançar neste debate, e como recomendação da VIII CNS, realizou-se em 1986 a I Conferência Nacional de Recursos Humanos para a Saúde (CNRHS) que teve como tema central a ‘Política de Recursos Humanos rumo à Reforma Sanitária’, que marcou mais um momento importante da trajetória de reflexões que se formaria nos próximos anos acerca das diretrizes para as políticas de Recursos Humanos em saúde no país. Contou com cerca de 500

participantes, entre profissionais de Saúde, da Educação, Gestores e usuários do setor (BRASIL, 1993a).

O tema Recursos Humanos foi abordado em cinco partes, a saber: valorização profissional; preparação de recursos humanos; órgãos de desenvolvimento de recursos humanos para a saúde; organização dos trabalhadores de saúde; relação dos trabalhadores de saúde com usuários dos serviços. A intenção era assegurar um caráter abrangente aos aspectos que compõem uma política de Recursos Humanos para a saúde. A Conferência consolidou as análises até então realizadas, e estabeleceu uma agenda sobre a temática para o movimento da Reforma Sanitária (BRASIL, 1993a).

O relatório final da I CNRHS apresenta um diagnóstico contundente de como a política de RH estava sendo conduzida. de acordo com o relatório:

A política norteadora do Desenvolvimento de Recursos Humanos para a Saúde não é explicitada, nem sistematizada, em relação a ingresso, administração, avaliação de desempenho, plano de cargos e salários, estratégias de formação e de educação continuada e pesquisas. Cada instituição do setor obedece a normas, diretrizes e estratégias diferentes, decorrentes do caráter disperso e dicotomizado do atual modelo de assistência à saúde (BRASIL, 1986b, p.37).

Era parte do diagnóstico que este cenário possibilitou uma multiplicidade de vínculos aos profissionais da saúde, jornadas e regimes de trabalho inadequados, baixos níveis de remuneração, sendo estas questões, de acordo com o relatório, acentuadas pela ausência de plano de carreira para os profissionais (BRASIL, 1986b).

Destaca-se que o relatório se ocupou em discutir os temas ligados ao mundo do trabalho para o novo sistema de saúde que estava sendo desenhado, como a necessidade do estabelecimento de um regime jurídico trabalhista específico para o setor, com profissionais devidamente remunerados, estáveis e admitidos via concurso público, entretanto, essas discussões ocorreram deslocadas de outras agendas importantes como, por exemplo, o financiamento dirigido à contratação e manutenção dos profissionais.

Outro desdobramento da VIII CNS foi a constituição da Comissão Nacional da Reforma Sanitária (CNRS), que atuou entre agosto de 1986 e maio de 1987, coordenada pelo secretário-geral do Ministério da Saúde José Alberto Hermógenes de Souza. A CNRS reuniu em sua estrutura representantes de órgãos governamentais, do Congresso Nacional e da sociedade civil. Constituída em uma conjuntura política de democratização, com José Sarney no cargo de Presidente, tinha o objetivo de formular propostas para o reordenamento institucional e jurídico do sistema de saúde no país, a qual incluía o vínculo de trabalho (BRASIL, 1987).

A heterogeneidade da CNRS e a dimensão de sua atuação, exigiram a constituição de uma coordenação de Grupos Técnicos, sobre temas específicos para seu assessoramento. Foram constituídos oito Grupos Técnicos (GTs), sendo eles: “Proposta para a Constituição, Arcabouço Institucional, Financiamento, Recursos Humanos, Ciência e Tecnologia, Informação em Saúde, Saúde do Trabalhador e Saneamento e Meio Ambiente”, e que teve como desdobramento a elaboração de vários documentos submetidos à apreciação da CNRS (BRASIL, 1987, p.9).

Especificamente o GT de recursos humanos (GT/RH), era coordenado pelo sanitarista Francisco Eduardo de Campos, professor da Universidade Federal de Minas Gerais. Nota-se que “Recursos Humanos” aparece como um grupo de trabalho, indicando que a discussão acerca de uma política para os trabalhadores estava avançando no interior da Reforma Sanitária e na organização do Estado brasileiro.

No ano de 1987 a CNRS publica o relatório técnico intitulado, “Documentos III”, que condensa e organiza os trabalhos elaborados pelos GTs. Apresenta um capítulo intitulado “A questão dos Recursos Humanos e a Reforma Sanitária”, sendo elaborado pelo GT/RH e tinha o intuito de abordar de forma sucinta os aspectos prioritários para o estabelecimento de uma política de RH para o novo sistema de saúde, tomando como base o relatório final da VIII CNS e a Conferência Nacional de Recursos Humanos. Os aspectos prioritários definidos pelo GT/RH foram organizados em subtítulos, sendo elaborada uma tabela para melhor visualização (BRASIL, 1987).

Tabela 3 - Categorização dos principais tópicos apresentados pelo GT/RH

Tema	Caracterização do Problema	Propostas de Enfrentamento	Implicações
Distribuição geográfico-social dos Recursos Humanos	-Inadequada distribuição geográfica dos profissionais de saúde, com concentração nos Estados e regiões mais desenvolvidas.	-Expansão da capacidade instalada e descentralização observando-se critérios de regionalização e hierarquização de serviços.	-A expansão dos RH não se mostra suficiente para corrigir os desníveis a curto e médio prazos.
Desigualdade nas condições de inserção do mercado de trabalho	-Diversidade de níveis salariais e regimes jurídicos de vinculação para os profissionais de saúde que exercem a mesma função.	-Unificação de todos os empregos em uma única modalidade contratual. -Duas medidas em debate: Centralização dos vínculos a nível Federal ou Vinculação dos profissionais ao respectivo nível de governo. -Proposta da Comissão: os vínculos sejam efetuados com o correspondente nível de governo responsável pela atividade exercida, resguardada a normatização central que assegure um mínimo de uniformidade.	-A legislação existente, é fruto de um período em que o exercício liberal da profissão era ainda dominante sobre o vínculo assalariado. -A existência de uma multiplicidade de formas de financiamento.
Valorização Profissional	- Política de pessoal implícita, marcada pelo clientelismo, que apresenta características próprias nos diversos níveis e instituições. - A ausência de planos de carreira, a diversidade de parâmetros para definição de quadros de lotação, o despreparo das chefias em relação à gerência de recursos humanos, constituem-se em algumas das dificuldades a serem enfrentadas.	-Concurso público como a forma legítima de ingresso de profissionais no setor saúde, com processos regionalizados e descentralizados. -Os quadros de lotação devem contemplar aspectos relativos à demanda, capacidade instalada, resolutividade e população alvo. -A implantação de plano de carreira, com possibilidade de progressão horizontal e vertical para todas as categorias.	-Há que se considerar a importância da participação dos usuários e dos trabalhadores como partícipes fundamentais no processo de planejamento, execução e avaliação dos serviços e por consequência na formação e controle da política de recursos humanos no setor saúde.

Fonte: Elaboração própria a partir do relatório "Documentos III" publicado em 1997

Apesar de sucinto, o relatório aborda diversos pontos centrais para a discussão da política de RH, conforme apontado na tabela. Embora a Reforma Sanitária estivesse atravessada, desde o início, por determinantes estruturais presentes na sociedade brasileira como o clientelismo político, os autores são enfáticos ao pontuar que dificilmente o sistema de saúde avançará em conformidade com os princípios da reforma se o tema Recursos Humanos não for tratado como prioridade estratégica (BRASIL, 1987).

Chama atenção o fato de que a proposta de unificação dos empregos em uma única modalidade contratual apresentava duas alternativas em debate: Centralização dos vínculos a nível Federal ou Vinculação dos profissionais ao respectivo nível de governo, conforme descrito na tabela. Em que pese o fato de que a completa descentralização dos vínculos de trabalho dos profissionais acarretaria um agravamento da situação de segmentação do mercado a nível municipal, conforme apontado no relatório, foi a medida que prosperou com o tempo. Como apontado posteriormente no título da 9ª CNS, de 1992, “A municipalização é o caminho”.

Observa-se, portanto, que a decisão de descentralizar os vínculos de trabalho dos profissionais da saúde em direção aos municípios foi uma tendência adotada no decorrer do tempo. Essa mudança em direção à municipalização está relacionada ao processo de descentralização do SUS, que buscava fortalecer a autonomia dos municípios na gestão da saúde, visando fortalecer o poder local e a participação da comunidade na tomada de decisões.

Em 1989 as forças e partidos políticos alinhados com o Movimento da Reforma Sanitária perderam as eleições presidenciais e Fernando Collor de Melo foi eleito. Paim, evidencia que “antes mesmo de ser escolhido o novo ministro da saúde [...], já havia uma indicação do irmão do tesoureiro da campanha presidencial para a secretaria executiva do Ministério da Saúde” destacando a tendência privatizante que o governo eleito adotaria (PAIM, 2008 p185).

Ainda assim, em setembro de 1990, o projeto de Lei Orgânica da Saúde (lei 8080/90) foi sancionado pelo presidente eleito – cujos vetos de alguns incisos são sugestivos. Nos termos em que a Lei foi aprovada pelo Congresso Nacional, o seu Art. 27 estabelecia que:

A política de recursos humanos na área da saúde será formalizada e executada, articuladamente, pelas diferentes esferas de governo, em cumprimento dos seguintes objetivos:

II - Instituição, em cada esfera de governo, de planos de cargos e salários e de carreira para o pessoal do Sistema Único de Saúde (SUS), da administração direta e indireta, baseados em critérios definidos nacionalmente;

III - *fixação de pisos nacionais de salários para cada categoria profissional, sem prejuízo da adoção, pelos estados e municípios, de remuneração complementar para atender às peculiaridades regionais* (BRASIL, 1990 p 10).

Na ocasião, estes dois incisos foram vetados pelo Presidente Collor, em 19 de setembro de 1990, incidindo justamente contra os direitos trabalhistas no SUS. Ao todo, o texto apresentou nove artigos vetados totalmente e cinco de forma parcial. Paim (2008) destaca que apesar dos vetos a lei aprovada se configurava como uma importante conquista da sociedade brasileira.

Apesar de terem sido vetados, os dois incisos citado acima contemplam uma proposta incipiente de pacto federativo, em consonância com a proposta elaborada pelo GT/RH que defendia a centralização dos vínculos a nível Federal para garantir um sistema de saúde único, com piso salarial e progressão de carreira, ou seja, um Plano de Cargos Carreira e Salários, conforme descrito na tabela 03. É importante destacar esse aspecto uma vez que aponta a consciência de que era necessário a presença federal como indutora da organização da força de trabalho na gestão da política. Essa condição evidencia uma concepção diferente da descentralização municipalizada que servia de diretriz para a transferência de responsabilidades como objetivado pela Reforma.

Com o veto presidencial, novas mobilizações foram realizadas e contaram com apoio de deputados e entidades como o CONASEMS e a ABRASCO, e, após muitos esforços, foi aprovada a Lei Federal nº 8.142, de 1990, responsável por regular a participação da comunidade na gestão do SUS e orientar as transferências intergovernamentais de recursos financeiros da saúde, e outras providências, dentre as quais a constituição de uma comissão para elaboração de Plano de Carreira, Cargos e Salários para os profissionais do SUS. Desse modo, ficou estabelecido em seu art. 4º que:

Art. 4 Para receberem os recursos, de que trata o art. 3º desta lei, os Municípios, os Estados e o Distrito Federal deverão contar com:

I - Fundo de Saúde;

II - Conselho de Saúde, com composição paritária de acordo com o Decreto nº 99.438, de 7 de agosto de 1990;

III - Plano de saúde;

IV - Relatórios de gestão que permitam o controle de que trata o § 4º do art. 33 da Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990;

V - Contrapartida de recursos para a saúde no respectivo orçamento;

VI - *Comissão de elaboração do Plano de Carreira, Cargos e Salários (PCCS), previsto o prazo de dois anos para sua implantação* (BRASIL, 1990).

Apesar de ser sucinta a lei previa a criação de uma comissão para a construção do Plano de Carreira, Cargos e Salários no âmbito do SUS (PCCS-SUS), como condição para a transferência de recursos oriundos da União aos Estados e Municípios. Havia na Lei Orgânica da Saúde, a materialização das discussões que o Movimento da Reforma Sanitária protagonizou nos anos anteriores, acerca da necessidade de uma política dirigida aos trabalhadores do SUS como parte essencial da operacionalização do sistema de saúde.

Entretanto, quem deveria compor a referida comissão não foi previsto, nem tão pouco o detalhamento da organização federativa dos recursos a serem destinados especificamente aos trabalhadores para viabilizar a implantação de PCCS.

Em janeiro de 1991 a Norma Operacional Básica nº 1 (NOB 01/91) é elaborada e publicada pelo Presidente do Inamps. Sendo contestada por juristas por ter saído pelo Inamps, foi reeditada de imediato após autorização do Ministério da Saúde e, posteriormente, em julho do mesmo ano revisada (CARVALHO, 2001).

A NOB 01/91 reproduz em seu texto muitos dos elementos que compõem as Leis Orgânicas da Saúde, mas dentre outras questões, altera e detalha os mecanismos de financiamento do SUS – constando, inclusive, diretrizes para organização do trabalho como critério para o repasse de recursos. Essa condição, via regra, é pouco detalhada, ou mesmo desconhecida, pela maioria dos estudos da Reforma Sanitária. Sob a NOB 91, os aspectos que se tornaram mais conhecidos ao longo do tempo foram o estabelecimento do repasse de recursos para Estados e Municípios através do pagamento por produção de serviços, além do detalhamento dos critérios para a transferência de recursos de custeio para as áreas hospitalar e ambulatorial.

Apesar da Norma não contemplar as posições do movimento sanitário, ao defender, por exemplo, o pagamento por tabela para todos os prestadores, foi bem recebida pelos gestores municipais com apoio do Conasems (PAIM, 2008).

Certamente, o aspecto mais reconhecido da NOB 01/91 é o seu detalhamento dos critérios de estímulo à municipalização do SUS e as ações de saúde coletiva. Estes critérios são descritos em tópicos e convergem com o que foi definido na Lei nº 8.142/90. No entanto, nos interessa destacar que dentre seus muitos sentidos, consta a “constituição de Comissão de Elaboração do Plano de Carreira, Cargos e Salários (PCCS), com o prazo de 02 (dois) anos para a sua implantação” que aparece como um dos critérios para a transferência de recursos e a efetiva municipalização dos serviços de saúde (BRASIL, 1991 p 5).

Esses dispositivos legais presentes na Lei 8.142/90 e na NOB/91 inseriram a ‘carreira SUS’ como condição para a transferência de recursos oriundos da União aos Estados e Municípios, definindo responsabilidade que requer discussão e incentivo para melhor regulamentação. Fica claro que a necessidade de garantir aos profissionais do SUS direitos trabalhistas que dialoguem com a complexidade do sistema de saúde era proposta central na agenda. Mesmo que incompletas, tais referências permitem identificar a ampla mobilização de representações de trabalhadores e prestadores de serviço em torno da formulação de acordos ou compromissos que apontem para a valorização e a qualificação do trabalho no nascimento do SUS.

Durante a década de 1990 foram editadas também as NOB 93 e NOB 96, que tratam de aspectos relativos à organização do SUS, e são reconhecidas, principalmente, por suas diretrizes vinculadas à descentralização das ações e dos serviços de saúde.

A NOB 93, por exemplo, é reconhecida por estabelecer condicionalidades à execução descentralizada do SUS, através de níveis de transição crescentes de gestão entre a esfera federal e as esferas estaduais e municipais (LEVCOVITZ et al., 2001). Não obstante, ao definir questões como a gestão municipal parcial ou gestão municipal semiplena, a Norma estabelece também a necessidade de se “apresentar à Comissão Bipartite comprovante da existência de comissão de elaboração do Plano de Carreira, Cargos e Salários (PCCS) da saúde para o município, ou o plano já elaborado”. O mesmo ocorre para a esfera Estadual na condição de gestão parcial (BRASIL, 1993b). Ou seja, o PCCS continuava presente na Norma como requisito para a descentralização, apesar de não ser um tema a qual a NOB-93 veio a ser reconhecida como instrumento relevante para a formação do SUS no campo da saúde coletiva.

Em relação a NOB 96, ela tem o objetivo de aperfeiçoar os procedimentos político-administrativos relacionados com a transferência de recursos financeiros aos municípios, entretanto, cabe destacar que o Plano de Carreira não é citado na Norma, demonstrando que a ideia de PCCS foi perdendo força política e institucional durante a década de 1990.

Como vimos no capítulo anterior, durante esse período o país passou por um contexto de mudanças políticas e econômicas significativas, com a adoção de uma agenda neoliberal que influenciou as prioridades do governo. Em outras palavras, a ausência do plano de carreira na NOB 96 ocorreu em consonância a implementação de políticas de ajuste fiscal, redução do tamanho do Estado e a flexibilização das relações de trabalho. Como analisamos, o servidor público vinha sendo amplamente atacado por Bresser-Pereira, e contava com forte apoio político do presidente Fernando Henrique. A ênfase dada a formas mais flexíveis de contratação e remuneração, como os contratos temporários, terceirização e meta por desempenho estava, portanto, em rota de colisão com as lutas por PCCS presentes na Reforma Sanitária Brasileira.

É do início da década de 1990, após demanda de representantes sindicais e membros do Conselho Nacional de Saúde (CNS), a criação da Mesa Nacional do SUS, por meio da resolução n.º 52 do (CNS), em 06 de maio de 1993, que deveria se configurar como um espaço de diálogo para questões referentes às relações de trabalho e negociações coletivas no âmbito do SUS. O objetivo era viabilizar o atendimento de reivindicações dos trabalhadores manifestadas em inúmeras conferências nacionais como o PCCS, jornadas de trabalho, o cuidado com a saúde do trabalhador, a formação e a qualificação dos profissionais de saúde, entre outras (BRASIL, 1993a).

A Mesa Nacional deveria possuir um caráter paritário e permanente, com participação do governo federal, gestores estaduais e municipais, prestadores de serviços e trabalhadores do SUS. Entretanto, a Mesa permaneceu por um longo período sem funcionar, sendo reinstalada apenas em 1997, a partir da resolução nº 229 do CNS, e novamente desativada por não conseguir manter a frequência das reuniões. Em 04 de junho de 2003, esse espaço de negociação foi instalado pela terceira vez com uma nova composição, denominada de Mesa Nacional de Negociação Permanente do SUS (MNNP-SUS), pela resolução nº 331 do CNS (BRASIL, 2003).

Ainda em 1993, um ano após a IX Conferência Nacional de Saúde, em setembro, foi realizada a II Conferência Nacional de Recursos Humanos em Saúde (II CNRHS). Como propostas estabelecidas no relatório final da Conferência, foram destacadas a necessidade de promover a organização, o desenvolvimento e a formação dos trabalhadores e a regulamentação o ingresso no setor saúde via concurso público, tendo em vista a elaboração de um Plano de Cargos, Carreira e Salários para os profissionais do SUS (BRASIL, 1993a).

O relatório deixava claro que “a fragmentação que caracteriza o trabalho em saúde tem algumas implicações na qualidade da assistência” e apresenta como implicações a ausência de trabalho em equipe e o atendimento desumanizado aos usuários do sistema (BRASIL, 1993 p.29).

Apesar das duas Conferências de Recursos Humanos terem expressado em seus respectivos relatórios proposições para o enfrentamento dos problemas identificados e os textos destacarem que para implantar as mudanças necessárias nos serviços de saúde era preciso investir nos trabalhadores, a década de 1990 possibilitou poucos avanços para os profissionais do sistema de saúde.

Em que pese o fato da carreira SUS estar presente nas Conferências e pautada na Lei Orgânica da Saúde como atribuição de Comissão temática a ser criada, não foram formuladas ações para garantir a sua implementação por parte do Governo Federal. Paralelamente a este fato ia se construindo um mosaico disforme do trabalho no setor saúde, sobretudo a nível municipal, levando a uma fragmentação crescente no modelo de assistência à saúde.

Em 1995 foi iniciada a adoção de medidas mais efetivas a descentralização, com a implementação de dois programas federais que expandiram o trabalho no SUS a nível municipal: o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e o Programa Saúde da Família (PSF), que em 2006 passou a ser denominado Estratégia de Saúde da Família (ESF). Nas décadas seguintes, o número de estabelecimentos de saúde triplicou com a expansão da APS (MACHADO, 2018). A adoção do novo modelo de atenção à saúde implicou na ampliação

e fixação do quadro de profissionais nos Municípios, no momento do processo de Reforma neoliberal do Estado que, contraditoriamente, previa a diminuição da participação do Estado na prestação de serviços.

A proporção de empregos públicos sofreu uma mudança significativa neste período, deslocando da esfera federal para a municipal. Na década de 1980 esfera federal apresentava mais de 42% do total de vínculos de trabalho e a esfera municipal, apenas 16,2%. Por sua vez, no ano de 2005 os empregos municipais representavam 68% do total, e os federais apenas 7,3% (IBGE, 2009). Neste sentido, a municipalização induzida nos anos 90 possibilitou mudanças significativas na força de trabalho do SUS, capilarizando os trabalhadores à medida que se transformavam as atribuições dos entes federados com os serviços de saúde.

Frente a estas medidas é importante destacar a realização da X Conferência Nacional de Saúde (CNS), em setembro de 1996, que denunciou os desmontes que estavam ocorrendo na máquina pública. A conferência defendeu a tese de que o fortalecimento do SUS e a efetiva universalização da saúde pública, garantidora de cidadania somente seria possível frente a uma capacidade de resposta do Estado às demandas sociais, contrapondo as reformas realizadas pelo governo no período (STEDILE *et al.*, 2015).

Os vínculos dos trabalhadores estavam cada vez mais precarizados, tanto que os participantes da Conferência se ocuparam em denunciar a terceirização e privatização dos serviços públicos de saúde em suas mais diversas modalidades, como cooperativas, fundações, organizações sociais entre outros, expondo que “estas modalidades de gestão geram o clientelismo, o fisiologismo e as demissões arbitrárias sob o argumento falacioso de aumento de autonomia dos municípios (BRASIL, 1998 p. 34).

Em relação a gestão de RH, o relatório final da conferência de 1986 apresentou como um de seus temas “Recursos Humanos para a saúde”, que apontava a necessidade de implementação, por parte das três esferas de governo, de uma política de Recursos Humanos para o SUS que, em princípio, fosse discutida com os setores sociais interessados, destacando o papel do Conselho Nacional de Saúde (CNS) neste processo (BRASIL, 1998).

O texto apresenta ainda alguns pontos que a política deveria contemplar. Nesse tópico, destaca-se a valorização dos trabalhadores através do piso salarial digno e a implantação da jornada de 30 horas; garantia de isonomia federal para os trabalhadores das três esferas de governo; garantia de progressão nas carreiras de saúde; ingresso exclusivamente via concurso público. No que diz respeito ao PCCS, o relatório não apresenta novidades em relação às Conferências anteriores, apontando que “o Ministério da Saúde e as Secretarias Estaduais e Municipais de saúde devem criar uma comissão especial para no prazo de 180 dias [...] elaborar

proposta de criação e operacionalização de PCCS para todas as esferas de governo” (BRASIL, 1998 p. 63).

Mantinha-se consolidada, portanto, as propostas relativas aos trabalhadores apresentadas nas conferências anteriores, e inovou, ao propor uma Norma Operacional Básica (NOB) referente à gestão do trabalho no SUS, “com princípios que regulam a ação das esferas de governo com relação aos trabalhadores no âmbito do SUS” (BRASIL, 1998, p. 62). Essa estratégia evidenciava que apesar do tema RH ser considerado como estruturante para o sistema de saúde a proposta de criação do PCCS não saia do papel e novos instrumentos de gestão eram necessários.

Como estamos reconstituindo, as propostas referentes à gestão do trabalho no SUS estavam fragmentadas em diversos documentos produzidos nas Conferências anteriores, pela Comissão Intersetorial de Recursos Humanos (CIRH)², pelo Conselho Nacional de Saúde e pela Mesa Nacional de Negociação do SUS. Tendo em vista essa consciência, é possível formular o entendimento de que as deliberações da X CNS expressavam a necessidade de sistematizar toda a experiência acumulada até aquele momento (BRASIL, 2005).

Nesse sentido, cabe destacar como deliberação da X CNS em 1998, a primeira versão do documento “Princípios e Diretrizes para a NOB/RH-SUS”. O documento foi divulgado no mesmo ano pelo Conselho Nacional de Saúde sendo elaborado na "Oficina Nacional de Trabalho sobre Recursos Humanos para o SUS", que aconteceu em Goiânia, em novembro de 1998. Evidenciando a necessidade da valorização profissional e a regulação das relações de trabalho no setor saúde. Em maio de 2000 foi publicada pelo CNS a segunda versão preliminar do documento, sendo também o resultado da Oficina Nacional de Recursos Humanos, realizada em Goiânia. Dando continuidade ao aprimoramento do documento, o Conselho realizou nova oficina, em agosto do mesmo ano, em Salvador. A “Oficina Nacional de Recursos Humanos para o SUS”, contou com a participação de 60 convidados, e o texto da terceira versão dos “Princípios e Diretrizes para a NOB/RH-SUS” foi redigido como produto da Conferência (BRASIL, 2005).

Entretanto, definiu-se que a “terceira versão não daria caráter conclusivo ao documento”, indicando que a construção dos “Princípios e Diretrizes para a NOB/RH-SUS, não teve caráter homogêneo entre os participantes e necessitava de mais debates que pudessem contemplar outros atores políticos. Essas divergências refletem a complexidade do sistema de

² A Comissão Intersetorial de Recursos Humanos (CIRH), subordinada ao Conselho Nacional de Saúde, tem suas atribuições previstas na Lei 8.080/90. Sua finalidade é articular políticas e programas de interesse para a saúde, cuja execução envolva áreas não compreendidas no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

saúde e a importância de considerar múltiplas perspectivas na formulação de políticas que impactam diretamente a prestação de serviços e o trabalho dos profissionais de saúde (BRASIL, 2005 p.16).

Após muita discussão e revisão, que contou com apoio das Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde, dos Conselhos Estaduais de Saúde (CES), de entidades dos trabalhadores estaduais e municipais, de universidades, de juristas e representantes de entidades de trabalhadores, a terceira versão do documento foi aprovada como o título de “Princípios e Diretrizes para a Norma Operacional Básica de Recursos Humanos para o SUS” (NOB/RH-SUS), na XI Conferência Nacional de Saúde, que ocorreu em dezembro de 2000.

A Norma Operacional Básica de Recursos Humanos para o SUS (NOB-RH/SUS) foi um instrumento constituído a partir da participação da sociedade civil organizada conforme descrito. O Documento ressalta que para o efetivo cumprimento dos princípios do SUS a gestão de RH tem que ser estratégica. E para tanto, deve explicitar de forma clara as atribuições e responsabilidades dos gestores, de cada esfera de governo, com a gestão do trabalho no SUS. Em relação a competência das três esferas de governo, sobre a gestão do trabalho no SUS a NOB define que:

Apresentar ao respectivo Conselho de Saúde, para discussão e deliberação, a política de Gestão do Trabalho da respectiva esfera de gestão do SUS, incluindo: a avaliação da quantidade, da composição e da qualidade do quadro de recursos humanos existente; o quadro necessário para o funcionamento do sistema; a proposta de mecanismos de recrutamento e contratação de pessoal; os critérios de acompanhamento dos concursos públicos pelos Conselhos; os mecanismos de acompanhamento dos processos de lotação; a discussão do processo de trabalho proposto; o Programa Institucional de Educação Permanente; os mecanismos de participação nos processos de avaliação de desempenho; o Plano de Carreira, Cargos e Salários; os processos negociatórios com os trabalhadores e a evolução salarial; os mecanismos de acesso a documentos, ao Banco de Dados e ao Sistema de Informação de Recursos Humanos, entre outros, solicitados pelo Conselho (BRASIL, 2005 p. 38).

A 11ª CNS, realizada também nos anos 2000, reafirmava os princípios e as diretrizes da NOB/RH e recomendava a realização da III CNRH. Em 2003, a 12ª CNS, reafirmava novamente a necessidade da realização da III CNRH, entretanto, a Conferência irá acontecer apenas em 2006 e será abordada mais adiante.

Fica claro que a construção da NOB/RH-SUS ocorreu a partir de uma correlação extensa de forças políticas estruturadas em torno do tema carreira SUS e dos ideais pautados na RSB, que divergiam com as políticas adotadas pelo governo do FHC. Este debate, portanto, acontecia em paralelo à adoção de políticas federais que fragmentavam os trabalhadores, a exemplo das Leis: Lei nº 9.637/98, Lei 9.790/1999 e Lei de Responsabilidade Fiscal, de 2000, que foram

abordadas no capítulo anterior. Como vimos, estas diretrizes federais tiveram impactos diretos nos vínculos de trabalho dos profissionais de saúde, principalmente nos municípios, sendo diretrizes opostas à proposta dos PCCS, conforme elaborado pela RSB.

Em síntese, a Constituição de 1988 instituiu o Regime Jurídico Único (RJU), estabelecendo as novas regras que deveriam orientar a incorporação e manutenção dos servidores públicos. E apesar do movimento da Reforma Sanitária possuir uma agenda clara para a política de pessoal no SUS nos anos 1990, a inação do governo federal – ou ação orientada por outros princípios - expunha a baixa centralidade do tema na sua pauta de ações, evidenciando a sua dificuldade em dialogar com as demandas da sociedade (MACHADO, 2008; NOGUEIRA, 2010).

3 ANOS 2000 E A GESTÃO DO TRABALHO NO SUS

Em 2003 o Presidente Luís Inácio Lula da Silva assumiu o governo e pela primeira vez uma coalizão de esquerda foi eleita no país. Isso significa dizer que parte importante da articulação política que historicamente esteve presente na RSB estava representada no nível central do Estado. Neste mesmo ano, por meio de parcerias e do diálogo com o Ministério da Educação (MEC) e outros órgãos, o MS criou a Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES), responsável pelo fomento de políticas para a formação, educação permanente, valorização dos trabalhadores e democratização das relações de trabalho (BRASIL, 2011).

Em consonância com este processo, ainda em 2003 o MS criou o Comitê Nacional Interinstitucional de Desprecarização do Trabalho no SUS, com o objetivo de formular políticas e diretrizes para a desprecarização do trabalho no sistema. Com o novo governo, pode-se dizer que o MS reconheceu como agenda o debate e o enfrentamento do que se denominava a “desprecarização do trabalho no SUS” (BRASIL, 2006a).

Em abril de 2004, Humberto Costa, então Ministro da Saúde, criou a Comissão Especial, por meio da Portaria nº 626/2004, para elaborar as diretrizes do PCCS do âmbito do SUS, coordenada pela Diretora do Departamento de Gestão e da Regulação do Trabalho em Saúde. A Comissão era composta por representantes das várias Secretarias e órgãos do Ministério da Saúde, do Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão, do Ministério da Ciência e Tecnologia, Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS), Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS) e das entidades sindicais e patronais que compõem a Mesa Nacional de Negociação Permanente do SUS (BRASIL, 2006b).

Tal Comissão Especial era, portanto, formada por diversos atores centrais na discussão do trabalho no âmbito do SUS. Com destaque para a Mesa Nacional de Negociação Permanente, o que reforça as instâncias colegiadas e espaços de negociação entre os trabalhadores, gestores e usuários, recuperando os princípios democráticos que embasam o SUS.

O CONASS, acompanhando estas medidas ainda no ano de 2004, realiza o Seminário “Recursos Humanos: um desafio do tamanho do SUS”, na cidade do Rio de Janeiro. O debate proposto pelos secretários se estruturou em 3 eixos: desprecarização do trabalho em ambiente de incerteza; processo de desenvolvimento e formação de Recursos Humanos na saúde com ênfase no debate dos Polos de Educação Permanente; e estrutura e organização da área de Recursos Humanos nas Secretarias Estaduais de Saúde (BRASIL, 2004).

Os eixos foram elaborados a partir da pesquisa “Estruturação da Área de Recursos Humanos nas Secretarias de Saúde dos Estados”, realizada pelo CONASS, em parceria com a OPAS (Organização Pan-Americana de Saúde) e o MS, em 2003. Foram consideradas também as demandas levantadas pela Câmara Técnica de Recursos Humanos do CONASS e pelos seus Coordenadores Regionais (BRASIL, 2004).

A pesquisa permitiu identificar alguns problemas referentes à gestão do trabalho no SUS, que foram abordados no seminário. No evento foram elencados sete tópicos principais que contribuem para a precarização existente no SUS, com destaque para a Lei de Responsabilidade Fiscal (LRF), que aparecia como um dos tópicos dentre os 7 elencados pelos gestores estaduais. Entretanto, ao apresentar proposições para o problema, o relatório final do seminário identificava que “a maioria dos Gestores concordam que a LRF não é, especificamente, um fator limitante para a regularização da situação atual dos recursos humanos” (BRASIL, 2004 p.9).

O consenso, portanto, entre os gestores era de que a Lei não devia ser alterada e como proposta, consta o seguinte argumento:

Considerando ainda o consenso de que a LRF como tal não deve ser alterada, o CONASS deve lutar pela regulamentação do dispositivo de excepcionalidade proposto pela lei para a saúde e a educação (por exemplo: exclusão de aposentados e de funcionários municipalizados) no cômputo dos limites estipulados pela Lei (BRASIL. 2004 p.10).

Ao apresentar propostas para os trabalhadores, o CONASS recomendava uma medida contraditória, pois ainda que a LRF não representasse um fator limitante para a implementação e expansão do SUS nas SES, de acordo com a maioria dos gestores, se faziam necessárias medidas de excepcionalidade à lei. de fato, o seminário expressa o quanto é desafiador e complexo o debate referente a gestão do trabalho no SUS, explicitando, nesse caso, uma preocupante divergência ideológica entre trabalhadores da ponta dos serviços e gestores trabalhadores do sistema.

Em novembro de 2004 a proposta preliminar para a instituição de PCCS, realizada pela Comissão Especial do MS, foi elaborada. As Diretrizes estabeleciam que:

As Diretrizes são orientações gerais que podem subsidiar a elaboração/reestruturação dos planos de carreiras dos trabalhadores do SUS nas três esferas de governo. Um dos pressupostos fundamentais das Diretrizes é a construção de carreiras assemelhadas no âmbito do SUS. Ou seja, as Diretrizes possibilitarão a elaboração de planos de carreiras com estruturas semelhantes, respeitando, naturalmente, as peculiaridades e as necessidades locais (BRASIL, 2006b p.6).

Tal proposta foi submetida a consulta pública entre março e junho de 2005, sendo, posteriormente, disponibilizada nova consulta em agosto do mesmo ano. Um total de 890 acessos foram feitos ao documento. As propostas consideradas pertinentes pela Comissão Especial foram acrescentadas ao texto, sendo os pontos mais abordados: “ascensão funcional; jornada de trabalho; garantia de direitos adquiridos; carreira específica para médicos; equivalência de remuneração entre os três Poderes; financiamento dos planos de carreiras”. Ainda em 2005, o documento final foi submetido à Mesa Nacional de Negociação Permanente do SUS para sua aprovação (BRASIL, 2006b, p.7).

Em 2006 foi publicado o documento preliminar intitulado “PCC-SUS Diretrizes Nacionais para a Instituição de Plano de Cargos, Carreiras e Salário no âmbito do Sistema Único de Saúde”. As Diretrizes estão divididas em cinco capítulos e definem os princípios para a operacionalização dos PCCS no SUS. Dentre os princípios destaca-se: a universalidade dos planos de carreira; a equivalência dos cargos ou empregos; a participação dos trabalhadores no processo de formulação e na gestão do seu próprio plano de carreira. Ou seja, princípios condizentes com os ideais estruturados na Reforma Sanitária desde os anos 1990.

O documento evidencia ainda que as reuniões para a elaboração da proposta tiveram pontos de discordância entre os principais argumentos apresentados, como, por exemplo, a quantidade de cargos. Considerando este aspecto a comissão optou por:

“(…) cargos genéricos, segmentados por nível de escolaridade, mas tendo como fundamento as funções estruturantes do SUS em suas diversas áreas de atuação, quais sejam: Atenção à Saúde; Gestão; Auditoria; Fiscalização e Regulação; Vigilância à Saúde; Perícia; Apoio Administrativo e Infraestrutura; Ensino e Pesquisa” (BRASIL, 2006b p 19).

Chama atenção o artigo 8º que trata dos “Cargos ou empregos estruturantes propostos para os planos de carreiras dos trabalhadores do Sistema Único de Saúde” uma vez que foram elaboradas duas propostas referentes à quantidade de cargos. Uma primeira proposta contemplando três cargos e uma segunda proposta contemplando dois cargos (BRASIL, 2006b). Estas propostas podem ser mais bem visualizadas no quadro abaixo.

Tabela 4 - Proposta da organização das carreiras no âmbito do SUS

Proposta para 3 cargos		Proposta para 2 cargos	
(1) Auxiliar de Saúde	Compreende as categorias profissionais que realizam atividades que exigem, para o seu exercício, nível de escolaridade de ensino fundamental, completo ou incompleto, profissionalizante ou não.	(1) Assistente em saúde	Compreende as categorias profissionais que realizam atividades que exigem, para o seu exercício, nível de educação básica, completo ou incompleto, profissionalizante ou não.
(2) Assistente técnico de Saúde	Compreende as categorias profissionais que realizam atividades que exigem, para o seu exercício, nível de ensino médio, profissionalizante ou não	(2) Especialista em Saúde	Especialista em Saúde, que compreende as categorias profissionais que exigem, para o seu exercício, nível de escolaridade mínimo correspondente ao ensino superior.
(3) Especialista em Saúde	Compreende as categorias profissionais que exigem, para o seu exercício, nível de escolaridade mínimo correspondente ao ensino superior.		

Fonte: Elaborado pela autora, 2023

Estes cargos seriam ainda desmembrados em classes que “[...] são divisões que agrupam, dentro de determinado cargo ou emprego, as atividades com níveis similares de complexidade”. Evidenciando que a questão da quantidade de cargos era um ponto polêmico no debate e que por contemplar diferentes categorias profissionais requer um diálogo amplo com os trabalhadores (BRASIL, 2006b p. 35).

Em que pese todo o debate acerca do tema, interessante notar que o texto define apenas o cargo de “Especialista em Saúde” para todas as profissões de nível superior, não segregando por categoria profissional, com possibilidade de promoção e progressão na carreira com critérios definidos. Importante pontuar também que a proposta preliminar para a carreira SUS, elaborada pela Comissão Especial, estabelecia uma política articulada de gestão do trabalho em saúde entre os três níveis de governo.

Entretanto, o documento aborda de forma geral questões importantes, como o financiamento necessário para a implementação efetiva dos planos de carreira, quando o documento define em seu artigo 37 que “Os planos de carreiras e de desenvolvimento de pessoal deverão ter seu financiamento pactuado pelas três esferas de governo” (BRASIL, 2006b p. 51). Neste sentido, o artigo estabelece que esses planos devem ter seu financiamento pactuado pelas três esferas de governo, o que evidencia a necessidade de um acordo conjunto para garantir recursos adequados, mas não especifica os critérios e objetivos para a alocação dos recursos necessários. Visto que a disponibilidade de financiamento adequada é essencial para assegurar

a viabilidade e sustentabilidade dos planos de carreira, permitindo a valorização e o desenvolvimento contínuo dos servidores públicos.

Chama atenção a forma genérica que o texto estabelece para a implementação dos PCCS. de acordo com as diretrizes estabelecidas, fica a encargo do trabalhador, optar ou não, pelo ingresso na carreira, e o trabalhador que não optar poderá ingressar no plano de carreira a qualquer tempo. Em que pese os avanços, entende-se que sem abordar por exemplo a LRF e o financiamento a implementação dos PCCS, a nível municipal, ficava decisivamente comprometida.

Outra iniciativa importante para a Gestão do Trabalho no SUS neste período foi a publicação do documento Diretrizes do Pacto pela Saúde, através da Portaria/GM nº 399, de 2006, que contempla o Pacto firmado entre os gestores do SUS em três dimensões: pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão. Esse Pacto buscou resgatar a dimensão política da Reforma Sanitária Brasileira e apresentou mudanças significativas para a execução do SUS, dentre as quais ressaltamos as relacionadas à gestão do trabalho. Estas diretrizes foram estruturadas em 9 tópicos, a saber:

- a.** A política de recursos humanos para o SUS é um eixo estruturante e deve buscar a valorização do trabalho e dos trabalhadores da saúde, o tratamento dos conflitos, a humanização das relações de trabalho;
- b.** Municípios, Estados e União são entes autônomos para suprir suas necessidades de manutenção e expansão dos seus próprios quadros de trabalhadores da saúde;
- c.** O Ministério da Saúde deve formular diretrizes de cooperação técnica para a gestão do trabalho no SUS;
- d.** Desenvolver, pelas três esferas de gestão, estudos quanto às estratégias e financiamento tripartite da política de reposição da força de trabalho descentralizada;
- e.** As diretrizes para Planos de Carreiras, Cargos e Salários do SUS PCCS/SUS - devem ser um instrumento que visa regular as relações de trabalho e o desenvolvimento do trabalhador, bem como a consolidação da carreira como instrumento estratégico para a política de recursos humanos no SUS;
- f.** Promover relações de trabalho que obedeçam a exigências do princípio de legalidade da ação do estado e de proteção dos direitos associados ao trabalho;
- g.** Desenvolver ações voltadas para a adoção de vínculos de trabalho que garantam os direitos sociais e previdenciários dos trabalhadores da saúde, promovendo ações de adequação de vínculos, onde for necessário, nas três esferas de governo, com o apoio técnico e financeiro aos municípios, pelos estados e União, conforme legislação vigente;
- h.** Estimular processos de negociação entre gestores e trabalhadores através da instalação de Mesas de Negociação junto às esferas de gestão municipais e estaduais do SUS;
- i.** As Secretarias Municipais e Estaduais de Saúde devem envidar esforços para a criação ou fortalecimento de estruturas de recursos humanos, objetivando cumprir um papel indutor de mudanças, tanto no campo da gestão do trabalho, quanto no campo da educação na saúde (BRASIL, 2006, p.38);

Percebe-se que as diretrizes apresentadas dialogam com as pautas defendidas pela Reforma Sanitária Brasileira. O PCCS é identificado como um instrumento estratégico para a

política de Gestão do Trabalho, o que sinaliza uma continuidade em relação a construção das Diretrizes do PCCS-SUS que estavam acontecendo. Entretanto, apesar de sua importância, a sistematização destas Diretrizes não previa uma questão central: o envolvimento financeiro do governo federal na política de pessoal para o SUS.

Cabe destacar que decorridos cerca de 20 anos da realização da primeira Conferência Nacional de Recursos Humanos para a Saúde, no ano de 2006, ocorre a terceira conferência, denominada de 3ª Conferência Nacional de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (CNGTES), consolidando as ações da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação. Apresentou o seguinte tema central: 'Trabalhadores de Saúde e a Saúde de todos os Brasileiros: Práticas de Trabalho, de Gestão, de Formação e de Participação' e contou com a participação dos diferentes segmentos dos gestores, do controle social e dos trabalhadores.

A Conferência apresentou como objetivo discutir e avaliar os processos de trabalho no SUS e, para tanto, o relatório final da Conferência foi dividido em 04 eixos temáticos, sendo eles: (1) Gestão Democrática e Participativa do Trabalho em Saúde: Agenda Estratégica e Financiamento; (2) Gestão Democrática e Participativa na Educação em Saúde: Agenda Estratégica e Financiamento; (3) Negociação na Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde: Valorização, Humanização e Saúde do Trabalhador; (4) Controle Social na Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (BRASIL, 2007).

Em relação ao PCCS, o relatório da 3ª CNGTES não traz novidades em suas deliberações, apenas destaca a continuidade da construção das Diretrizes do PCCS-SUS, que já estava em andamento. No entanto, o documento ressalta a necessidade de um debate mais aprofundado sobre a operacionalização da proposta de cargo amplo presente nas Diretrizes do PCCS-SUS. Como dito anteriormente o debate sobre a operacionalização dessa proposta envolve questões como a definição de critérios de progressão na carreira, a avaliação de desempenho, a remuneração adequada entre outras questões.

O relatório reforça ainda a necessidade de exigir e fiscalizar os dispositivos legais presentes nas Leis nº 8.080/90 e 8.142/90, que impõe sobre a implantação do PCCS-SUS como pré-requisito para a celebração de convênios e repasses financeiros para estados e municípios (BRASIL, 2007). Ao exigir a implantação do PCCS-SUS como pré-requisito para a celebração de convênios e repasses financeiros, essas Leis têm o objetivo de incentivar e garantir a adoção de políticas de valorização e desenvolvimento dos profissionais de saúde, entretanto, como estamos procurando evidenciar o plano de cargos foi historicamente atacado pela estrutura liberal montada no Estado brasileiro nos anos 1990 e início dos anos 2000, que atuou e atua

como uma outra forma de indução federal à política de Gestão do Trabalho, inviabilizando a implantação do PCCS no SUS, a nível de Brasil.

Em relação às três Conferências Nacionais de Recursos Humanos realizadas em 1986, 1993 e 2006, foram significativas no sentido de aprovar Diretrizes consonantes com as lutas da RSB, porém não foram realizadas com periodicidade regular, o que limitou sua possibilidade de ação. Além deste fato, é relevante ressaltar que as deliberações e encaminhamentos decorrentes das Conferências não possuíam poder vinculante sobre os mandatos do poder executivo, tanto na esfera federal, quanto nos estados e municípios. Ainda que as conferências tenham sido importantes espaços de debate e deliberação, a falta de negociação para garantir a implementação das propostas pode ter resultado em um distanciamento entre as demandas e as ações efetivas do governo.

Ainda em 2006, o MS publica uma cartilha de perguntas e respostas com o intuito de oferecer aos usuários, gestores e trabalhadores do SUS informações qualificadas sobre a precarização do trabalho no SUS (BRASIL, 2006a). A cartilha delimita a precarização como uma política de governo e estabelece como necessário o diálogo constante entre gestores e trabalhadores do sistema de saúde. E define trabalho precário como:

Segundo entendimento do CONASS e do CONASEMS, trabalho precário está relacionado aos vínculos de trabalho no SUS que não garantem os direitos trabalhistas e previdenciários consagrados em lei, seja por meio de vínculo direto ou indireto. Ainda segundo o CONASS e o CONASEMS, mesmo que o vínculo seja indireto, é necessário garantir o processo seletivo e, sobretudo, uma relação democrática com os trabalhadores (BRASIL 2006a, p.13).

Dentre os problemas relacionados à força de trabalho abordados pelo MS, o trabalho precarizado se concentra principalmente na relação com o tipo de vínculo empregatício do trabalhador, como a estabilidade laboral e a garantia de direitos trabalhistas, seja no contrato celetista ou estatutário. A cartilha, ao tratar do tema “precarização do trabalho no SUS”, não aborda sua origem histórica e discute a questão de forma circunstancial. Desconsiderando que a precarização do trabalho possui raízes em transformações sociais e econômicas mais amplas, como mudanças nas políticas de contratação, terceirização, desvalorização do trabalho público e pressões para redução de custos.

Corroborando com essa análise, Nideck (2013) destaca que a concepção de trabalho no SUS adotada durante o primeiro governo Lula (2003-2006) não levou em consideração a relação do trabalho com as políticas neoliberais. Essa abordagem evidencia que a estratégia de enfrentamento adotada negligenciou a origem do problema. Embora o governo tenha

empreendido esforços quanto à necessidade de desprecarização dos vínculos de trabalho na esfera pública, os efeitos da política antitrabalhista adotada no governo do FHC, não foram revertidos, e o terceiro setor continuou avançando – sobretudo no nível municipal.

Em 2007, as Diretrizes nacionais para a instituição de PCCS no SUS foi publicada no Diário da União pelo Ministro da Saúde José Gomes Temporão, através da Portaria nº 3.118/2007. Os princípios que orientam os documentos publicados em 2006 e 2007 são os mesmos. Em relação à quantidade de carreiras, ficava definida a proposta que estabelece a possibilidade de duas carreiras estruturadas em cargos ou empregos, classes e padrões de vencimentos ou de salários: a de Assistente em Saúde e de Especialista em Saúde. Estas categorias foram desmembradas nas seguintes classes, exemplificadas no quadro abaixo.

Quadro 1 - Divisões que agrupam atribuições de complexidade similares, dentro de um mesmo cargo/emprego público

Assistente em Saúde		Especialista em Saúde	
Classe	Exigência	Classe	Exigência
A	Ensino fundamental incompleto	E	Ensino superior completo
B	Ensino fundamental completo ou qualificação ou experiência profissional fixada pelo plano de carreiras	F	Ensino superior completo e especialização, inclusive programa de residência, ou qualificação ou experiência profissional fixada pelo plano de carreiras
C	Ensino médio completo	G	Ensino superior completo e mestrado ou qualificação ou experiência profissional fixada pelo plano de carreiras
D	Ensino técnico completo ou qualificação ou experiência profissional fixadas pelo plano de carreiras.	H	Ensino superior completo e doutorado ou qualificação ou experiência profissional fixada pelo plano de carreiras.

Fonte: Elaborado pela autora, 2023

Portanto, as classes identificam a posição do profissional em função do seu cargo ou emprego e nível de progressão, que devem ser compatíveis com o salário que o trabalhador irá receber. O desenvolvimento das carreiras agrega ainda outros subsídios como: (1) promoção: passagem de uma classe para a outra, mediante qualificação ou experiência profissional; (2) progressão: passagem de um salário para outro, mediante resultado satisfatório em avaliação de desempenho. Se constituindo como uma potente ferramenta de gestão, além do que significa dizer que a implantação de um PCCS possibilita o reconhecimento do trabalhador, a possibilidade de qualificação profissional e mais do que isso, melhorias nas condições de trabalho. Em relação a jornada de trabalho a Diretriz não define uma carga horária, estabelece

apenas que será de acordo com o regime jurídico, respeitando as características regionais e processo de trabalho.

Ao estabelecer subsídios técnicos à instituição de regime jurídico de pessoal no âmbito do Sistema Único de Saúde, o Governo Federal avançava no sentido de valorizar os trabalhadores do SUS e ao mesmo tempo indicar Diretrizes que revertam os problemas evidenciados na década anterior. Entretanto, por si só, esta Diretriz não dá conta de garantir a implementação do PCCS por parte das três esferas de governo, principalmente a nível municipal, considerando que as diretrizes neoliberais implementadas a nível federal na década anterior tiveram impacto direto nos vínculos de trabalho dos profissionais do SUS e continuavam a vigorar.

Nas eleições de 2010, o PT apresentou como candidata à presidência uma mulher, Dilma Rousseff (2011-2016). Quando eleita, apresentou compromissos programáticos que refletiam a intenção de dar continuidade às políticas implementadas durante o governo de Lula. No primeiro ano de seu governo, em 2011, o MS publicou uma nova Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) por meio da Portaria nº 2.488/2011. Em relação aos trabalhadores a portaria trouxe flexibilizações em algumas normas relacionadas à organização e Gestão do Trabalho, especialmente no que se refere aos profissionais médicos. Com o intuito de enfrentar os desafios relacionados à contratação e fixação de médicos nas equipes de Saúde da Família, o MS implementou medidas para flexibilizar a carga horária desses profissionais nas equipes. Com essa alteração, cada equipe poderia contar com um ou mais médicos, cada um deles com carga horária semanal de 20, 30 ou 40 horas (BRASIL, 2011).

No entanto, é importante considerar que a flexibilização da carga horária dos médicos nas equipes de Saúde da Família apresenta desafios no processo de trabalho. Uma questão importante se refere ao fato de que a flexibilização da carga horária possibilita a inserção dos médicos em mais de uma unidade de saúde, o que pode contribuir para a diminuição do vínculo entre os profissionais destas unidades e a distribuição fragmentada dos médicos entre diferentes equipes pode afetar a continuidade e a qualidade do cuidado oferecido aos usuários (FONTENELLE, 2012). Mais uma vez um importante desafio para a Gestão do Trabalho no SUS, como a fixação dos profissionais, estava sendo abordada de forma circunstancial.

Ainda no ano de 2011, o CONASS publicou um livro intitulado “A Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, da Coleção para Entender a Gestão do SUS 2011”, destacando que a Gestão do Trabalho em Saúde é um dos temas mais relevantes para a consolidação do SUS. O texto aponta que um grande desafio para a gestão do trabalho no SUS é a estruturação de um modelo de Gestão do Trabalho que seja compatível com o modelo de gestão adotado pelo

estado. E aponta o PCCS como um caminho. Destacando a necessidade de um modelo de gestão integrado com possibilidade de se institucionalizar mecanismos de remuneração variável, gratificações por desempenho e qualificação. de acordo com o texto:

A implantação de uma gestão integrada do trabalho em saúde pressupõe: definição de carreiras próprias de estado; critérios de mobilidade, ascensão e desenvolvimento na carreira; impacto orçamentário do plano de gestão no orçamento da saúde do estado e/ou do município; correspondentes estratégias de implantação com as Secretarias de Administração dos estados e municípios e suas correspondentes políticas para gestão de pessoas, em sua esfera de atuação (BRASIL, 2011 p.30).

Portanto, ainda que de forma sucinta, o livro apresenta diretrizes importantes pautadas durante todo o movimento da Reforma Sanitária e consolidadas nos anos posteriores. Traz uma avaliação otimista para o período, motivadas pelas transformações que estavam ocorrendo, como por exemplo, a tendência do governo Federal em relação à estruturação do plano de Carreira com a instituição e aprovação das diretrizes nacionais para o PCCS-SUS no ano de 2007, conforme apontado anteriormente.

Durante esse período, houve a criação da Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH), por meio da promulgação da Lei nº 12.550 de 2011. A EBSERH trata-se de uma empresa pública de direito privado, vinculada ao Ministério da Educação (MEC), que assume a gestão dos Hospitais Universitários Federais com a finalidade de oferecer serviços de assistência médico-hospitalar, ambulatorial e de apoio diagnóstico e terapêutico a estes hospitais. Neste modelo de gestão os trabalhadores são contratados na modalidade CLT, e não mais a partir do vínculo estatutário, sendo autorizada a contratação mediante processo simplificado de pessoal técnico e administrativo por tempo determinado de serviço (BRASIL, 2011).

O modelo de gestão implementado nos hospitais universitários está alinhado a uma lógica gerencial e é parte integrante do processo mais amplo de Reforma da Administração Pública, iniciado na década de 1990 no Brasil. Uma análise da implementação da Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH) revela uma ideia predominante de que os crise de gestão enfrentados pelos hospitais universitários está relacionada às características intrínsecas da gestão pública. Essa visão tem favorecido uma postura contrária à gestão pública e uma inclinação em direção à ideia de empresa (BORGES *et al.*, 2019).

O Programa Mais Médicos foi lançado em 2013, através da Lei nº 12.871/ 2013, como uma iniciativa abrangente para enfrentar as disparidades no acesso à Atenção Básica em todo país. de forma resumida o Programa foi concebido com base em três eixos de ação estruturantes:

O primeiro eixo envolveu investimentos direcionados à melhoria da infraestrutura com foco nas unidades básicas de saúde. Essa medida visava fortalecer as instalações e os recursos disponíveis nestas unidades, proporcionando um ambiente adequado para a prestação de serviços de saúde de qualidade; O segundo eixo de ação concentra-se na extensão e reforma dos cursos de graduação em medicina e residência médica no país. O objetivo era aprimorar a formação dos profissionais de saúde, incentivando a oferta de uma educação médica mais abrangente, com maior enfoque na atenção básica e nas necessidades de saúde da população; O terceiro eixo, intitulado Projeto Mais Médicos para o Brasil (PMMB), teve como objetivo principal prover assistência médica emergencial em áreas equivalentes. Por meio desse Programa, foram mobilizados médicos para atuar em regiões com carência de profissionais de saúde, especialmente em áreas remotas e de difícil acesso (OLIVEIRA *et al.*, 2015). Essa foi uma importante iniciativa do governo que visava garantir o acesso universal aos serviços de saúde e melhorar a resolutividade dos cuidados prestados à população.

Considerando todo o percurso anterior de lutas pelos direitos do trabalho no SUS, no ano de 2016 ocorreu o golpe que afastou a presidente Dilma Rousseff e o Partido dos Trabalhadores (PT) do governo. Com esse movimento, retorna ao poder grupos políticos que priorizam uma agenda econômica regressiva que previam a redução do papel do Estado, aumento da terceirização e privatização de setores estratégicos.

3.1 O esvaziamento do trabalho enquanto lugar de direitos após o Golpe de 2016

Michel Temer (2016-2018) assumiu a presidência priorizando uma visão econômica neoliberal pautada pelos pressupostos da administração pública gerencial iniciada na década de 90. Conforme discutido anteriormente a adoção destas medidas buscava, supostamente, aumentar a eficiência e a produtividade dos serviços públicos por meio da introdução de práticas de gestão empresarial. Neste contexto, a partir de 2016, observou-se uma radicalização da política de austeridade que marcou um importante momento de ruptura política na condução do Estado, iniciada na adoção de novas regras institucionais. Essas mudanças tiveram um impacto significativo no sistema de proteção social brasileiro refletindo em políticas como a flexibilização das leis trabalhistas, no enfraquecimento dos sindicatos e na privatização de serviços, que serão detalhados neste capítulo.

No momento em que as discussões sobre Carreira SUS ganham mais consistência política e viabilidade histórica, após 2003, é possível identificar um rebaixamento programático de como o trabalho era visto no SUS. Não mais uma carreira com concursos públicos do tipo Regime Jurídico Único, a partir da administração direta dos serviços, mas vínculos de trabalhos simplificados, via terceiro setor.

Uma das principais medidas neste período foi a Emenda Constitucional nº 95/2016 (EC-95), que estabeleceu o congelamento do teto de gastos públicos, considerada uma das maiores mudanças fiscais em décadas e uma das principais medidas do governo federal em 2016. A previsão era de congelamento dos gastos primários por 20 anos, limitando o piso da participação federal do SUS a um teto que deve ser definido pelo montante gasto do ano anterior corrigido pela inflação acumulada, com base no Índice Nacional de Preços ao Consumidor Amplo (IPCA), impactando de forma direta as políticas públicas de saúde (BRASIL, 2016).

Apresentada como única estratégia de ajuste fiscal, a EC 95/2016 estabelecia a criação de um contingenciamento preventivo das despesas públicas ao congelar os gastos primários. Entretanto, se mostrava restritiva e seletiva em sua origem, pois apresentava a redução das despesas sociais, o que não se aplicava às despesas financeiras, ou seja, àquelas que se referem à amortização e encargos da dívida pública (PINTO, 2016).

A política de austeridade radicalizada em 2016, marca um recorte importante de ruptura política na condução do Estado, com a adoção de novas regras institucionais. Ocasinou mudanças no sistema de proteção social brasileiro, em especial nos direitos trabalhistas e previdenciários, culminando na aprovação da Lei nº 13.467/2017. A Reforma Trabalhista é o ápice de um processo histórico, que alterou a Consolidação das Leis Trabalhistas (CLT), em vigor há mais de 80 anos. Destacam-se dentre as principais mudanças a aprovação do trabalho intermitente, o aprofundamento da flexibilização do contrato de trabalho, o enrijecimento de barreiras de acesso dos trabalhadores à justiça do trabalho e o fim da contribuição sindical obrigatória, já iniciado nos anos 1990 (BRASIL, 2017). Essas mudanças institucionais tiveram consequências diretas na vida dos trabalhadores brasileiros, com a precarização das condições de trabalho, a redução dos direitos e a manutenção da terceirização e da informalidade.

Adicionalmente, a lei da terceirização no âmbito da administração pública, Lei nº 9.507/2018 passou a permitir a terceirização das atividades-fim. Esse ato normativo trouxe a possibilidade de empresas estatais terceirizarem as atividades similares a categorias funcionais referenciadas em seus planos de cargos e salários.

Em paralelo a estes fatos, cabe mencionar de forma breve, que no ano de 2017 a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) foi revisada. Considerando todo o contexto mencionado,

a nova PNAB (BRASIL, 2017), trouxe mudanças e descontinuidades em aspectos importantes, desarticulando ideais pautados na RSB, como a universalidade, equidade e igualdade. As alterações foram significativas, como a possibilidade da contratação de profissionais com cargas horárias mínimas de dez horas e a adoção de modelos de equipes diferentes da ESF, representado pela equipe de Atenção Básica (eqAB), que não possui a obrigatoriedade de ter ACS em sua composição.

Nesse contexto de mudanças, em 2019, o presidente eleito Bolsonaro (2019-2022) pública a Lei nº 13.958/2019 e autoriza a criação da Agência para Desenvolvimento da Atenção Primária à Saúde (Adaps), instituição de direito privado com modalidade paraestatal (Serviço Social Autônomo), que tem a finalidade de promover, a execução de políticas de desenvolvimento da atenção primária à saúde. Em suas linhas gerais, a ADAPS está diretamente ligada à ausência de política de pessoal para o SUS, ao federalizar a contratação e provisão de médicos por meio do Programa Médicos pelo Brasil (PMB). A ADAPS, é uma Sociedade de Serviço Autônomo, que além de prever a contratação por meio de CLT transfere a execução e gestão do novo programa para o setor privado como alternativa para o atendimento das necessidades de saúde da população.

A contratação dos médicos ocorre através de processo seletivo simplificado, bem como tutores especialistas em medicina de família e comunidade ou em clínica médica. O processo seletivo para a especialidade de Medicina de Família e Comunidade (MFC) inclui a participação em um curso de especialização com duração de dois anos. Ao final desse curso os médicos realizam uma prova para obter o título de especialista. Durante o período de formação, os candidatos recebem uma bolsa e, após a aprovação na especialização, são contratados pelo regime CLT. Cabe ressaltar que o PMB não estabelece um plano de carreira para os profissionais (GIOVANELLA *et al.*, 2019).

Transferir para uma entidade privada a responsabilidade pela contratação e gestão dos profissionais de saúde levantam questões sobre o papel do Estado na prestação dos serviços públicos aprofundando ainda mais a Reforma Administrativa do Estado iniciada na década de 90, como estamos discutindo. Estas medidas têm como objetivo a redução de gastos e a suposta eficiência na gestão por meio da introdução de práticas de gestão empresarial.

Como pudemos acompanhar até aqui, a consciência da necessidade de uma Política de Gestão do Trabalho está presente desde o início da construção do SUS com o Movimento da Reforma Sanitária e em diversos documentos oficiais, conforme apontado. No entanto, ao identificar a falta de viabilidade política para a sua implementação nos anos 1990, pode-se dizer que a pulverização dos vínculos, a nível municipal, se impõe como consequência a política de

governo que estava sendo implementada. Essa condição reforçar a hipótese de que há uma tradição de debates sobre PCCS na trajetória da Reforma Sanitária, que, por ora, se encontra historicamente fragilizada pela estrutura liberal montada no Estado brasileiro nos anos 1990 e início dos anos 2000. O que ocasionou a submersão histórica da proposta de PCCS e a ascensão do trabalho subordinado ao paradigma da nova gestão.

Considerando este cenário a nível municipal, as políticas de terceirização direcionadas à gestão do trabalho em saúde podem apresentar elevada instabilidade institucional a depender do governo e de suas propostas para o setor. Como abordaremos no próximo capítulo, o caso do município do Rio de Janeiro expressa bem este fato. O município vem experimentando ao longo dos anos fragilidades nas modalidades de contratação, efeito da conjuntura mais ampla do neoliberalismo que afeta também os serviços públicos de saúde.

4 O CASO DO MUNICÍPIO DO RIO de JANEIRO

A expansão da ESF no município do Rio de Janeiro tem início no primeiro mandato do prefeito Eduardo Paes (2009-2012), em 2009. Ocorre ancorada pelos pressupostos neoliberais pautados pela flexibilização e terceirização dos serviços de saúde, entregando à iniciativa privada a gestão das unidades de saúde via OSS, com contratos de trabalho na modalidade CLT (RIO de JANEIRO, 2009). Ao longo do segundo mandato, Eduardo Paes (2013-2016) consolida o modelo de OSS na APS do município. Posteriormente, na gestão de Marcelo Crivella (2017-2020) a flexibilidade presente nos contratos trabalhistas possibilitou um rápido desmonte desse serviço na cidade, com demissão em massa dos trabalhadores e consequente redução de cobertura de APS no município, colocando em questão a sustentabilidade dos serviços baseados no modelo jurídico de OS (FONSECA *et al.*, 2021).

Nos interessa destacar neste capítulo os desdobramentos da política de trabalho induzida desde os anos 1990 pelos pressupostos neoliberais, em que no caso do município do Rio de Janeiro, durante a gestão do prefeito Eduardo Paes (2009-2016) e Marcelo Crivella (2017-2020), chegaram a um extremo, definindo um movimento de expansão e contração da cobertura de ESF na cidade. As parcerias estabelecidas entre o Estado e as OS para a gestão e execução de políticas públicas de saúde têm seguido a mesma direção geral das políticas que buscam enfraquecer os PCCS no SUS. Essas parcerias têm contribuído para o desmonte progressivo do sistema de saúde público, uma vez que são caracterizadas por práticas que não priorizam a garantia dos direitos sociais e resultam em precariedade nas condições de trabalho e na qualidade dos serviços oferecidos. A falta de sustentabilidade nesse modelo de gestão compromete a continuidade das ações de saúde, o que prejudica tanto os profissionais quanto a população atendida.

Durante as décadas de 1990 e 2000, a expansão dos serviços de APS na cidade do Rio de Janeiro, ocorreu de forma limitada com baixa oferta de serviços e financiamento público insuficiente (COSTA, 2016). Até o ano de 2009, a Atenção Primária era ofertada majoritariamente nos Centros Municipais de Saúde (CMS), os atendimentos eram realizados por meio de agendamento prévio, com número restrito de oferta de vagas e com foco nas especialidades médicas, sem mecanismos consistentes de regulação do acesso e acompanhamento qualificado da população (MELO *et al.*, 2019).

A implantação do então PSF pelo governo federal, resultou na primeira experiência do Programa no município do Rio em 1995, na Ilha de Paquetá (CAZELLI, 2003). Entretanto, até

o ano de 2009 a cobertura da ESF no município era de 7,34% revelando um crescimento lento e abaixo do esperado para a cidade. No período anterior, em 2003, a cidade possuía 19 equipes de ESF cadastradas, passando para 96 equipes em 2005 e chegando a 126 equipes em janeiro de 2009 (BRASIL, 2021). Em relação aos contratos de trabalho neste período, segundo Cazelli (2003), a contratação dos profissionais de saúde era possibilitada através do estabelecimento de convênios com ONG ou associação de moradores, sendo os recursos repassados pela SMS.

Na tentativa de explicitar o motivo da baixa expansão da ESF nos municípios com mais de 100 mil habitantes, como o caso do Rio de Janeiro, Costa (2016) aponta três argumentos principais, que foram resumidos a seguir: O primeiro refere-se ao fato de que a cobertura populacional da ESF estava diretamente condicionada à prevalência de pobreza nos municípios, ou seja, as equipes eram implantadas para atender somente as populações mais pobres. Nessa ótica, a implantação da ESF estava associada a focalização e simplificação da oferta de serviços do SUS; o segundo argumento baseava-se no fato de que os incentivos federais anteriores à Emenda Constitucional 29 (EC-29) de 2000 foram considerados insuficientes para a expansão da ESF nos grandes municípios. Neste sentido, necessidade de contrapartida financeira municipal para o custeio das equipes de ESF atuou como um fator inibidor da expansão nesses locais; o terceiro argumento apoiava-se no fato de que os municípios de grande porte tenderiam a limitar os gastos com despesas de pessoal devido às restrições impostas pela Lei de Responsabilidade Fiscal (LRF) nº 101/2000. A expansão da ESF representava, portanto, um risco para os gestores públicos, uma vez que a Lei restringia o gasto público com a contratação de pessoal.

Neste sentido, a adoção das OSS para gestão das unidades de saúde é usada como justificativa para evitar que o limite máximo de gasto com pessoal imposto pela LRF seja atingido pelo município, seguido do argumento de que a terceirização possibilita a flexibilização dos contratos de trabalho o que resulta em maior agilidade na contratação dos profissionais (RAMOS, de SETA; ANDRADE, 2018).

Como estamos formulando nessa dissertação, pode-se dizer que desde os anos 1990 vem sendo travada uma disputa política, econômica e ideológica entre PCCS e a tradição liberal da Nova Gestão Pública. Considerando essa discussão, pode-se dizer que a partir de 2009, a expansão da APS no município do Rio de Janeiro congelou o debate sobre PCCS ao abraçar o gerencialismo. A adoção dessas medidas pela gestão municipal direciona a APS para uma abordagem baseada na eficiência e na gestão de resultados, incorporando práticas da iniciativa privada nos serviços públicos de saúde. Isso reforça a hegemonia do pensamento gerencialista

na gestão pública e gera impactos na qualidade do trabalho prestado à população (FONSECA *et al.*, 2021).

Seguindo esse caminho, o prefeito eleito Eduardo Paes (2009-2016) ao longo dos dois mandatos, investiu no modelo de Atenção Primária à Saúde, através do programa intitulado “Saúde Presente”. A proposta de reforma para o setor de saúde baseava-se em modelos adotados no sistema de saúde da Inglaterra e de Portugal, com a incorporação de ferramentas como geolocalização, governança clínica e contratualização dos médicos incorporados pelo modelo inglês, seguidos de indicadores de desempenho e prontuário eletrônico incorporados do modelo português. Como pano de fundo, a expansão da cobertura de Atenção Primária ocorreria por meio das OSS, terceirizando a gestão dos serviços de saúde (SORANZ, 2016).

Observa-se, portanto, um alinhamento político do prefeito a agenda da Reforma do Estado iniciada em 1995, entregando à iniciativa privada a gestão das unidades de saúde bem como a responsabilidade pela contratação e demissão dos profissionais. Neste cenário, em 2012, as OSS passaram a assumir a responsabilidade pela utilização da maior parte dos recursos públicos municipais destinados à saúde e os contratos com estas Organizações se estabeleceram como um dos principais instrumentos de gestão no setor (OLIVEIRA; FLEURY, 2016). Fonseca (2020) constatou que no período de 2009 a 2019 atuaram na cidade do Rio de Janeiro, na Atenção Primária, 11 OS diferentes.

Neste aspecto, para a implantação das OS na cidade, um novo arcabouço jurídico precisou ser aprovado pela Câmara de Vereadores, em 2009, sendo a Lei Municipal nº 5.026/2009, regulamentada pelo decreto municipal nº 30.780 de 2009, que dispõe sobre a qualificação de entidades como OS e outras providências. Com a regulamentação, as OSS passaram a atuar na cidade, mediante a um contrato de gestão, celebrado entre as partes, tendo o município como o responsável pela indução, avaliação e financiamento. Já as OSS, responsáveis por todo o funcionamento das unidades de saúde, incluindo a seleção, contratação, remuneração e demissão dos trabalhadores (RIO de JANEIRO, 2009).

De acordo com Daniel Soranz (2016), a Reforma dos Cuidados em Atenção Primária à Saúde (RCAPS) que ocorreu no município, foi dividida em duas fases, sendo a primeira nos anos de 2009 a 2012 em que se priorizou a mudança organizacional e administrativa e o aumento de cobertura da ESF, e a segunda fase nos anos de 2013 a 2016 que se destacaram a coordenação do cuidado e o *accountability* (SORANZ *et al.*, 2016).

A Secretaria Municipal de Saúde (SMS) trabalha, desde 1993, com a divisão da cidade em 10 regiões de saúde chamadas de Áreas de Planejamento (AP). O modelo de gestão adotado previa a organização dos serviços de saúde de forma integrada e regionalizada, o que originou

a proposta da organização dos Territórios Integrados de Atenção à Saúde (TEIAS). Esses territórios estão sob a gestão e a responsabilidade sanitária da Coordenação de Área Programática (CAP), que se configuram como uma instância mediadora entre a SMS e as unidades prestadoras de serviços em cada território. Cada AP é bastante heterogênea e apresenta desigualdades importantes na distribuição e utilização serviços disponíveis, inclusive na saúde (RIO de JANEIRO, 2009).

Como cada CAP possui orçamento e contratos próprios, cada região de saúde passou a ser gerida por um contrato de gestão celebrado entre a SMS e a OSS. de acordo com o contato, a SMS é responsável por repassar os recursos orçamentários às OSS através de um valor fixo e um valor variável. A parte fixa consiste no repasse destinado ao custeio com a gestão do TEIAS, pagamento com pessoal, instalação de novas unidades, mobiliário, insumos, manutenção e equipamentos. A parte variável corresponde a um montante referente a informações previamente pactuadas a partir de indicadores e metas, que se dividem em 03 categorias, sendo a variável 01 um recurso destinado às OSS, a variável 02 um recurso destinado às Clínicas da Família e a variável 03 recurso destinado aos profissionais. Ambos os repasses, fixo e variável, ocorrem de forma trimestral. Para o acompanhamento destes indicadores e metas previstas no Contrato de Gestão se estabelece uma Comissão de Avaliação, onde se delibera que o repasse deverá ser efetivado mediante a avaliação da Prestação de Contas financeira e assistencial. Fundamentando-se, portanto, na lógica de produtividade, com o repasse de recursos vinculados ao atingimento de metas, instrumento típico da gestão privada (SANTOS *et al.*, 2022).

Neste sentido, Fonseca (2013) ressalta que esses sistemas de contratualização e de avaliação por performance, que foram incorporados pela saúde no município, atuam sobre a lógica de recompensa ou punição para o trabalhador, contribuindo para o processo de precarização do trabalho. Adiciona-se o fato de que o pagamento por performance, isoladamente, sem estar atrelado a um plano de carreira, intensifica o reforço ideológico da individualização, o que pode dificultar o trabalho em equipe. Destaca-se ainda que não são todos os profissionais que podem receber o incentivo financeiro. Apenas os profissionais que compõem a equipe mínima de Saúde da Família são elegíveis, sendo eles: médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem e ACS. Os gestores, profissionais que compõem o NASF, farmacêuticos e demais profissionais não recebem o incentivo.

O investimento realizado pela prefeitura, na área da saúde, está explicitado no Plano Municipal de Saúde do Rio de Janeiro (2010-2013), sendo o modelo de atenção à saúde baseado nas Unidades de Atenção Primária nos moldes da ESF, que em um primeiro momento, visava garantir uma cobertura de 55% até o ano de 2013, com a implantação de 1.510 equipes ao longo

de 2009 a 2013. A expansão foi desenhada possibilitando três tipos de unidades de saúde: tipo A, onde todo o território é coberto por equipes nos moldes da ESF; tipo B, que são unidades de saúde tradicionais, com incorporação de uma ou mais equipes da ESF, que cobrem parcialmente o território; tipo C, unidades básicas de saúde tradicionais, sem a presença de equipes de Saúde da família (RIO de JANEIRO, 2009).

Os efeitos da rápida expansão sobre a composição da força de trabalho na saúde foram significativos. Nota-se um expressivo crescimento dos vínculos celetistas nas OS, vinculadas diretamente à implantação da ESF nos anos iniciais do primeiro mandato de Eduardo Paes, conforme o quadro abaixo:

Quadro 2 - Evolução da força de trabalho, segundo tipo de vínculo, Rio de Janeiro, 2009 a 2012

Ano	Servidor Municipal	Servidor Federal	Cooperativa/Fundação	Organização Social	FIOTEC	Convênios	Total
2009	25.411	5.338	932	0	644	2.299	34.644
2010	25.048	5.218	0	5.015	1.447	593	37.321
2011	24.422	5.072	0	8.549	2.119	573	40.735
2012	24.543	4.673	0	14.427	2.323	899	46.856

Fonte: Adaptado de Plano de Saúde Municipal, 2013-2017. SMS Rio, 2013 (disponível em www.rio.rj.gov.br/web/SMS).

Interessante notar que em 2009 os servidores municipais representavam um total de 73,34 % de todos os profissionais de saúde que atuavam no município. Na modalidade de cooperativa encontravam-se 932 profissionais, que correspondiam a 2,70% do total. Em relação às cooperativas o Plano Municipal de Saúde (2010-2013) apontava que no município existiam muitas contratações temporárias neste modelo e que esta modalidade era utilizada, até então, para suprir necessidades emergenciais. Como alternativa, apresentava o modelo de OSS, que segundo o documento, era mais eficiente por garantir a modalidade de contrato via CLT aos trabalhadores (RIO de JANEIRO, 2013). Ao avaliar a evolução da força de trabalho nesse período, percebe-se que o número de servidores municipais cai e o número de profissionais contratados via OSS aumenta significativamente, indicando que além da substituição dos vínculos por cooperativas, os trabalhadores estavam sendo contratados majoritariamente via CLT.

No fim do primeiro mandato de Eduardo Paes, as OSS concentravam 31% da força de trabalho na prestação direta de atenção à saúde, conforme evidencia o quadro. No ano de 2015, as OSS representavam 98% da gestão das unidades de atenção primária no município (RAMOS *et al.*, 2018; COSTA *et al.*, 2021). Neste cenário, fica clara a contradição que ia se impondo aos

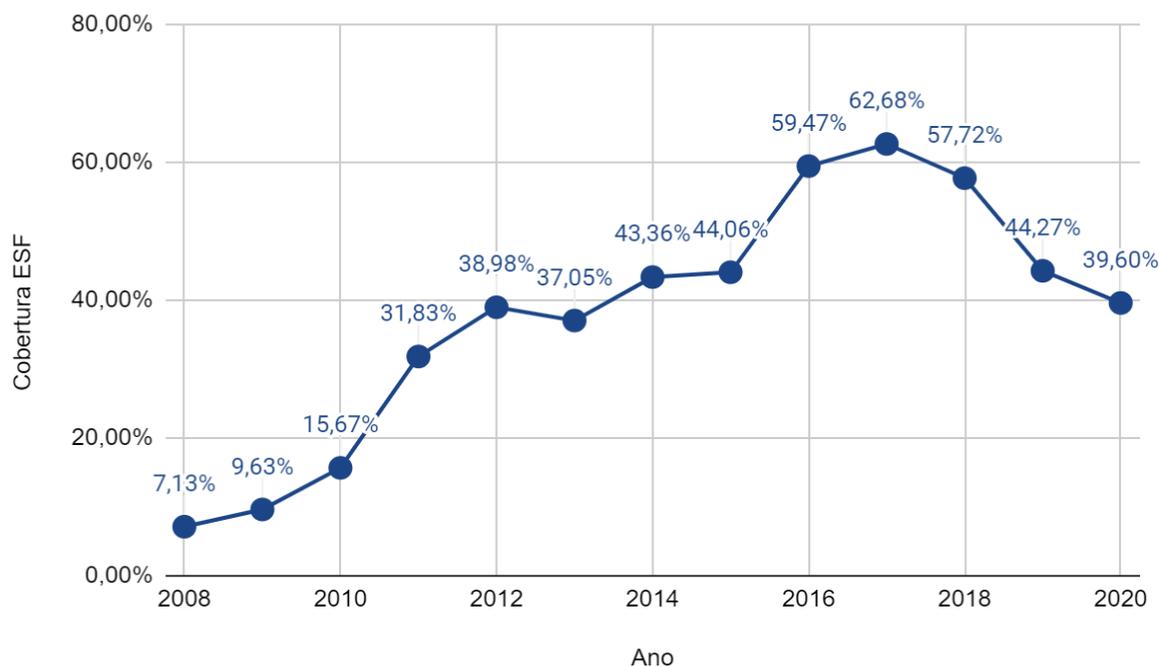
profissionais de saúde, quanto se ampliava o acesso à saúde na cidade, se diminuía os direitos trabalhistas conquistados.

Em que pese essa condição, muitos estudos apontam o aumento significativo do número de equipes de saúde da família, no período de 2009 a 2016, o que possibilitou, além da expansão do acesso, a melhoria da qualidade dos serviços prestados no município, expresso por exemplo, na redução do indicador de internações por condições sensíveis à atenção primária (PINTO; GIOVANELLA, 2018).

Entretanto, a receita para viabilizar a reforma que ocorreu na área da saúde não era nova, baseava-se na participação privada e na flexibilização dos contratos de trabalho, o que modificou substancialmente os vínculos trabalhistas dos profissionais que atuavam na saúde, culminando em uma multiplicidade de vínculos de trabalho, conforme apontado anteriormente. Portanto, pode-se dizer que as diretrizes federais firmadas na década de 90 e início dos anos 2000, se materializam na gestão adotada por Eduardo Paes via parcerias estabelecidas com as OSS e isso acabou por influenciar também na qualidade da assistência à saúde prestada no município.

Marcelo Crivella (2017-2020) ao assumir a prefeitura, alegou ter dificuldades em manter a cobertura de APS devido a dívidas deixadas pelo governo anterior. O prefeito eleito diminuiu significativamente a cobertura de Atenção Primária no município e com isso os trabalhadores foram empurrados para vínculos de trabalho mais precários. Abaixo segue um gráfico que expressa a taxa de cobertura populacional da ESF no Rio de Janeiro no período de 2008 a 2020.

Gráfico 1 - Taxa de cobertura populacional da ESF - Rio de Janeiro/RJ - 2008 a 2020



Fonte: Extraído da Secretaria de Atenção Primária à Saúde SAPS, MS, 2021 (disponível em: <https://egestorab.saude.gov.br/paginas/acessoPublico/relatorios/relHistoricoCoberturaAB.xhtml>).

Em 2008, a cobertura populacional pela ESF (unidades tipo A) era de 7,13%, com a inauguração de 116 clínicas da família e a implantação de 1.181 equipes, a cobertura de ESF atingiu 62,68% da população em 2017, sofrendo uma queda nos anos seguintes, chegando a 39,60% de cobertura em 2020 – semelhante à cobertura de 2012, dez anos antes (BRASIL, 2021). Esses dados demonstram que com o tempo, o modelo de gestão priorizado pela prefeitura de Eduardo Paes mostrou-se mais suscetível a reajustes e contingenciamento pela flexibilidade dos contratos. Uma explicação possível para esse cenário é que a flexibilização dos contratos permite uma maior adaptabilidade às demandas e circunstâncias em constante mudança, no entanto, a flexibilidade também pode se tornar uma arma política contra o interesse público, dependendo das prioridades políticas e dos interesses em jogo. Isso cria uma instabilidade no SUS, que pode prejudicar o acesso da população aos serviços de saúde

Em 2018, a gestão Crivella apresenta um estudo intitulado “Reorganização dos serviços de atenção primária à saúde: estudo para otimização de recursos”, em que pontuava que a APS havia apresentado uma expansão desordenada que ocasionou déficit no orçamento municipal, sendo necessário reformular a política de saúde do município. A proposta apresentada teve como base a metodologia Lean, conforme destacado do estudo:

A necessidade de melhoria nos serviços de saúde em relação aos custos, velocidade, qualidade do atendimento, segurança do paciente e erros médicos é uma realidade

aceita e reconhecida pelos gestores. Na tentativa de melhorar estes serviços, organizações cada vez mais vêm procurando formas alternativas de reduzir os desperdícios. O Lean é uma das estratégias de melhoria de desempenho e requer respeito pelas pessoas, melhoria contínua, visão de longo prazo, um nível de paciência e foco nos processos. Ainda, os princípios Lean visam gerenciar e melhorar os processos de construção com custo mínimo e valor máximo considerando as necessidades dos usuários (RIO de JANEIRO, 2018, p.6).

De acordo com o estudo, portanto, a metodologia Lean é empregada para avaliar o desempenho das equipes de ESF a partir de uma análise quantitativa. Adotando critérios supostamente técnicos o documento explicita cinco itens que foram aplicados um escore de avaliação, sendo eles: 1- Equipes em áreas de IDS médio e alto ($> 0,567$); 2- Equipes cobrindo um baixo número de pessoas (abaixo de 3000 usuários); 3- Equipes com baixa produção ambulatorial ($< 75\%$ do esperado); 4- Equipes com pouco contato de usuários (menos de 40% da população já atendida); 5- Equipes sem programas de Residência Médica ou de Enfermagem (RIO de JANEIRO, 2018).

Em relação aos critérios adotados, fica claro que eles não dialogam com os princípios do SUS a serem operacionalizados na APS. Usar o Índice de Desenvolvimento Social (IDS) como parâmetro, por exemplo, compromete o princípio da universalidade e reforça a lógica do atendimento focalizado a determinados grupos populacionais. Outro critério que pode ser questionado refere-se ao fato de que equipes com menos de 3.000 mil cadastros são consideradas abaixo do esperado, sem considerar o território e a vulnerabilidade, pois a PNAB de 2017 apresenta como recomendação para equipes de saúde da família o número de 2.000 a 3.500 pessoas cadastradas. Em relação ao indicador de produção e de pouco contato com o usuário, estes não devem ser analisados de forma isolada, pois depende das características de cada unidade, quantitativo de profissionais, férias, período de análise do indicador, dentre outros fatores.

Como resultado o estudo apontava 230 equipes de ESF que preencheram 4 ou 5 critérios e, portanto, teriam indicativos para serem desativadas. Após esta seleção inicial, realizou-se uma análise qualitativa, com inclusão dos gestores locais das unidades de saúde, para validar a escolha. Os critérios da análise realizada pelos gestores não são descritos de forma detalhada no estudo, apenas apontam que são territórios que possuem particularidades, algumas equipes são mantidas e chega-se ao número final de 184 equipes a serem desativadas (RIO de JANEIRO, 2018).

O estudo também elencou 55 equipes de saúde bucal elegíveis para serem desativadas, entretanto, não especifica detalhadamente esta escolha. Fica claro que o documento se baseia em uma relação custo-benefício para a SMS e desconsidera as necessidades de saúde da

população. Com a justificativa de falta de recursos no orçamento municipal aproximadamente 1.400 postos de trabalho são elegíveis para serem descontinuados (RIO de JANEIRO, 2018).

Destaca-se também a proposta para flexibilização da tipologia das equipes de ESF, presente no documento, sendo agrupada no quadro abaixo para melhor visualização:

Quadro 3. Tipologia de equipes para a APS, no município do Rio de Janeiro, 2018.

Equipe	Modelo de atenção	População adscrita	Composição da equipe
Tipo 1	Estratégia Saúde da Família	Máximo 3500 habitantes	01 Médico 40 horas 01 Enfermeiro 40 horas 01 técnico de enfermagem 01 ACS para cada 750 pessoas
Tipo 2	Estratégia Saúde da Família com programa de residência	Máximo 3500 habitantes	01 Médico 40 horas 01 Enfermeiro 40 horas 01 técnico de enfermagem 01 ACS para cada 750 pessoas
Tipo 3	Estratégia Saúde da Família	Acima de 3500 habitantes, variando com base em dados de utilização do serviço e perfil epidemiológico	01 Médico 40 horas 01 Enfermeiro 40 horas 01 técnico de enfermagem Ao menos 01 ACS
Tipo 4	Anterior à implantação da ESF	Até 18.000 habitantes	Ao menos um médico com 40h 01 Enfermeiro 40 horas 01 técnico de enfermagem 01 ACS

Fonte: Elaborado a partir do documento Reorganização dos serviços de atenção primária à saúde: estudo para otimização de recursos, RIO de JANEIRO, 2018.

Alinhado às diretrizes do governo federal, à época, o documento se apoiou PNAB publicada em 2017 que flexibilizou a composição das equipes de saúde da família, desde que houvesse ao menos 40 horas disponíveis de trabalho médico, podendo ser realizada por mais de um profissional, 40h de enfermeiro, 40h de técnico de enfermagem e ao menos um ACS. Estava claro que o plano previa a redução de ACS nas equipes, para conter custos, o que ocasionou uma redução significativa destes profissionais, no município, entre os anos de 2016 e 2018. Os autores O'Dwyer *et al* (2019), apontam que entre os anos de 2016 e 2018 a redução do número de ACS foi de 12,80%, correspondendo uma redução de 6.803 para 5.935 ACS.

Cabe destacar que o Plano Municipal de Saúde (2018-2021) apresentado pela prefeitura e aprovado pelo Conselho Municipal de Saúde não faz menção a necessidade de otimização das equipes de saúde da família, pelo contrário. de acordo com o documento:

Há previsão de ampliação do número de equipes de Saúde da Família e do número de NASFs em territórios de maior vulnerabilidade social – áreas com Índice de

Desenvolvimento Social (IDS) $\leq 0,55$, além da integração com outros equipamentos sociais (RIO de JANEIRO, 2017, p.61).

Ou seja, o PMS (2018-2021) previa a ampliação do número de equipes, contrariando o que ocorreu na saúde do município. Durante a gestão de Marcelo Crivella, os cortes orçamentários realizados na saúde, justificados pelo déficit nas contas públicas, resultou nos atrasos e reduções nos repasses financeiros destinados às OSS. Neste cenário, os profissionais de saúde foram duramente afetados pois, enfrentaram atrasos no recebimento de salários e benefícios, o que levou a manifestações, passeatas e greves como forma de protesto. Essas dificuldades financeiras afetaram significativamente o cotidiano dos profissionais de saúde, comprometendo sua motivação, bem-estar e desempenho no atendimento à população (MELO *et al.*, 2019; REGO, 2020).

A crise na saúde, iniciada no governo Crivella, afetou de forma hierárquica todos os trabalhadores. Os profissionais que não possuíam organização sindical, a exemplo dos trabalhadores da limpeza e administrativos, foram os mais prejudicados, seguidos pelos ACS e demais categorias profissionais. Ao todo mais de dois mil ACS foram demitidos, além de profissionais de enfermagem e das demais categorias integrantes das equipes (SILVA, 2020).

Durante esse período, houve a decisão de substituir os contratos das OSS, firmados na gestão anterior. Em algumas áreas de atuação, as OSS foram substituídas por outras Organizações Sociais, enquanto a maioria migrou para a Empresa Pública de Saúde do Rio de Janeiro - Rio Saúde. O processo de recontração foi desordenado e foi acompanhado de reduções salariais. As categorias de trabalhadores mais precarizadas acabaram aceitando os novos contratos de trabalho, continuando a desempenhar as mesmas atividades por uma remuneração menor. Neste contexto, ocorreram reduções no quadro de equipes de saúde, além de greves e mobilizações por parte dos profissionais. Essas mudanças e dificuldades enfrentadas afetaram diretamente a qualidade e a continuidade dos serviços de saúde oferecidos à população do Rio de Janeiro (MENEZES, 2022).

Neste contexto, é importante ressaltar que a CLT sofreu uma precarização significativa devido à reforma trabalhista de 2017. Essa reforma trouxe diversas alterações nas normas de demissão, estimulou a contratação por meio da terceirização e permitiu o trabalho intermitente. Essas mudanças afastam-se dos padrões de proteção social do trabalho previamente instalados, impactando os direitos dos trabalhadores. Essas consequências foram efetivamente sentidas durante a gestão de Marcelo Crivella, quando se manteve a contratação pela CLT no âmbito da saúde. A combinação dessa modalidade de contratação com as mudanças fornecidas pela

reforma trabalhista surgiu em um cenário em que os trabalhadores da saúde enfrentaram condições mais precárias e incertas em relação aos seus direitos e proteção social.

Ao analisar o movimento de expansão e contração da APS no município do Rio de Janeiro no período de 2009 a 2019, podemos identificar como a adoção das ideias presentes na Reforma Administrativa do Estado tiveram um papel decisivo na precarização dos vínculos de trabalho a nível municipal, transferindo a gestão das Unidades Básicas de Saúde para as OSS e flexibilizando o vínculo de trabalho dos profissionais de saúde. A ausência de uma política consistente e sustentável para a Gestão do Trabalho no SUS acabou por impactar negativamente a estabilidade dos profissionais e a continuidade dos serviços de saúde no município.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A Gestão do Trabalho é central para o efetivo cumprimento dos princípios SUS, e dada a sua importância, tem sido diretamente influenciada pelo contexto político e econômico do país. Por este fato, ao longo deste estudo, as tendências no mundo do trabalho foram consideradas como elementos-chave para analisar as relações de trabalho no SUS, especialmente após a década de 90, momento em que a terceirização foi amplamente induzida pelo governo federal aos Estados e Municípios.

O presente estudo se interessou em recuperar a trajetória histórica da reforma gerencial implementada no Brasil, sobretudo, no final da década de 90, que possui suas raízes nos modelos de gestão da Inglaterra e dos EUA e ganhou força, nestes países, após a crise do petróleo 1979 e a elevação da taxa de juros na década de 80. Com discurso de que para sair da crise era necessário diminuir o tamanho do Estado a partir de um rigoroso controle fiscal, disciplina orçamentária e técnicas de gestão do setor privado, essas reformas tinham como objetivo superar uma suposta ineficiência governamental relacionada ao excesso de procedimentos e controles processuais oriundos da administração pública burocrata e foram posteriormente identificadas como NGP. Para tanto, Thatcher ressuscita os preceitos do liberalismo econômico, com fortes ataques ao Estado do Bem-Estar Social, compreendido como assistencialista e propõe flexibilizar a administração pública, tonando o Estado supostamente mais eficiente (HALL; GUNTER, 2015).

A exemplo do que estava acontecendo nestes países, o PDRE, formulado pelo MARE, seguiu muitas das linhas básicas da NGP, especialmente no que diz respeito ao desenho institucional. O argumento era que a administração pública brasileira deveria se ajustar às exigências econômicas da modernização capitalista, uma vez que o país vivia um momento de crise fiscal, com desequilíbrio financeiro estrutural do setor público, e essa condição estava diretamente associada a um Estado excessivamente burocrático e ineficiente. Sob essa tese do ‘gigantismo do estado brasileiro’, as instituições públicas em geral passaram a ser vistas como parasitárias das forças virtuosas do mercado, que deveriam ser liberadas para gerar recursos e atrair novos investimentos. Sob tais condições, a solução apontada foi uma reforma profunda no Estado, devendo este se tornar eficiente, moderno e democrático (BRESSER PEREIRA, 1999).

A terceirização nasce, portanto, em um contexto histórico marcado pelo agravamento do processo de reformas neoliberais e tem suas raízes associadas à consolidação do padrão

capitalista. Surge como parte de uma resposta à busca por eficiência e redução dos custos no setor público, impulsionados pelo avanço do neoliberalismo. Nesse contexto, há uma tendência crescente de transferir atividades e responsabilidades do Estado para entidades privadas e organizações da sociedade civil (CARDOSO; CAMPOS, 2009).

Neste sentido, foi observado que as OSS e OSCIPS, tiveram um impacto significativo na configuração dos vínculos de trabalho dentro do Estado brasileiro, especialmente na área da saúde, essas entidades redefiniram os modelos de gestão na saúde pública, adotando uma abordagem oposta às propostas do Movimento de Reforma Sanitária. A reconfiguração dos vínculos de trabalho, no setor público de saúde, por meio destas Organizações desafiou as perspectivas da reforma sanitária, que buscava a consolidação de um sistema de saúde baseado na universalidade, equidade e integralidade. Ao adotar modelos de gestão que privilegiam a flexibilidade, essas entidades alteram o panorama das relações de trabalho no campo da saúde.

Precisamente, na ausência de um PCCS a expansão da rede de atenção à saúde se fez completamente dissociada da organização do trabalho e a valorização do trabalhador da saúde. Alterando radicalmente os mecanismos de ingresso e manutenção do trabalhador nos serviços públicos, além direcionar os profissionais para vínculos de trabalho mais frágeis se comparados ao modelo estatutário.

Conforme destacado por CASTEL (1998), a fragilidade dos contratos de trabalho na modalidade CLT, estabelecidos via OSS, está intrinsecamente ligada a um processo que promove a precarização das condições de vida dos trabalhadores. Sendo resultado da flexibilização das formas de contratação da força de trabalho, que na perspectiva da NGP, é considerada uma alternativa essencial para o processo de modernização da produção e, no setor público, para a oferta de serviços. Em outras palavras, tanto no sistema capitalista como na abordagem da NGP, a flexibilização das relações de trabalho é vista como uma estratégia para promover a eficiência e a modernização nos processos produtivos. No entanto, essa flexibilização também está associada à precarização das condições de trabalho e à insegurança econômica dos trabalhadores, uma vez que compromete a estabilidade e previsibilidade salarial.

Assim, a RSB como parte da construção de um projeto da classe trabalhadora, defrontou-se com o movimento de Reforma Administrativa do Estado, que previa rigidez orçamentária, ataques constantes aos direitos trabalhistas e sobretudo a orientação para o mercado. Neste cenário os espaços deliberativos de gestão democrática, como os Conselhos e Conferências de saúde desempenharam um papel crucial ao permitir a articulação e expressão das forças sociais que apoiavam a Reforma Sanitária e se opunham aos interesses privatistas.

As Conferências Nacionais de Saúde realizadas nos anos de 1986, 1992, 1996 e 2000, momento que o país atravessava uma onda conservadora, constituíram como amplos fóruns em defesa dos princípios do SUS, resultando em uma série de medidas que favoreciam a organização do trabalho como: a criação da Mesa Nacional de Negociação do SUS; as Conferências Nacionais de Recursos Humanos, a Câmara de Regulação do Trabalho; à elaboração das Diretrizes nacionais para a desprecarização do trabalho e do Plano de Carreira, Cargos e Salários, dentre outros, abordados ao longo do trabalho.

Embora as Conferências, neste período, tenham sido importantes espaços democráticos de debate e deliberação, a falta de negociação e comprometimento político, neste período, para garantir a implementação das propostas relativas à Gestão do Trabalho resultou em um distanciamento entre as demandas pautadas nas Conferências e as ações efetivas do governo.

Conforme mencionado, a Lei nº 9.637, promulgada em 1998, estabeleceu critérios para a qualificação das OS e criou o Programa Nacional de Publicização. O propósito dessa medida era transferir a gestão de serviços estatais para entidades privadas, operando sob a crença de que organizações regidas pelo direito privado eram mais eficientes e eficazes. A burocracia estatal, percebida como um obstáculo ao progresso do país, foi gradativamente vista como passível de ser reduzida por meio do modelo administrativo do Estado mínimo. No ano subsequente, em 1999, a Lei nº 9.790/1999, também conhecida como "a nova lei do Terceiro Setor", foi publicada com o intuito de estabelecer os critérios de qualificação para pessoas jurídicas de direito privado, sem fins lucrativos, como OSCIPs. Essa legislação foi desenvolvida principalmente para fortalecer o Terceiro Setor nas esferas da saúde, educação e assistência social. A ideia subjacente é que a gestão por entidades privadas, com maior autonomia e flexibilidade, pode otimizar a entrega de serviços à população. Entretanto, como demonstrado no caso do Rio de Janeiro, a privatização de setores essenciais, como o da saúde, têm contribuído para uma falta de sustentabilidade política e desmonte progressivo da APS no município.

Aprofundando estas medidas, em 2000, entrou em vigor a LRF, que estabeleceu um limite de gastos com pessoal em relação à receita líquida de cada ente federativo, excluindo do cálculo os gastos com pessoal contratado via OS e OSCIPs, na modalidade CLT. Com a implementação da Lei, os municípios foram incentivados a optar pela terceirização de diversos serviços, inclusive na área da saúde, o que se tornou um obstáculo significativo para a implementação do PCCS. Neste cenário, cada município definiu suas regras para contratação, remuneração e avaliação de desempenho dos profissionais que compõem o SUS.

Neste contexto, a Reforma Administrativa do Estado de 1995, a Emenda Constitucional n. 19/1998, e a Lei de Responsabilidade Fiscal definiram uma política de indução federal à Gestão do Trabalho no SUS, essas medidas tiveram uma influência direta na contratação, remuneração e gestão dos profissionais de saúde, minando o debate da RSB para a política de trabalho no SUS. Nosso objetivo neste trabalho foi mostrar que estes ataques foram arbitrários, mas não aleatórios.

As pesquisas sobre terceirização e sua relação com a precarização do trabalho não são novas. Esses estudos têm evidenciado que a fragilização dos trabalhadores ocorre como parte integrante da dinâmica de desenvolvimento do capitalismo flexível e da hegemonia neoliberal, embora de maneira diferenciada e hierarquizada (ARAÚJO, 2001; BORGES *et al.*, 2002; DRUCK *et al.*, 2007; ANTUNES, 2015; FONSECA, 2021; SÁ, 2022).

Essa dinâmica está intrinsecamente relacionada à hegemonia do pensamento neoliberal, que enfatiza a redução do papel do Estado na economia e promove a desregulamentação e a flexibilização das relações de trabalho. Essas políticas contribuíram para a precarização do trabalho, uma vez que os direitos trabalhistas são enfraquecidos e as condições de trabalho tornam-se mais instáveis e inseguras. Como dito anteriormente, esta compreensão foi formulada a partir do resgate histórico do projeto político neoliberal e as ideias da Nova Gestão Pública, que no Brasil se materializaram na década de 90 e de forma mais intensa na gestão do Fernando Henrique Cardoso.

Usando o exemplo do município do Rio de Janeiro, onde ocorreu em 2009 uma expansão da cobertura de Atenção Primária por meio do modelo de OSS, fica claro que, apesar dos esforços para ampliar a APS na cidade, alguns desafios cruciais emergem quando não há uma política coerente e sustentável para a Gestão do Trabalho no SUS, o que resultou em flutuações na expansão da APS no município entre os anos de 2009 e 2019.

O secretário municipal de saúde Daniel Soranz (2014-2016), detalha os eixos da reforma na saúde pública que ocorreram na cidade. Em relação a dimensão gerencial, o secretário relata que a reforma foi inspirada na cultura técnica e política da Nova Gerência Pública que esteve presente no PDRE. Ocorreu no município, portanto, uma reforma na saúde pautada na agenda política iniciada em 1995 pelo FHC, o que possibilitou um modelo organizacional mais flexível, transferindo para terceiros a responsabilidade pelas relações de trabalho, processos de seleção e qualificação dos profissionais de saúde, deixando o município de ser o responsável direto (SORANZ *et al.*, 2016).

Nas eleições que ocorreram em 2016 a oposição ao então prefeito ganhou as eleições e Marcelo Crivella (2017-2020), foi eleito. Logo no ano de 2018, apresentou um estudo intitulado

“Reorganização dos serviços de Atenção Primária à Saúde: estudo para otimização de recursos”, de acordo com o documento, a ampliação das Clínicas de Saúde da Família na gestão anterior ocorreu de forma desordenada e sem o planejamento necessário, especialmente no ano de 2016, em que equipes foram implementadas sem previsão de recursos orçamentários para os próximos anos. O argumento se concentrava em torno da necessidade de uma reforma ampla na saúde com vistas a otimização de serviços e melhoria da qualidade. A reestruturação, dentre outras medidas, previa o redimensionamento do número de equipes e o aumento da cobertura populacional, o que ocasionou a demissão de mais de 5 mil profissionais em 2020, além de atrasos e diminuição na remuneração dos trabalhadores (SILVA, 2020). A gestão do Crivella manteve as contratações via OSs por CLT, e inovou ao introduzir as flexibilizações propiciadas pela reforma trabalhista e pela lei da terceirização de 2017, conferindo uma maior precarização aos trabalhadores da saúde (FONSECA, 2020).

Neste contexto, a construção e implementação das diretrizes para o PCCS no âmbito do SUS foi um longo processo que caminhou e caminha na contramão da realidade produzida pelo modelo neoliberal. A indução federal à política de Gestão do Trabalho, inviabilizou a implantação do PCCS na década de 90 e início dos anos 2000 e segue, até hoje, inviabilizando a centralidade desta temática, atacando de forma sistemática o direito do trabalho, como na Emenda Constitucional nº 95/2016, que estabeleceu o congelamento do teto de gastos públicos, na reforma trabalhista de 2017, que aprovou o do trabalho intermitente, substituindo os vínculos mais estáveis e formais de trabalho por relações mais flexíveis e/ou desregulamentadas e na Lei nº 9.507/2018, que passou a permitir a terceirização das atividades-fim.

Percebe-se que o mundo do trabalho vem sofrendo ataques sistemáticos que têm colocado a prova a manutenção dos princípios do SUS. As novas formas de contratação de gestão celebradas com a iniciativa privada e entidades filantrópicas contribuem para a fragmentação dos serviços de atenção à saúde e sujeitam os profissionais a modalidades contratuais a depender da escolha dos partidos políticos, como ocorreu no município do Rio de Janeiro.

Neste sentido, PCCS no âmbito do SUS pode sinalizar um enfrentamento a estes obstáculos, mas é importante compreendê-lo considerando uma profunda disputa com as políticas contidas na Reforma Administrativa do Estado iniciadas no final da década de 90 e início dos anos 2000, que inviabilizaram o desenvolvimento da carreira SUS, na perspectiva do debate pautado na Reforma Sanitária brasileira e isso inclui combater as formas de gestão antidemocráticas e não republicanas nos serviços de saúde.

Não se pode reduzir a valorização do trabalho em saúde apenas à dimensão dos vínculos empregatícios, é fundamental compreendê-lo como parte de um conjunto de ações complexas que envolvem questões como direitos trabalhistas, distribuição estratégica dos trabalhadores, formação, qualificação, remuneração, definição de cargas horárias, garantia de condições de trabalho, entre outras questões. Tais aspectos afetam diretamente na eficiência do sistema, na satisfação dos profissionais e, conseqüentemente, na qualidade do atendimento prestado aos usuários do SUS. Neste sentido, a falta de um PCCS acarreta conseqüências negativas tanto para os profissionais, que, por vezes, se veem submetidos a condições precárias de trabalho, quanto para a população, que depende dos serviços de saúde.

Sem dúvidas, longe do esgotamento do tema, torna-se fundamental revisitar o debate em torno do papel do Estado na organização da Gestão do Trabalho no SUS. Tais análises têm o objetivo de lançar luz as políticas de trabalho aplicadas no setor para subsidiar decisões estratégicas que avancem na garantia de um sistema de saúde mais justo, acessível e de qualidade para toda a população.

REFERÊNCIAS

ABRUCIO, F. L.; LOUREIRO, M. R. Burocracia e Ordem Democrática: Desafios Contemporâneos e Experiência Brasileira. Em: PIRES, R.; LOTTA, G.; OLIVEIRA, V. E. de (orgs). Burocracia e Políticas Públicas no Brasil: intersecções analíticas. Brasília: **IPEA**, 2018. Disponível em: <https://repositorio.ipea.gov.br/handle/11058/8560>. Acesso em: 14 fev. 2023.

ABRUCIO, F. L.; PEDROTI, P. M.; PÓ, M. V. A formação da burocracia brasileira: a trajetória e o significado das reformas administrativas, in F. L. Abrucio; M. R. Loureiro; R. Pacheco (orgs.). Burocracia e política no Brasil: desafios para a ordem democrática no século XXI. Rio de Janeiro, **Fundação Getúlio Vargas**, 2010. Disponível em: https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/7502000/mod_resource/content/1/Burocracia%20e%20pol%C3%ADtica%20no%20Brasil%2C%20desafios%20para%20o%20Estado%20democr%C3%A1tico%20no%20s%C3%A9culo%20XXI%20pp.%2027%20a%2047.pdf. Acesso em: 10 mai. 2022.

ANDREWS, C. W.; KOUZMIN, A. O discurso da nova administração pública. **Lua Nova: Revista de Cultura e Política**, n. 45, p. 97–129, 1998. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ln/a/yzWznhmJpKT6LT5DKftDzD/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 22 abr. 2023.

AMORIM, H. S. **Terceirização no serviço público: à luz da nova hermenêutica constitucional**. São Paulo, 2009.

ANTUNES, R. **Adeus ao Trabalho?** ensaio sobre as metamorfoses e a centralidade no mundo do trabalho. 16ª edição. São Paulo: Cortez, 2018.

ANTUNES, R., DRUCK, G. D. A terceirização sem limites: a precarização do trabalho como regra. **Revista O Social em Questão - Ano XVIII, nº 34**, 2015. Disponível em: <http://osocialemquestao.ser.puc-rio.br/cgi/cgilua.exe/sys/start.htm?infoid=427&sid=48>. Acesso em: 23 ago. 2022.

BANCO MUNDIAL. **Relatório sobre o desenvolvimento mundial 1997: o Estado num mundo em transformação**. Washington, D.C. 1997. Disponível em: <http://documents.worldbank.org/curated/en/634101468162557539/Relatorio-sobre-o-desenvolvimento-mundial-1997-o-estado-num-mundo-em-transformacao>. Acesso em: 09 jan. 2023.

BIONDI, Aloysio. **O Brasil Privatizado: um balanço do desmonte do Estado**. São Paulo: Fundação Perseu Abramo, 1999.

BRASIL. Ministério da Saúde. 8ª Conferência Nacional de Saúde - **Relatório Final**. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 1986a. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/8_conferencia_nacional_saude_relatorio_final.pdf. Acesso em: 27 abr. 2023.

_____. Conferência Nacional de Recursos Humanos para a Saúde: **Relatório Final**. Coordenação Geral de Desenvolvimento de Recursos Humanos para o SUS, v.1, n.1. Brasília: Ministério da Saúde, CGDRH/SUS, 1986b. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/0116conf_rh.pdf. Acesso em: 13 fev. 2023.

_____. Ministério da Saúde. Comissão Nacional de Reforma Sanitária. **Documentos III**. Rio de Janeiro: Secretaria Técnica da CNRS, 1987. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd05_08.pdf. Acesso em: 10 dez. 2022.

_____. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF: Senado, 140 p, 1988. Disponível em: https://www2.senado.leg.br/bdsf/bitstream/handle/id/518231/CF88_Livro_EC91_2016.pdf. Acesso em: 2 nov. 2022.

_____. Lei n. 8080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Diário oficial da União. Brasília, DF, 20 set. 1990. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18080.htm. Acesso em: 8 mar. 2023.

_____. Ministério da Saúde/INAMPS. **Resolução nº 273**, de 17 de julho de 1991. Disponível em: http://siops.datasus.gov.br/Documentacao/Resolu%C3%A7%C3%A3o%20273_17_07_1991.pdf. Acesso em: 24 abr. 2023.

_____. Ministério da Saúde. **A questão dos recursos humanos nas conferências nacionais de saúde** – 1941-1992. Cadernos RH Saúde, Brasília, ano 1, v. 1, n. 1, novembro. 1993a. Disponível em: <https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/periodicos/crhsv1n1.pdf>. Acesso em: 1 ago. 2022.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 545**, de 20 de maio de 1993b. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/1993/prt0545_20_05_1993.html. Acesso em: 25 out. 2022.

_____. Ministério da Administração Federal e Reforma do Estado. **Plano diretor da reforma do aparelho do Estado**. Brasília, Imprensa Nacional, 1995. Disponível em: <http://www.biblioteca.presidencia.gov.br/publicacoes-oficiais/catalogo/fhc/plano-diretor-da-reforma-do-aparelho-do-estado-1995.pdf>. Acesso em: 16 abr. 2023.

_____. Conferência Nacional de Saúde. (10.: 1996: Brasília) **Relatório final da 10ª Conferência Nacional de Saúde**, Brasília-DF, 2 a 6 de setembro de 1996. Brasília: Ministério da Saúde, 1998. Disponível em: https://conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios/relatorio_10.pdf. Acesso em: 23 fev. 2023.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Coordenação- Geral da Política de Recursos Humanos. **Política de Recursos Humanos para o SUS: balanço e perspectivas**. Brasília: Ministério da Saúde, 2002. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd03_16.pdf. Acesso em: 21 mai. 2023.

_____. Ministério da Saúde. **Relatório do Seminário Nacional sobre Política de Desprecarização das Relações de Trabalho no SUS**. Brasília, DF, 2003. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/desprec_cart.pdf. Acesso em: 14 nov. 2022.

_____. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Recursos humanos: um desafio do tamanho do SUS** / Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Brasília, 2004a. Disponível em: <https://www.conass.org.br/biblioteca/caderno-conass-documenta-n-04/>. Acesso em: 05 jan. 2023.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Departamento de Atenção Básica**. Avaliação normativa do Programa Saúde da Família no Brasil: monitoramento da implantação e funcionamento das equipes de saúde da família: 2001-2002 / Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2004b. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/avaliacao_normativa_programa_saude_familia.pdf. Acesso em: 07 abr. 2023.

_____. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Princípios e diretrizes para a gestão do trabalho no SUS (NOB/RH-SUS)**. 3. ed. rev. atual. – Brasília: Ministério da Saúde, 2005. Disponível em: https://conselho.saude.gov.br/biblioteca/livros/NOB_RH_2005.pdf. Acesso em: 15 ago. 2022.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão e da Regulação do Trabalho em Saúde. Programa Nacional de Desprecarização do Trabalho no SUS: **DesprecarizaSUS: perguntas & respostas**: Comitê Nacional Interinstitucional de Desprecarização do Trabalho no SUS / Ministério da Saúde, 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: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/desprec_cart.pdf. Acesso em 17 jul. 2023.

_____. Ministério da Saúde. **PCCS – SUS: diretrizes nacionais para a instituição de planos de carreiras, cargos e salários no âmbito do Sistema Único de Saúde**. Ministério da Saúde, Departamento de Gestão da Educação na Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2006b. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pccs_diretrizes_nacionais_planos_carreiras_sus.pdf. Acesso em: 25 mai. 2023.

_____. **Portaria n. 1.318**, de 5 de junho de 2007. Diretrizes Nacionais para a Instituição ou Reformulação de Planos de Carreiras, Cargos e Salários, a título de subsídios técnicos à instituição de regime jurídico de pessoal no âmbito do Sistema Único de Saúde, que se recomendam a seus gestores, respeitada a legislação de cada ente da Federação. Sistema de Legislação da Saúde, 2007. Disponível em: https://conselho.saude.gov.br/images/documentos/legislacao/portarias/portaria_1318.pdf. Acesso em: 16 jan. 2023.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde
Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde: **SGETS: políticas e ações** /
Ministério da Saúde, Brasília: Ministério da Saúde, 2011. Disponível em:
https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/SGETS_politicas_acoes.pdf. Acesso em: 25 mar.
2023.

_____. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **A Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde** / Conselho Nacional de Secretários de Saúde. – Brasília: CONASS, 2011.

BRASIL, F.G.; CEPÊDA, V.A.; MEDEIROS, T. B. O DASP e a formação de um pensamento político-administrativo na década de 1930 no Brasil. **Temas de Administração Pública**, v. 9, n. 1, p. 60-90, 2014. Disponível em: <https://repositorio.unesp.br/handle/11449/125197>. Acesso em: 13 mai. 2023.

BRESSER PEREIRA, L. C. **A reforma do estado dos anos 90: lógica e mecanismos de controle**. Lua Nova: v. 45, 1998. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0102-64451998000300004>> Acesso em: 10 janeiro. 2023

BRESSER PEREIRA, L. C. Da administração pública burocrática à gerencial. **Revista Do Serviço Público**, v. 47, n. 1, 2015. Disponível em:
<https://revista.enap.gov.br/index.php/RSP/article/view/702>. Acesso em: 19 jan. 2023.

BRESSER PEREIRA, L. C. **Reflexões sobre a reforma gerencial brasileira de 1995**, Revista do Serviço Público: v. 50 n. 4, 1999. Disponível em:
<<https://revista.enap.gov.br/index.php/RSP/issue/view/66>> Acesso em: 10 jun. 2022.

CARDOSO, F. M.; CAMPOS, G. W. de S. Reformas Neoliberais, Reforma Sanitária Brasileira e Fundações Estatais de Direito Privado: análise de documento da Fundação Estatal de Saúde da Família (FESF) - Bahia. **Saúde em Debate**, v. 37, n. 97, p. 219–232, abr. 2013. Disponível em:
<https://www.scielo.br/j/sdeb/a/QwPkvS8Nrwbp4f4Fmb7bwQG/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 20 jun. 2023.

CARNEIRO, C. C. G. O trabalho do Agente Comunitário de Saúde e suas determinações: um estudo de caso do município do Rio de Janeiro. 2013. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2013. Disponível em: <<http://saudepublica.bvs.br/pesquisa/resource/pt/tes-5583>> Acesso em: 29 de abril de 2023.

CARVALHO, G. **A inconstitucional administração pós-constitucional do SUS** através de normas operacionais. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 6, n. 2, pp. 435-444, 2001. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S1413-81232001000200012>>. Acesso em: 29 de abril de 2023.

CARVALHO, M; SANTOS, N. R.; CAMPOS, G. W. S. **A construção do SUS e o planejamento da força de trabalho em saúde no Brasil: breve trajetória histórica**. *Saúde em Debate*, v. 37, n. 98, 2013. Disponível em:
<<https://www.scielo.br/j/sdeb/a/YgmHSdNrqr6LNCQV4rdq8P/?lang=pt#>>. Acesso: 02 setembro 2022.

CASTEL, R. **Metamorfoses da questão social: uma crônica do salário**. Petrópolis: Vozes, 1998

CORDEIRO, H. A. **As transformações da prática médica**: a Medicina de Grupo no Rio de Janeiro. *Revista Brasileira de Educação Médica*, v. 06, n. 03, 1982. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1981-5271v6.3-002>>. Acesso em: 25 outubro de 2022.

COSTA, F. L. DA . Brasil: 200 anos de Estado; 200 anos de administração pública; 200 anos de reformas. **Revista de Administração Pública**, v. 42, n. 5, p. 829–874, set. 2008. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rap/a/DxgBXcJLnFHVxsqPbgCWckQ/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 01 abr. 2023.

COSTA, F. L. DA. *A Reforma do Estado e o contexto brasileiro: crítica do paradigma gerencialista*- Rio de Janeiro: **FGV**, 2010.

COSTA NR. A Estratégia de Saúde da Família, a atenção primária e o desafio das metrópoles brasileiras. **Ciência e Saúde Coletiva**, 2016. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/KJ79DbSz86MrZtZsXmWmmTc/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 04 dez. 2022.

COSTA, N. DO R. *et al.* A implantação em larga escala da Estratégia de Saúde da Família na cidade do Rio de Janeiro, Brasil: evidências e desafios. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 26, n. 6, p. 2075–2082, jun. 2021. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/bxhQzJWKpLvy3FLCLWcNF4P/>. Acesso em: 11 jul. 2023.

DRUCK, G. A terceirização na saúde pública: formas diversas de precarização do trabalho. **Trabalho, Educação e Saúde**, v. 14, p. 15–43, nov. 2016. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/tes/a/ZzrBrfcK75czCSqYzjjhRgk/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 28 mai. 2023.

LOPES, L.S. **Revista de Administração de Empresas**, v. 24, n. 3, p. 05–07, jul. 1984. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rae/i/1984.v24n4/>. Acesso em: 25 abr. 2023.

FLEURY, S. A reforma sanitária brasileira. In: BERLINGUER, G; TEIXEIRA, S; CAMPOS, G. **Reforma sanitária**: Itália e Brasil. São Paulo: Hucitec-CEBES, 1988.

FLEURY, S. **Teoria da Reforma Sanitária diálogos críticos** /organizados por Sonia Fleury. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2018.

FONSECA, A. F. **O trabalho do agente comunitário de saúde: implicações da avaliação e da supervisão na educação em saúde**. 2013. Tese (Doutorado em Saúde Pública) – Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Rio de Janeiro, 2013, 233p. Disponível em: <https://www.arca.fiocruz.br/bitstream/icict/13932/1/ve_Angelica_Fonseca_ENSP_2013.pdf> Acesso em: 20 agosto de 2022.

FONSECA, J. M; LIMA, S. M. L.; TEIXEIRA, M. **Expressões da precarização do trabalho nas regras do jogo**: Organizações Sociais na Atenção Primária do município do Rio. *Saúde em Debate*, v. 45, n. 130, pp. 590-602, julho-setembro 2021. Disponível em: <<https://saudeemdebate.org.br/sed/article/view/5204>>. Acesso em: 25 de agosto de 2022.

FONTENELLE, L.F. Mudanças recentes na Política Nacional de Atenção Básica: uma análise crítica. **Rev Bras Med Fam Comunidade**, 2012. Disponível em: <<https://rbmfc.org.br/rbmfc/article/view/417>>. Acesso em: 25 de junho de 2023.

GIRARDI, S. N. **Gestão estratégica de recursos humanos, reforma do Estado e reforma setorial da saúde**: elementos para uma agenda. Belo Horizonte, 1997.

GIOVANELLA, L. Proteção Social Alemã. In: Solidariedade ou Competição? Políticas e sistema de atenção à saúde na Alemanha. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2001.

GIOVANELLA, L. "Austeridade" no Serviço Nacional de Saúde inglês: fragmentação e mercantilização - exemplos para não seguir. *Cad. de Saúde Pública*, v. 32, n.7, 2016. Disponível em <<https://doi.org/10.1590/0102-311X00034716>> Acesso em: 25 outubro de 2022.

GIOVANELLA, L. *et al.* Médicos pelo Brasil: caminho para a privatização da atenção primária à saúde no Sistema Único de Saúde? **Cadernos de Saúde Pública**. v. 35, n. 10, 2019. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/jksZTLfMgttwRhjLbgVxzkk/>. Acesso em: 12 out. 2022.

HALL, D.; GUNTER, H. M. A nova gestão pública na Inglaterra: a permanente instabilidade da reforma neoliberal. **Educação & Sociedade**, v. 36, n. Educ. Soc., 2015 36(132), p. 743–758, jul. 2015. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/es/a/wTdg5CVwhqfT4kj5LNRpXtD/?lang=pt&format=pdf>. Acesso em: 22 set. 2022.

HOCHMAN, G. Regulando os efeitos da interdependência: sobre as relações entre Estado e saúde pública e construção do Estado (Brasil 1910-1930). In: **Estudos Históricos**, Rio de Janeiro, v. 6, n. 11, pp. 41-60, 1993. Disponível em: https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/4265410/mod_resource/content/1/regulando_efeitos_da_interdependencia.pdf. Acesso em: 19 ago. 2022.

IBGE. **Estatísticas da saúde**: assistência médico-sanitária 2009. IBGE, Coordenação de População e Indicadores Sociais. Rio de Janeiro, 2009. Disponível em: <https://biblioteca.ibge.gov.br/index.php/biblioteca-catalogo?id=283176&view=detalhes>. Acesso em: 28 abr. 2023.

LAURELL, A.C. Avançando em direção ao passado: a política social do neoliberalismo. In: LAURELL, A.C.(Org.) **Estado e políticas sociais no neoliberalismo**. 2. ed. São Paulo: Cortez, 1997.

LEVCOVITZ, E., LIMA, L. D. MACHADO, C. V. **Política de saúde nos anos 90**: relações intergovernamentais e o papel das Normas Operacionais Básicas. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 6, n. 2 2001. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S1413-81232001000200002>> Acesso em: 25 outubro de 2022.

MACHADO, M. H. Trabalho e emprego em saúde. In: Giovanella L, Escorel S, Lobato LVC, Noronha JC, Carvalho AI, organizadores. **Políticas e Sistema de Saúde no Brasil** 2ª ed. Rio de Janeiro: Fiocruz; Cap. 9. p. 259-276, 2008.

MARTINHO, F.C.P. Vargas e o legado do trabalhismo no Brasil: entre a tradição e a modernidade. **Revista de Estudos Portugueses**, v. 12, 2004. Disponível em: https://www.academia.edu/26075096/Vargas_e_o_legado_do_trabalhismo_no_Brasil_entre_a_tradi%C3%A7%C3%A3o_e_a_modernidade. Acesso em: 03 jan. 2023.

MARX, Karl. **O Capital** – Crítica da Economia Política. Vol. 1. São Paulo, Nova Cultural, 1996.

MELO, E. A.; MENDONÇA, M. H. M.; TEIXEIRA, M. A crise econômica e a atenção primária à saúde no SUS da cidade do Rio de Janeiro, Brasil. **Ciênc. saúde coletiva**. Rio de Janeiro, v. 24, n. 12, p. 4593-4598, dez. 2019. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232019001204593&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 10 junho de 2022.

MENICUCCI, T. M. G. Reforma sanitária brasileira e a política de saúde do Brasil. *Revista de Saúde Pública*, v. 37, n. 4, p. 468-474, 2003. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/hcsm/a/bVMCvZshr9RxtXpdh7YPC5x/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 29 out. 2022.

NIDECK, R. L. P. **Formação profissional em saúde e crise do trabalho**: contradições e desafios para o SUS. – Niterói: [s.n.], 2013. Disponível em: <https://e-revista.unioeste.br/index.php/ideacao/article/view/6064>. Acesso em: 17 nov. 2022.

NOGUEIRA, R. P. Problemas de gestão e regulação do trabalho no SUS. In: NOGUEIRA, R. P. *et al.* (orgs.). **Tendências na evolução do emprego e nas relações de trabalho em saúde**: a gestão de recursos humanos no Sistema Único de Saúde. Brasília: UnB/CEAM/NESP/ObservaRH, p. 45-67, 2010. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-979743>. Acesso em: 02 abr. 2023.

O'DWYER, G. *et al.* A crise financeira e a saúde: o caso do município do Rio de Janeiro, Brasil. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 12, dez. 2019. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232019001204555&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 01 de maio de 2023.

PAIM, J. S. **Recursos humanos em Saúde no Brasil**: problemas crônicos e desafios agudos. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública/USP, 1994.

PAIM, J. S. **Reforma sanitária brasileira**: contribuição para a compreensão e crítica. Salvador: EDUFBA; Rio de Janeiro: Fiocruz; 2008.

PEREIRA, Potyara A. P. Necessidades humanas: subsídios à crítica dos mínimos sociais. 2. ed. São Paulo: Cortez, 2002.

PIERANTONI, C.R. VARELLA, T.C.; SANTOS, M.R. *et al.* **Gestão do trabalho e da educação em saúde**: recursos humanos em duas décadas do SUS. *Physis*. 18(4):685-704, 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/physis/v18n4/v18n4a05.pdf>> Acesso em: 04 março de 2022.

RABELO, F. L. de experts a bodes expiatórios: identidade e formação da elite técnica do DASP e a reforma do serviço público federal no Estado Novo (1938-1945). 2013. Tese (Doutorado em História Social) – Instituto de Filosofia e Ciências Sociais, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2013. Disponível em: <https://brapci.inf.br/index.php/res/v/201516>. Acesso em: 10 jul. 2023.

RABELO, F. L. O DASP e o combate à ineficiência nos serviços públicos: a atuação de uma elite técnica na formação do funcionalismo público no Estado Novo (1937-1945). **Revista Brasileira de História e Amp; Ciências Sociais**, 2015. Disponível em: <https://periodicos.furg.br/rbhcs/article/view/10454>. Acesso em: 20 ago. 2022.

RAMOS, A. L. P; de SETA, M. H.; ANDRADE, C. L. T. Terceirização e desempenho da atenção primária à saúde nas capitais brasileiras. In: SÁ, M. C.; TAVARES, M. F. L.; de SETE, M. H. (Org.). *Organização do cuidado e práticas em saúde: abordagens, pesquisas e experiências de ensino*. Rio de Janeiro: **Editora Fiocruz**, 2018

REGO, S.R.M. A greve dos trabalhadores terceirizados da saúde pública do Rio de Janeiro e sua relação com os ciclos contemporâneos de luta da classe trabalhadora. Dissertação (Mestrado) – FIOCRUZ, 2020. Disponível em: <https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/46213>. Acesso em: 11 out. 2022.

RIO de JANEIRO. Secretaria Municipal de Saúde e Defesa Civil. Plano Municipal de Saúde do Rio de Janeiro 2010-2013. 2009. Disponível em: <http://www.rio.rj.gov.br/dlstatic/10112/3700816/4130215/PLANOMUNICIPALDESAUDE20102013.pdf>> Acessado em: 28 abril de 2023.

RIO de JANEIRO. Secretaria Municipal de Saúde. Plano Municipal de Saúde do Rio de Janeiro 2014-2017. 2013. Disponível em: http://www.rio.rj.gov.br/dlstatic/10112/3700816/4128745/PMS_20142017.pdf> Acessado em: 28 abril de 2023.

RIO de JANEIRO. Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro. Plano Municipal de Saúde 2018-2021. 2018. Disponível em: http://www.rio.rj.gov.br/dlstatic/10112/7677780/4225104/PMS2018_VersaoPreliminar.pdf> Acessado em: 28 abril de 2023.

RODRIGUES, P. H. A. Apocalipse não: o Estado do Bem-Estar Social sobrevive à onda neoliberal. Tese de doutoramento. Rio de Janeiro: Instituto de Medicina Social/ UERJ: 2003. Disponível em: <http://www.btd.uerj.br/handle/1/4732>. Acesso em: 24 fev. 2023.

SÁ, A. O. A Nova Gestão Pública na saúde no município do Rio de Janeiro compreendida a partir do vínculo de trabalho. Dissertação (Mestrado) – Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Instituto de Medicina Social Hesio Cordeiro, 2022. Disponível em: <http://www.btd.uerj.br/handle/1/18021>. Acesso em: 30 abr. 2023.

SANTOS, R. P. de O.; CHINELLI, F.; FONSECA, A. F. Novos modelos de gestão na Atenção Primária à Saúde e as penosidades do trabalho. **Caderno CRH**, v. 35, 2022. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ccrh/a/kV9xXt5QMCVbKGmQLrhc7TQ/>. Acesso em: 22 mar. 2023.

SCATENA, J. H. G. e TANAKA, O. Y. Os instrumentos normalizadores (NOB) no processo de descentralização da saúde. *Saúde e Sociedade* [online]. 2001, v. 10, n. 2 [Acessado 24 outubro 2022] , pp. 47-74. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902001000200005>>.

SECCHI, L. Modelos organizacionais e reformas da administração pública. **Revista de Administração Pública**, v. 43, n. 2, p. 347–369, mar. 2009. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rap/a/ptr6WM63xtBVpfvK9SxJ4DM/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 1 mai. 2023.

SILVA, B. Z. DA. Pela DesCrivelização da saúde: reflexões sobre a crise da saúde no Rio de Janeiro-RJ e seu agravamento na pandemia. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, v. 30, n. 3, 2020. [Acessado em: 28 de abril, 2023]. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0103-73312020300308>.

SORANZ, D.; PINTO, L. F.; PENNA, G. O. Eixos e a Reforma dos Cuidados em Atenção Primária em Saúde (RCAPS) na cidade do Rio de Janeiro, Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 21, n. 5, p. 1327–1338, maio 2016. Acesso em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/9ZwCk6XXyXtCZWcrgVgzM4w/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 20 jun. 2023.

STEDILE, N. L. R. *et al.* Contribuições das conferências nacionais de saúde na definição de políticas públicas de ambiente e informação em saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 20, n. 10, pp. 2957-2971, 2015. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-812320152010.15142014> Acesso em: 10 abril 2022.

ZYLBERSTAJN, H. *et al.* **Teoria, experiência internacional e efeitos da terceirização sobre o mercado de trabalho**. Texto para discussão n° 17. Fundação Instituto de Pesquisas Econômicas, n. 17, 2016. Disponível em: https://repositorio.ipea.gov.br/bitstream/11058/8258/1/Terceiriza%C3%A7%C3%A3o%20do%20trabalho%20no%20Brasil_novas%20e%20distintas%20perspectivas%20para%20o%20debate.pdf. Acesso em: 23 abr. 2023.