

**INSTITUTO FEDERAL DE EDUCAÇÃO, CIÊNCIA E
TECNOLOGIA DE SANTA CATARINA
CAMPUS JOINVILLE
CURSO SUPERIOR DE TECNOLOGIA EM
GESTÃO HOSPITALAR**

**JULIANA GONÇALVES
KARINA PEREIRA DE SOUZA MIRANDA
MARIA CRISTINA SANTANA DOS SANTOS**

**ANÁLISE DO PLANO DE CARREIRA E
VENCIMENTOS DOS SERVIDORES DO HOSPITAL
REGIONAL HANS DIETER SCHMIDT E SUA
INFLUÊNCIA NA QUALIDADE DO SERVIÇO
PRESTADO**

TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO

**JULIANA GONÇALVES
KARINA PEREIRA DE SOUZA MIRANDA
MARIA CRISTINA SANTANA DOS SANTOS**

**ANÁLISE DO PLANO DE CARREIRA E
VENCIMENTOS DOS SERVIDORES DO HOSPITAL
REGIONAL HANS DIETER SCHMIDT E SUA
INFLUÊNCIA NA QUALIDADE DO SERVIÇO
PRESTADO**

JOINVILLE - 2015

**INSTITUTO FEDERAL DE EDUCAÇÃO, CIÊNCIA E
TECNOLOGIA DE SANTA CATARINA.
CAMPUS JOINVILLE
CURSO GESTÃO HOSPITALAR**

**JULIANA GONÇALVES
KARINA PEREIRA DE SOUZA MIRANDA
MARIA CRISTINA SANTANA DOS SANTOS**

**ANÁLISE DO PLANO DE CARREIRA E
VENCIMENTOS DOS SERVIDORES DO HOSPITAL
REGIONAL HANS DIETER SCHMIDT E SUA
INFLUÊNCIA NA QUALIDADE DO SERVIÇO
PRESTADO**

**Submetido ao Instituto Federal
de Educação, Ciência e
Tecnologia de Santa Catarina
como parte dos requisitos de
obtenção do título de Tecnólogo
em Gestão Hospitalar.**

**Orientador: Marcos Aurelio
Schwede, Me.**

JOINVILLE, 2015

Gonçalves, Juliana; Miranda, Karina Pereira De Souza; Santos, Maria Cristina Santana Dos.

Análise do plano de carreira e vencimentos dos servidores do Hospital Regional Hans Dieter Schmidt e sua influência na qualidade do serviço prestado./ Gonçalves, Juliana; Miranda, Karina Pereira De Souza; Santos, Maria Cristina Santana Dos.– Joinville:InstitutoFederaldeSantaCatarina,2015. 95f.

Trabalho de Conclusão de Curso-Instituto Federal de Santa Catarina, 2015. Graduação. Curso Superior de Tecnologia em Gestão Hospitalar. Modalidade: Presencial.

Orientadora:Marcos Aurelio Schwede, Me.

Remuneração. Progressão Salarial. Recursos Humanos. Plano de cargos e salários.

**ANÁLISE DO PLANO DE CARREIRA E
VENCIMENTOS DOS SERVIDORES DO HOSPITAL
REGIONAL HANS DIETER SCHMIDT E SUA
INFLUÊNCIA NA QUALIDADE DO SERVIÇO
PRESTADO**

**JULIANA GONÇALVES
KARINA PEREIRA DE SOUZA MIRANDA
MARIA CRISTINA SANTANA DOS SANTOS**

Este trabalho foi julgado adequado para obtenção do título de Tecnólogo em Gestão Hospitalar e aprovado na sua forma final pela banca examinadora do Curso Gestão Hospitalar do Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia de Santa Catarina.

Joinville, 15 de Junho de 2015.

Banca Examinadora:

**Prof. Marcos Aurelio Schwede, Mestre
Orientador**

**Profa. Marlete Scremin, Mestre
Avaliadora**

**Prof. Marcelo Rodrigo Pezzi, Mestre
Avaliador**

AGRADECIMENTOS

A Deus por nos dar saúde e força para superar as dificuldades.

A esta instituição, seu corpo docente, direção e administração que oportunizaram a janela onde hoje vislumbramos um horizonte superior, pela confiança no mérito e ética aqui presente.

Ao nosso orientador Prof. Marcos Aurélio Schwede, pelo suporte no tempo que lhe coube, pelas suas correções e incentivos.

Aos nossos pais, esposos e familiares, pelo amor, incentivo e apoio incondicional.

E a todos que direta ou indiretamente fizeram parte da nossa formação, o nosso muito obrigado.

RESUMO

O presente estudo analisa o plano de carreira dos servidores do Hospital Regional Hans Dieter Schmidt, buscando-se discutir a relevância e efetividade deste instrumento no contexto público de saúde. Através de pesquisa qualitativa, foi realizada uma análise do atual plano utilizado pela instituição; na sequência ocorreu a aplicação de questionário a 30 servidores e entrevistas semi-estruturadas, realizadas em profundidade, com 8 servidores da instituição. Desta forma, obteve-se importantes dados relacionados ao plano de cargos e salários do Hospital, como por exemplo: o nível da tabela salarial baixo, a falta de estruturação das capacitações oferecidas online para progressão na tabela, bem como a importância de um plano de cargos e salários como ferramenta eficaz nas organizações, para a valorização do desempenho profissional e da instituição, aspectos nem sempre utilizados da melhor forma.

Palavras chave: Remuneração. Progressão Salarial.
Humanos. Plano de cargos e salários.

ABSTRACT

This study examines the career path of the servers of Regional Hans Dieter Schmidt Hospital, seeking to discuss the relevance and effectiveness of this practice in the public health context. Through qualitative research, an analysis of the current plan was carried out by the institution and used after occurred a questionnaire to 30 servers and semi-structured interviews conducted in depth with 8 servers of the institution. In this way, we obtained important data related to the plan of positions and salaries of the Hospital, such as: the low pay scale level, the lack of structuring of online training offered to progression in the table, and the importance of a plan jobs and salaries as an effective tool in organizations to enhancing the professional development and institution aspects not always used in the best way.

Keywords: Compensation. Salary progression. Human Resources. Plan for jobs and wages.

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	08
1.1	Definição Do Problema	10
1.2	Objetivo Geral	10
1.3	Objetivos Específicos	11
2	A UTILIZAÇÃO DE PRÁTICAS DE GESTÃO PROFISSIONAL NA ÁREA DE PESSOAS	12
2.1	As Transformações no cenário mundial/ organizacional	12
2.2	A adequada capacitação dos profissionais	14
2.3	A adequada remuneração dos profissionais	20
3	DIRETRIZES DO PLANO DE CARREIRA, CARGOS E SALÁRIOS (PCCS) NO SUS	27
3.1	A Criação das Diretrizes do Plano de Carreira, Cargos e Salários (PCCS) no SUS	27
3.2	Planos de Carreira, Cargos e Salários (PCCS) no SUS e seus desafios atuais	32
3.3	Carreira Especial no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS)	35
3.4	Políticas Nacionais de Educação Permanente do SUS – Força Trabalho	37
3.5	Financiamentos da saúde pública (SUS) e sua ampliação	40
3.6	Financiamento da Saúde e as Emendas Constitucionais em 2015	42
3.7	A Terceirização Precarizando a Força Trabalho do SUS	45
4	METODOLOGIA	48
4.1	Forma de coleta de dados	49
4.2	Forma de análise dos dados	50
5	CONTEXTUALIZAÇÃO DO CAMPO DE ESTUDO	52
5.1	Hospital Regional Hans Dieter Schmidt	52
5.1.1	Diretrizes Institucionais	54
5.1.2	Congregação Pequenas Missionárias de Maria Imaculada	55
5.1.3	As Dificuldades iniciais verificadas no HRHDS	56
5.2	Legislação Regulamentadora do Plano de Carreira Estadual	58

6 RESULTADOS DA PESQUISA DE CAMPO	63
6.1 O plano de cargos e salários como ferramenta de satisfação dos profissionais.....	63
6.2 As Capacitações como Componente da Atuação Profissional Relacionada ao Plano de Cargos e Salários.....	66
6.3 Terceirizados não Possuem a mesma Oportunidade de Progressão por Capacitações	72
6.4 Contribuição do Plano de Carreira e Vencimentos como um Instrumento de Desempenho e Resultado no Hospital	73
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	77
REFERÊNCIAS.....	80
APÊNDICES.....	88
APÊNDICE A – Termo de Consentimento	89
APÊNDICE B – Questionário.....	90
ANEXOS	91
ANEXO A – Autorização Para Realização de Pesquisa	92
ANEXO B – Tabela de cargos, competências e o nível inicial/final para progressão em cada competência.....	93
ANEXO C – Tabela de Vencimentos.....	96

1 INTRODUÇÃO

A Constituição Federal de 1988 destaca-se por determinar que o Estado garanta a saúde de toda a população e, para tanto, criou o Sistema Único de Saúde – SUS. Em 1990, o Congresso Nacional aprovou a Lei Orgânica da saúde que detalha o funcionamento do sistema. A criação deste sistema ampliou o acesso à saúde da população, ampliou as políticas públicas e os gastos em investimentos e em pessoal.

Os recursos humanos no Sistema Único de Saúde têm sido foco de crescente análise no que se refere à qualidade da atuação dos profissionais, a satisfação destes mesmos profissionais tendo em vista a precariedade das condições de trabalho e conseqüentemente a baixa qualidade dos serviços prestados. Na maioria das vezes, as pessoas desempenham atividades com alto grau de complexidade, muitas vezes sob pressão, o que exige destreza no exercício das funções, habilidade e conhecimento técnico (BORBA; LISBOA; ULCHOA, 2009, p. 16).

Vale ressaltar que o fator humano representa um importante papel em qualquer que seja o ramo de atividade, “isso deixa claro que a empresa, neste caso uma instituição de saúde, jamais deve pensar o contrário ou simplesmente não dar o real significado à capacidade deste recurso.” (BORBA; LISBOA; ULCHOA, 2009, p.16). Cherubin (1998) *apud* FINAMOR (2010, p. 24) salienta que “os recursos humanos são os principais componentes do hospital em sua prestação de serviço. São eles que transportam e manifestam a imagem do hospital.”

Portanto, há a necessidade de uma gestão estratégica de pessoas que valorize esta mão de obra, proporcione desenvolvimento de seus conhecimentos, diminuindo a insatisfação com a instituição e melhorando a qualidade dos serviços prestados.

Uma gestão estratégica de pessoas e que, portanto, privilegie o constante desenvolvimento do conhecimento de seus empregados, deve lançar mão de práticas institucionalizadas para direcionar as competências individuais, entendendo-se competências como um

conjunto de capacidades e saberes que se manifestam nas atividades realizadas pelas pessoas. (FINAMOR, 2010, p.57).

Nesse sentido, “a valorização e o reconhecimento das pessoas dentro das instituições de saúde são os principais ingredientes para os primeiros passos em direção a uma profunda mudança nos processos e resultados de qualquer organização” (BORBA; LISBOA; ULCHOA, 2009, p. 17). Esta valorização e reconhecimento possibilitam trazer os funcionários para perto da organização, aumentando a saúde e a satisfação do trabalhador.

Desta forma, reforça-se a necessidade de adequada valorização dos profissionais, o que envolve inclusive a adequada remuneração frente à manutenção das condições de vida e também a retribuição pela atuação desempenhada neste contexto. Autores como Terra (2000 apud FINAMOR, 2010, p. 61-62) ressaltam a relevância da adoção de sistemas de recompensas, envolvendo incentivos financeiros e não financeiros, cujos propósitos são o autodesenvolvimento e o aumento do compromisso com o desempenho organizacional.

Em relação à saúde, o Sistema Único de Saúde (SUS) foi a maior conquista relacionada à inclusão social e representou um compromisso do Estado brasileiro com os direitos dos seus cidadãos. O atual sistema de saúde vive num momento de avanços, porém neste espaço são inúmeros os desafios a serem superados, em especial na área de gestão de pessoas, como por exemplo, possuir um plano de cargos e salários efetivo, que garanta a valorização dos trabalhadores através da equidade de oportunidades e desenvolvimento dos profissionais e conseqüentemente como forma de melhorar o desempenho da organização.

Diante do exposto, identificou-se que um bom estudo de caso é o Hospital Regional Hans Dieter Schmidt, pelas suas características, abrangência e representatividade em Joinville. O propósito deste estudo é analisar a relevância do plano de carreira e vencimentos dos servidores que trabalham no Hospital, referenciando-o como uma ferramenta na busca para melhoria da prestação dos serviços, por intermédio da valorização dos servidores.

Desta forma, investigou-se por meio de pesquisa qualitativa, através da aplicação de questionário com perguntas objetivas e entrevistas semi-estruturadas, gravadas em gravador de áudio, como é compreendida esta questão dentro da instituição.

O trabalho é organizado em capítulos. No capítulo 2, será discutido o referencial teórico, composto pelas práticas de gestão profissional na área de pessoas, abordando o contexto em que as organizações estão inseridas e suas transformações, a importância da capacitação adequada dos profissionais para o bom desempenho da instituição; bem como, a importância de uma remuneração que corresponda às necessidades dos funcionários.

No capítulo 3 é apresentado de forma ampla as diretrizes do plano de carreira, cargos e salários no SUS (PCCS), sua criação e seus desafios, políticas de educação permanente, força de trabalho, financiamento da saúde pública e a terceirização como forma de precarização da mão de obra no SUS.

No capítulo 4, a metodologia em que será detalhado o tipo de pesquisa realizada, a forma de análise e coleta dos dados.

No capítulo 5 é contextualizada a instituição, suas características e desafios enfrentados. Na sequência é apresentada a análise dos resultados e, por fim, seguem as considerações finais com os principais pontos verificados durante o estudo.

1.1 Definição do Problema

Definiu-se o seguinte problema de pesquisa: Qual o impacto do Plano de Carreira e Vencimentos na satisfação do servidor e na qualidade dos serviços prestados?

1.2 Objetivo geral

Analisar a relevância do plano de carreira e vencimentos dos servidores que trabalham no Hospital Regional Hans Dieter Schmidt, referenciando-o como uma ferramenta na busca para

melhoria da prestação dos serviços, por intermédio da valorização dos servidores.

1.3 Objetivos Específicos

- Apresentar as diferentes modalidades de progressão de carreira no HRHDS;
- Avaliar o conhecimento dos profissionais sobre o plano de carreira e vencimentos;
- Identificar qual o tipo de servidor (nível de escolaridade) que mais se utiliza do plano de carreira;
- Investigar a satisfação dos servidores com o plano de carreira e vencimentos;
- Analisar a percepção dos servidores sobre a contribuição do plano de carreira no desempenho das atividades no HRHDS

2 A UTILIZAÇÃO DE PRÁTICAS DE GESTÃO PROFISSIONAL NA ÁREA DE PESSOAS

2.1 As Transformações no cenário mundial/organizacional

As organizações estão inseridas em um contexto social, político, econômico e cultural e sofrem alterações ao longo do tempo, devido a estas influências. Tais mudanças impactam no ambiente de trabalho e na maneira como as pessoas são tratadas.

Chiavenato (2010) explica as várias fases que o mundo passou até chegar ao contexto atual permeado por significativo lastro informacional. Na era da Industrialização Clássica que se estendeu até meados de 1950, sua principal característica foi a intensificação do fenômeno da industrialização, com estruturas organizacionais burocráticas, caracterizado por um formato centralizador.

Nesse contexto, a cultura organizacional predominante era voltada para o passado e para a conservação das tradições e valores tradicionais. As pessoas eram consideradas recursos de produção, juntamente com outros recursos organizacionais como máquinas, equipamentos e capital, na conjunção típica dos três fatores tradicionais de produção: natureza, capital e trabalho (CHIAVENATO, 2010, p.36).

A era seguinte é a da Industrialização Neoclássica compreendida entre as décadas de 1950 a 1990. Seu início foi após a Segunda Guerra Mundial, quando o mundo começou a mudar mais rapidamente. Neste período as transações passaram de local para regional e nacional para internacional, de forma mais rápida, imprevisível e mais intensa. O velho modelo burocrático e centralizador deu lugar aos novos modelos estruturais para incentivar a inovação, através da abordagem matricial que visava a conjugar a departamentalização funcional com um esquema lateral de estrutura por produtos/serviços a fim

de conquistar maior dinamismo e competitividade (CHIAVENATO, 2010).

Por fim, surge um período de forte caráter informacional, que iniciou na década de 1990 e a qual estamos vivendo hoje. Caracteriza-se pelas mudanças rápidas, imprevistas e inesperadas. A tecnologia trouxe desdobramentos completamente imprevistos; a informação passou a cruzar o planeta em milésimos de segundos; a competitividade tornou-se mais intensa e a tecnologia da informação trouxe a globalização da economia (CHIAVENATO, 2009).

Dentro dessa linha de mudanças nas organizações, Ruthes e Cunha (2008), complementa:

Em um mundo pós-moderno as organizações modernas, as organizações como máquinas – termo usado por Morgan (1996) para representar as organizações burocráticas e tayloristas – perderam espaço. Destacam-se então, as maneiras criativas que franceses, italianos, asiáticos e suecos encontraram para vencer os desafios dessa nova aldeia global, defendendo que tempos pós-modernos exigem organizações pós-modernas. Nessas organizações, os colaboradores seriam controlados de forma menos autoritária, formando grupos e coletividades que se autocontrolariam e o trabalho exigiria múltiplas habilidades dos colaboradores.

Neste contexto, os processos organizacionais tornaram-se mais importantes do que os órgãos (departamentos ou divisões) que constituem as organizações; não comportando mais os órgãos estáveis, mas sim os fundamentados em equipes multidisciplinares de trabalho com atividades voltadas para missões específicas e objetivos definidos. O capital financeiro deixou de ser o recurso mais importante, cedendo lugar ao conhecimento (CHIAVENATO, 2009).

Carbone; Brandão; Leite e Vilhena (2006) consideram que o conhecimento humano não se desgasta ao longo do tempo, mas se renova e se potencializa e que se aplicado no contexto empresarial visando à oferta de soluções para problemas concretos, permite a geração dinâmica de inovações.

Neste momento, deve-se ressaltar o trabalho humano como questão central num contexto em que as pessoas são percebidas como atores críticos dos processos de criação de conhecimento, aqueles agentes ativos que vão dar à empresa a sua identidade própria, na medida em que permitem à organização o estabelecimento de inúmeras combinações de competências (CARBONE; BRANDÃO; LEITE; VILHENA, 2006, p.38).

Entretanto, verifica-se que para grande parcela da sociedade brasileira estas transformações no mundo do trabalho não são reais, não se refletindo em transformações qualitativas. Observa-se, pelo contrário, que a partir da década de 1990 houve um processo de precarização das condições de trabalho para uma parcela significativa dos trabalhadores. E como será verificado nos próximos capítulos, os desafios aos usuários e do sistema público de saúde do país continuam significativos.

2.2 A adequada capacitação dos profissionais

Com todo este contexto de mudanças, surge a necessidade da organização de compreender as características de cada cultura com as quais passou a se relacionar; a diversidade cultural dos profissionais que integram a organização; bem como interagir com o ambiente externo para que possa sobreviver no contexto em que está inserida, para tanto, faz-se necessário delimitar alguns aspectos sobre cultura organizacional; seu conceito e sua importância na identidade da organização.

A cultura organizacional é um dos temas mais recentes, quando falamos de teoria administrativa, solidificando-se na década de oitenta e veio para enfatizar as práticas de uma organização, idéias comuns; formas de pensar; valores e práticas de como se trabalhar. Para se conhecer uma organização é necessário conhecer sua cultura.

Dentre os conceitos encontrados na literatura, destaca-se o proposto por Schein, ao afirmar que:

A cultura organizacional é um conjunto de pressupostos básicos, assimilados por um grupo na medida em que resolveu os seus problemas de adaptação externa e integração interna. Por ter funcionado bem foram considerados válidos e repassados a novos membros como forma correta de perceber, pensar e sentir em relação àqueles problemas. (SHEIN, 2000 *apud* RUTHES; CUNHA, 2008, p.31)

Já Robbins (1996 *apud* GOMES, 2000, p.4) conceitua o termo como “uma percepção comum compartilhada pelos membros da organização; um sistema de significado compartilhado.”

Ao analisarmos essas definições podemos perceber que os pressupostos básicos que constituem a cultura resultam das pessoas que integram a realidade de trabalho. Chiavenato (2009) sugere que fazer parte de uma organização, viver nela, trabalhar e atuar em suas atividades, significa assimilar e participar intimamente de sua cultura organizacional. Descreve ainda, que a forma das pessoas interagirem, as atitudes predominantes e as interações entre os membros constituem o DNA da organização; são normas informais e não escritas que orientam o comportamento dos profissionais em busca dos objetivos organizacionais.

Segundo Ruthes e Cunha (2008) uma organização é formada por um conjunto de crenças e valores, que muitas vezes podem não estar de acordo com a cultura daqueles que dirigem a organização. No mesmo sentido Chiavenato (2010) diz que a cultura organizacional representa as percepções dos dirigentes e colaboradores da organização.

A cultura representa o universo simbólico da organização e proporciona um referencial de padrões de desempenho entre os funcionários, influenciando a pontualidade, produtividade e a preocupação com a qualidade e serviço ao cliente (CHIAVENATO,2010).

Se por um lado a cultura organizacional está ligada à um caráter histórico mais profundo, remetendo às origens da

organização; outro ponto que faz parte da identidade organizacional e que influencia diretamente no desempenho dos trabalhadores é o clima organizacional. Diferentemente da cultura, o clima refere-se à percepção que as pessoas têm da organização em que trabalham, sejam influenciadas por fatores externos ou internos.

O clima organizacional é o ambiente psicológico que existe dentro de uma empresa, percebido pelas pessoas e que influencia em seus comportamentos. Está diretamente ligado, a motivação e dão origem a comportamentos que podem ser benéficos ou desfavoráveis ao desempenho da organização (KNAPIK, 2006).

Coda (1993 *apud* BISPO, 2006, p. 259) afirma que o clima organizacional é o indicador do grau de satisfação dos membros de uma empresa, em relação a diferentes aspectos da cultura ou realidade aparente da organização, tais como: política de RH, modelo de gestão, missão da empresa, processo de comunicação, valorização profissional e identificação com a empresa.

Portanto, infere-se que o clima é desenvolvido a partir das variáveis influenciadas pelos estilos de administração organizacional, que devem proporcionar a participação dos colaboradores nas decisões da empresa e o envolvimento de toda a equipe de trabalho, de modo a comprometer todos os seus colaboradores, trazendo como consequências o desenvolvimento individual e da organização.

Tanto o conhecimento da cultura organizacional e o trabalho com aderência a esta, juntamente com o clima organizacional existente na instituição, irão influenciar na realização de capacitações, quanto a adequada capacitação dos trabalhadores irá influenciar nos tópicos anteriores.

Finamor (2010) pontua que as ações de treinamento e desenvolvimento não podem ser negligenciadas pelas empresas frente a atualização contínua que seus profissionais precisam, além de servir como função de retenção dos talentos e de desenvolvimento da carreira dos empregados.

O treinamento dos profissionais é sem dúvida um grande negócio para as empresas que desejam ser bem sucedidas, pois são as pessoas que fazem as coisas acontecerem na organização. Sendo assim, o treinamento é um meio de

desenvolver competências, tornando as pessoas mais criativas, inovadoras e produtivas. Neste sentido, o treinamento é um modo de agregar valor às pessoas, à organização e aos clientes, além de aumentarem a produtividade.

Milkovich e Boudreau (2013, p. 338) define treinamento como:

[...] um processo sistemático para promover a aquisição de habilidades, regras, conceitos e atitudes que resultem em uma melhoria da adequação entre as características dos empregados e as exigências dos papéis funcionais.

Já o desenvolvimento está relacionado a um conceito mais abrangente, pois refere-se ao crescimento do indivíduo, desvinculado de um trabalho específico; possibilita a aprendizagem sem focar o desempenho de uma determinada atividade.

É um processo de longo prazo para aperfeiçoar as capacidades e motivações dos empregados a fim de torná-los futuros membros valiosos da organização. O desenvolvimento inclui não apenas o treinamento, mas também a carreira e outras experiências (MILCOVICH; BOUDREAU, 2013, p. 338).

Para Chiavenato (2010), o treinamento e o desenvolvimento atuam como um facilitador na assimilação das informações, aprendizado, desenvolvimento de habilidades, atitudes, comportamentos e conceitos abstratos.

Ainda segundo Chiavenato (2010) a maior parte dos treinamentos estão concentrados em transmitir informações sobre a organização; suas políticas e diretrizes; regras e procedimentos; missão e visão. Outros programas visam desenvolver habilidades para exercer suas funções em seus cargos e outros ainda, permitem o desenvolvimento de atitudes reativas e conservadoras em atitudes proativas e inovadoras, melhorando assim o espírito de equipe.

Há uma crescente evidência de que os investimentos em treinamento estão ligados a um aumento da lucratividade a longo

prazo, e que quando as empresas promovem treinamentos associados a programas de trabalho em equipe e círculos de qualidade; alcançam uma maior produtividade se estes programas estiverem em sintonia com a educação do trabalhador (MILKOVICH; BOUDREAU, 2013). O aumento da produtividade em seus cargos, faz com que eles alcancem um determinado grau de eficiência no desempenho de suas tarefas, ocasionando o desenvolvimento do colaborador e conseqüentemente da organização. Proporciona também, motivação e qualidade de vida, além de tornar o ambiente de trabalho mais agradável, harmonioso, transparente, ético e equilibrado, contribuindo para um bom clima organizacional.

Além da preocupação com informação e habilidades, o treinamento vem se transformando numa forma de desenvolver as competências desejadas pela organização, baseadas num prévio mapeamento das competências essenciais ao sucesso da organização. Para isso é necessário seguir algumas etapas, conforme descreve Chiavenato (2010). Primeiramente é realizado um diagnóstico, que trata-se do levantamento das carências a serem atendidas, podendo ser referentes ao passado, presente ou futuro. Após, vem o desenho, que é a elaboração do programa de treinamento para atender as necessidades que foram diagnosticadas, para assim passar para a etapa de implementação, ou seja, a execução do programa de treinamento. Por último, a etapa de avaliação, que é a verificação dos resultados obtidos com o treinamento.

Percebe-se que este deve ser um processo contínuo para alcançar o bom desempenho da organização e que vai muito além de simplesmente repassar informações ou realizar cursos. Deve ser uma estratégia para a organização atingir seus objetivos, através do desenvolvimento contínuo de seus colaboradores.

No contexto da saúde, as ações de capacitação dos trabalhadores ainda possuem muitos entraves que precisam ser superados para a implementação da educação permanente em saúde. Muitas vezes os cursos e treinamentos ocorrem de forma desarticulada do contexto dos serviços e quase sempre não correspondem às necessidades dos gestores e trabalhadores. É necessário que as propostas de capacitação sejam contextualizadas na realidade do trabalho em saúde e

contempladas numa política de valorização ao trabalhador, podendo agir como fonte transformadora das ações em serviços de saúde (SILVA; OGATA e MACHADO, 2007).

Os trabalhadores dos serviços de saúde tem dificuldades em aderir a programas de capacitação devido a falta de organização destes cursos. Conforme mostra Silva, Ogata e Machado (2007) em sua pesquisa sobre a capacitação dos trabalhadores da atenção básica; dentre os fatores que dificultam a adesão às capacitações incluem: falta de estímulo financeiro, falta de um plano de cargos e salários, a longa duração, dias “inadequados”, necessidade de custear o transporte, a ocorrência de cursos fora do horário de expediente e a deficiente infraestrutura, que envolve a falta de organização e as condições do local da capacitação. Esses fatores desestimulam os trabalhadores, pois sentem-se desmotivados a participar de capacitações por não receberem incentivos e o reconhecimento dos serviços.

O estudo ainda aborda, que a questão metodológica envolvida pode ser decisiva no que se refere aos resultados dos cursos assim, relata que os colaboradores sugerem que os temas são exaustivos e improdutivos necessitando de maior dinamicidade. Além disso, afirmam que geralmente ocorre um distanciamento da temática com o que ocorre na sua realidade prática, devido o desenvolvimento de temas repetidos que não visam atender as suas reais necessidades. Esse processo aumentou a frustração dos profissionais que, ao retornarem aos seus serviços não conseguem “aplicar” o que “aprenderam” ou constatarem que o que “aprenderam” não lhes fornece elementos suficientes para enfrentar as problemáticas da realidade concreta (SILVA; COSTA E MACHADO, 2007).

Contrapondo, surge outro fator que levam os trabalhadores à participarem das capacitações que é a obrigatoriedade. Na atualidade a estagnação profissional não é permitida, afinal estamos vivendo uma dinamicidade das informações, as quais o trabalhador deve acompanhar. Por isso, cada vez mais a sociedade busca profissionais comprometidos e dispostos a investir em seu crescimento. A partir do momento que se obriga a participar das capacitações, aponta-se para a falta de disposição em contribuir para a melhoria do serviço. Tal postura revela a falta de compromisso profissional, a passividade e a

ausência de dedicação que pode comprometer a qualidade do trabalho. Todavia, verifica-se que esta falta de pró-atividade é decorrente também da falta de condições adequadas no contexto do trabalho, desorganização dos sistemas produtivos, clima organizacional não adequado, remunerações deficientes, dentre outras aspectos que contribuem para um quadro que reforça um ciclo vicioso (SILVA; OGATA; MACHADO, 2007).

Percebe-se então o enorme desafio em promover uma educação permanente de qualidade em saúde, que desperte o interesse através de abordagens dinâmicas e incentivos, também deve ir de encontro ao dia-a-dia vivenciado pelos profissionais, com abordagens que irão agregar no trabalho. No âmbito do SUS o Plano de Carreira, Cargos e Salários (PCCS) tem por objetivo atender as necessidades dos trabalhadores e dos gestores para o desenvolvimento de uma carreira na saúde possibilitada pela valorização profissional.

Assim sendo, a educação permanente em saúde deve compor uma estratégia fundamental de reconhecimento do trabalhador, juntamente com o intento da transformação do trabalho em saúde, para que se torne um espaço de atuação crítica, reflexiva, compromissada e tecnicamente competente, contribuindo no desenvolvimento humano e na qualidade dos serviços.

2.3 A adequada remuneração dos profissionais

As organizações são criadas por pessoas que; assim como as empresas possuem objetivos geralmente delineados e específicos. Empresa e homem precisam estar em sintonia para alcançar frutos e crescimento tanto para a empresa, aumentando seus lucros e oportunidades de negócios, quanto para o homem, trazendo satisfação profissional, aumento do poder aquisitivo, oportunidades de enfrentar desafios e de obter desenvolvimento profissional (KNAPIK, 2006).

Kuazaqui e Tanaka (2008), afirmam que:

Toda organização necessita de missão, visão e valores bem definidos para adequar seu foco ao segmento escolhido. Os objetivos derivados da

missão devem estar equiparados aos objetivos e metas dos talentos e colaboradores da empresa. Assim, a complementação das motivações trará à empresa a sinergia necessária para melhor atender ao mercado pretendido. O momento de vida dos talentos e colaboradores organizacionais deverá estar em sintonia com as necessidades da evolução organizacional da empresa.

A visão que a empresa tem de seu funcionário, passou por uma série de mudanças no passar do tempo.

Chiavenato (1999) afirma que com o passar dos anos, as organizações perceberam que só conseguiriam atingir seus objetivos e suas missões, se seus colaboradores também atingissem seus objetivos pessoais.

A motivação está relacionada diretamente com o “alcançar os objetivos”.

De acordo com Chiavenato (1994) a motivação está relacionada ao esforço que as pessoas exercem na busca por fazer algo ou alcançar algo.

Complementando Lacombe (2004) define motivação como aquilo que faz uma pessoa se comportar ou agir de determinada maneira, ou ainda se esforçar para conseguir determinados resultados.

O trabalhador motivado desenvolve seu trabalho com mais qualidade. Os fatores que determinam a motivação das pessoas dependem da eficiência das instituições, da motivação que rege seus colaboradores, no processo de gestão de pessoas, alinhando os desempenhos individuais aos objetivos organizacionais. Chiavenato (1994) ressalta que a motivação é uma função da chefia, apesar de habitar o interior dos indivíduos, pode ser significativo influenciado pelo próprio trabalho em si.

Hampton (1992) também enfatiza que para se conseguir a motivação é fundamental conhecer as condições sob as quais as pessoas podem ser motivadas, para agirem de forma eficiente no desempenho de suas atividades.

Vários conceitos sobre motivação foram criados após a década de 50, pois foi nessa época onde o desenvolvimento deste tema teve destaque.

Desta forma podemos destacar algumas teorias clássicas e contemporâneas de motivação, que também podem ser

classificados em subgrupos, titulados de teorias de conteúdo, processo e reforço:

Teorias de Motivação	Descrição
Teoria da hierarquia das necessidades, de Maslow. (conteúdo)	Os indivíduos se comportam no sentido de suprir as suas necessidades mais imediatas, que são priorizadas na seguinte escala: <ul style="list-style-type: none"> • Necessidades fisiológicas/segurança/sociais/estima/auto realização.
Teoria ERC, de Alderfer. (conteúdo)	Uma necessidade de nível mais baixo já satisfeita pode-se tornar ativada, quando uma necessidade de nível mais alto não pode ser satisfeita.
Teoria dos dois fatores, de Herzberg. (conteúdo)	Compensações, condições razoáveis de trabalho e políticas não necessariamente asseguram satisfação no trabalho, mas podem evitar a insatisfação.
Teoria da realização (necessidades adquiridas), de McClelland. (conteúdo)	As necessidades de motivação são desenvolvidas por meio da experiência de vida, isso exige que os administradores aprendam a identifica-las e criem ambientes de trabalho que se enquadrem aos perfis das necessidades.
Teoria da expectativa, de Vroom. (processo)	Funcionários são motivados se as recompensas potenciais pelo alto desempenho são desejáveis e alcançáveis.
Teoria da equidade, de Stacy Adams. (processo)	Funcionários são motivados se estão sendo compensados de acordo com suas contribuições percebidas à organização.
Teoria do reforço, Skinner. (reforço)	Bons comportamentos devem ser positivamente reforçados e comportamentos

	pobres devem ser negativamente reforçados para a motivação futura dos funcionários.
--	---

Quadro 01 – Teorias de Motivação. Fonte: Adaptado de Silva (2005).

Costa (2008) diz que o funcionamento biológico do organismo como beber, comer, evitar a dor, respirar e reproduzir-se, não é o bastante para satisfação, por isso temos os de natureza motivacional que seriam os comportamentos resultantes de necessidade, desejos, propósitos, interesses, afeições, medos, amores e uma série de funções correlatadas.

Observando a teoria da hierarquia das necessidades de Maslow, podemos ressaltar que as pessoas são motivadas por cinco tipos distintos de necessidades fisiológicas, de segurança, afetivo – social, auto estima e auto realização, conforme pode se visualizado na figura 01, abaixo:

Figura 1 – Pirâmide da hierarquia das necessidades



Fonte: Menshhein (2007)

Segundo Hampton (1992) As necessidades mais básicas da pirâmide apresentam forte poder motivacional para uma pessoa. Porém quando essas necessidades são satisfeitas, o poder de motivação se acaba. Quando uma necessidade é suprida, sempre surgirá outra. Por este motivo percebe-se que as pessoas nunca estão satisfeitas. O autor também complementa que o nível superior da pirâmide só se tornará uma fonte de motivação, quando o nível inferior for satisfeito.

A teoria de Herzberg indica que os fatores motivadores devem ser promovidos pelas chefias para manter a equipe motivada. A capacidade de manter esses fatores depende da satisfação no trabalho e do envolvimento do funcionário (GIL, 2001).

Portanto, o grande desafio das instituições hoje é realizar um planejamento para tratar o seu funcionário como um membro parceiro, motivado e responsável pelo desempenho da organização. Em virtude disso, surge outro fator de grande importância motivacional, a remuneração.

No mundo dos negócios em que os desafios são muitos, quando as recompensas são motivadoras, os resultados aparecem rápidos, pois tem a conotação de reconhecimento pelos esforços e serviços prestados à instituição. A medida que os resultados vão aparecendo, maior será o engajamento na produção destes resultados, por isso a importância de projetar sistemas de recompensas que visam aumentar o comprometimento das pessoas com a organização.

Como parceiro da organização, o profissional tem interesse em investir com trabalho e dedicação, desde que este seja retribuído de forma justa e adequada. Daí decorre o conceito de remuneração, que é mais abrangente e diz respeito a todos os benefícios que a empresa proporciona,

[...] corresponde ao pacote que envolve recompensas aos funcionários em troca de seus esforços e da sua dedicação à empresa e deve ter o objetivo de motivar e comprometer as pessoas com a organização. (KNAPIK, 2006, p.188)

Chiavenato (2010), complementa com o conceito de remuneração total, constituído de três componentes principais, como: remuneração básica, composta do salário mensal recebido pelo funcionário; os incentivos salariais, através de programas desenvolvidos para recompensar o bom desempenho, bônus ou prêmios e por fim os benefícios, que incluem seguro de vida, seguro saúde, refeições, transporte, dentre outros.

É necessário que as organizações criem sistemas de remuneração eficazes para reter e motivar seus colaboradores,

contribuindo para o interesse deste em ficar na instituição, com isso, a empresa ganha em comprometimento e qualidade dos serviços prestados.

O salário é um fator que contribui perfeitamente para a motivação do trabalhador, pois é uma demonstração objetiva do quanto a empresa valoriza o seu colaborador e é fator primordial para atender as necessidades básicas, como: alimentação, moradia, vestuário, dentre outros.

Nestes termos, Chiavenato (2010) explica a existência de dois tipos de recompensas: as recompensas financeiras e as não-financeiras. As recompensas financeiras podem ser ainda subdivididas em diretas ou indiretas.

- Recompensas financeiras diretas: salário direto, prêmios, comissões
- Recompensas financeiras indiretas: DSR, férias, décimo terceiro, horas extras, adicionais

Já as recompensas não financeiras relacionam-se com as oportunidades de desenvolvimento, reconhecimento e auto-estima, segurança no emprego, qualidade de vida no trabalho, promoções, liberdade e autonomia. Essas recompensas não financeiras afetam diretamente a satisfação das pessoas com o sistema de remuneração oferecido pela empresa, portanto há a necessidade de pensar “recompensas” como um todo na organização.

Deste modo, a gestão dos processos de remuneração é complexa e delicada e quando associada a um plano de carreira, pode vir a ser um fator de motivação para crescimento profissional, por outro lado se não for bem administrado causará a insatisfação e no lugar de direcionar o comportamento dos empregados para os propósitos da organização, irá gerar sentimentos de injustiça e, conseqüentemente prejudicará a produtividade.

Estudos correlatos na área da satisfação no trabalho em serviços de saúde identificaram que os fatores de maior insatisfação entre os profissionais são o nível salarial, a qualidade da supervisão recebida, o relacionamento com a equipe de trabalho e as condições de trabalho. Outro ponto muito abordado é a possibilidade de ascensão no trabalho, reforçando a importância de um plano de carreira (SUEHIRO, 2008).

Na pesquisa realizada em uma instituição de saúde, Suehiro apresenta os tópicos de menor pontuação relacionados a satisfação profissional, os quais foram a satisfação com o salário e satisfação com as promoções. Esses resultados indicam que as questões relacionadas ao ganho financeiro e à perspectiva de crescimento dentro da unidade de saúde focalizada são as que despertam insatisfações nos profissionais pesquisados, corroborando os resultados obtidos nos estudos citados anteriormente.

Percebe-se ainda outro desafio na área da saúde, que é a precarização das relações de trabalho, o que torna mais difícil manter um quadro funcional estável, motivado e comprometido com as questões de trabalho em saúde.

Verifica-se a necessidade de avanços nas políticas de RH para a desprecarização do processo de trabalho, valorização profissional regulamentação um plano de carreira, cargos e salários, implantação de estratégias de educação permanente para possibilitar a ascensão profissional e maior motivação, respeitando-se as necessidades dos serviços e a satisfação dos trabalhadores, além de mecanismos de compensação salarial.

3 DIRETRIZES DO PLANO DE CARREIRA, CARGOS E SALÁRIOS (PCCS) NO SUS

3.1 A Criação das Diretrizes do Plano de Carreira, Cargos e Salários (PCCS) no SUS

Conforme o relatório final da 8ª Conferência Nacional de Saúde, local em que se reuniram mais de quatro mil pessoas entre os dias 17 a 21 de março de 1986 em Brasília-DF, na plenária final da conferência foi aprovada e constituída a Comissão Nacional da Reforma Sanitária (CNRS). Durante três dias foram discutidos temas diversos, tais como: Saúde; Direito; Reformulação do Sistema Nacional de Saúde e Financiamento do SUS. A partir das discussões foi gerado o documento para aprovação em plenária. Este documento foi editado duas vezes sem perder seu foco precípua, sendo também utilizado para enriquecimento do documento os relatórios específicos da Conferência. A Reforma Sanitária iniciou-se com os princípios enunciados a partir desse documento, exigindo uma reorientação das políticas de recursos humanos¹ (CNRS,1987).

No segundo tema que foi discutido, que é a Reformulação do Sistema Nacional de Saúde, constam os primeiros princípios relacionados com a política de recursos humanos:¹

3 – O novo Sistema Nacional de Saúde deverá reger-se pelos seguintes princípios:

....c) Relacionados com a política de recursos humanos.

¹ O movimento da Reforma Sanitária nasceu no contexto da luta contra a ditadura, no início da década de 1970. A expressão foi usada para se referir ao conjunto de ideias que se tinha em relação às mudanças e transformações necessárias na área da saúde. Essas mudanças não abarcavam apenas o sistema, mas todo o setor saúde, em busca da melhoria das condições de vida da população. Grupos de médicos e outros profissionais preocupados com a saúde pública desenvolveram teses e integraram discussões políticas. Este processo teve como marco institucional a 8ª Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1986. Entre os políticos que se dedicaram a esta luta está o sanitarista Sergio Arouca. (FIOCRUZ)

-remuneração condigna e isonomia salarial entre as mesmas categorias profissionais nos níveis federal, estadual e municipal, e estabelecimento urgente e imediato de plano de cargos e salários; (grifo nosso)

- capacitação e reciclagem permanentes;
- admissão através de concurso público;
- estabilidade no emprego;
- composição multiprofissional das equipes, considerando as necessidades da demanda de atendimento de cada região e em consonância com os critérios estabelecidos pelos padrões mínimos de cobertura assistencial;
- compromissos dos servidores com os usuários;
- cumprimento da carga horária contratual e incentivo à dedicação exclusiva;
- direito à greve e sindicalização dos profissionais de saúde;
- formação dos profissionais de saúde integrada ao Sistema de Saúde, regionalizado e hierarquizado;
- inclusão, no currículo de ensino em saúde, do conhecimento das práticas alternativas;
- incorporação dos agentes populares de saúde, como pessoal remunerado, sob a coordenação do nível local do Sistema Único de Saúde, para trabalhar em educação para a saúde e cuidados primários (CNRS,1987,pg. 11-12).

A partir desses princípios foram criados os incisos II e III do Art.27 da Lei Federal nº 8080, de 19 de setembro de 1990, que instituiria a partir desta data o plano de cargos e salários em cada esfera do governo para os servidores do SUS, bem como a fixação de pisos nacionais de salários para cada categoria. Porém, os dois incisos foram vetados pelo então presidente Fernando Collor de Mello (BRASIL,1990 a).

Ao vetar o inciso II do artigo 27, a Câmara dos Deputados alegou que no Congresso Nacional já tramitava um projeto de lei instituindo o Sistema de Carreira do Serviço Civil da União, levando em conta a complexidade, especialização e qualificação profissional exigida para cada profissão. Sendo que havia a necessidade de tratamento sistêmico e sob comando único, pois se focassem por setores a tendência seria de exagerada

valorização da própria área em detrimento do conjunto. O objetivo era justamente procurar estabelecer o equilíbrio entre as diferentes carreiras no Serviço Público, pois a busca sempre foi pela uniformidade do Sistema de Pessoal do Serviço e a uniformidade dos diferentes cargos e carreiras existentes na Administração Pública. Conseguido isso, ter-se-ia, como consequência lógica, a tão decantada isonomia de salários entre os servidores públicos de maneira geral, como preconiza a Constituição (Câmara dos Deputados,1990).

Para vetar o inciso III do artigo 27, foram consideradas as mesmas razões do veto anterior, arguindo-se que para organizar qualquer sistema de carreiras, há a necessidade de fixar o limite de cada carreira, que geralmente é remunerado com o salário considerado "piso" para a especialidade. Apartando-se do sistema geral somente um grupo de atividades, argumentou-se que se estaria "introduzindo um sistema dentro do outro" criando sob o aspecto salarial um problema incontornável. Além disso, o dispositivo foi considerado inconstitucional, pois fere o §1º do Art. 39 da Constituição, que assegura isonomia de vencimentos, para cargos de atribuições iguais, entre servidores do mesmo Poder e, até, entre aqueles lotados no Executivo, Legislativo e Judiciário (Câmara dos Deputados,1990).

Não havendo contentamento referente à falta de representatividade da sociedade na continuidade de construção do Plano de Cargos e Salários do SUS, é aprovado no mesmo ano a lei Nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990. Nesta lei são criadas duas instâncias colegiadas: Conferência de Saúde e o Conselho de Saúde. E o Plano de Carreira, Cargos e Salários torna-se então um dos fatores condicionantes para o repasse de verbas aos Municípios, Estados e o Distrito Federal (BRASIL,1990 b).

Com o objetivo de formular políticas orientadoras da gestão, formação, qualificação e regulação dos trabalhadores da saúde no Brasil somente no ano de 2003 foi criada a Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde (SGTES). A Secretaria destaca que a necessidade de Plano de Cargos e Carreira da Saúde (PCCS) foi aprovada em todas as Conferências Nacionais de Saúde, mas, até o ano de 2002, o Governo Federal não havia assumido a atribuição de discutir e elaborar suas diretrizes (SGTES, 2006).

No ano de 2003 (BRASIL,2013), o Conselho Nacional de Saúde confirma a reinstalação da Mesa Nacional de Negociação Permanente do SUS (MNNP-SUS) na Resolução Nº 331, de 04 de novembro de 2003. A partir desta resolução são criados grupos com representantes dos empregadores públicos, setor privado e entidades sindicais da saúde, para estabelecer negociação dos seguintes temas:

- a) Plano de Cargos e Carreira da Saúde-PCCS (Carreira/SUS);
- b) Formação e Qualificação Profissional;
- c) Jornada de Trabalho no SUS;
- d) Saúde do Trabalhador da Saúde;
- e) Critérios para Liberação de dirigentes para exercer mandato sindical;
- f) Seguridade de Servidores;
- g) Precarização do trabalho, formas de contratação e ingresso no Setor Público;
- h) Instalação de Mesas Estaduais e Municipais de Negociação;
- i) Reposição da força de trabalho no SUS; e
- j) Outros temas sugeridos.

Com base em várias considerações, no ano de 2004, o então Ministro da Saúde Humberto Costa, cria a Comissão Especial para elaborar as diretrizes do Plano de Carreira, Cargos e Salários do âmbito do SUS através da Portaria Nº 626/GM em 08 de abril de 2004.

Finalmente no ano de 2006 foram aprovadas as Diretrizes do Plano de Cargos e Carreira da Saúde - SUS na Comissão Intergestores Tripartite e referendado pelo Conselho Nacional de Saúde, propostas para orientar a elaboração de planos de carreiras com estruturas e formas de desenvolvimento semelhantes, garantindo a valorização dos trabalhadores através da equidade e oportunidades de desenvolvimento profissional em carreiras que associem a evolução funcional a um sistema permanente de qualificação, como forma de melhorar a qualidade da prestação dos serviços de saúde (CONASS, 2013).

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 (SGTES,2006).

A seguir são descritos os dez princípios que norteiam as Diretrizes da NOB-RH-SUS:

- a) Universalidade, os planos de todos os órgãos e instituições públicas do SUS deverão abarcar todos os trabalhadores;
- b) Equivalência, os cargos terão correspondência entre os planos de carreira dos entes federados;
- c) Concurso público, o acesso à carreira estará condicionado à aprovação em concurso público;
- d) Mobilidade assegura o trânsito do trabalhador do SUS, sem perda de seus direitos e progressão na carreira;
- e) Flexibilidade, garantia permanente da adequação dos planos às necessidades e à dinâmica do SUS;
- f) Gestão partilhada, que estabelece a participação dos trabalhadores na formulação e gestão do plano de carreira;
- g) Carreira como instrumento de gestão;
- h) Educação permanente;
- i) Avaliação de desempenho, processo focado em critérios técnicos, a serem definidos com o aprofundamento da discussão;
- j) Compromisso solidário.

Pelo transcurso de discussões e alterações normativas, apresentam-se no quadro abaixo as várias iniciativas que buscaram a abordagem e o equacionamento desta questão ao longo dos anos.

Portaria GM/MS Nº830/90	Criou a Assessoria Técnica da Comissão Especial para o PCCS no Sistema Único de Saúde–SUS, com o objetivo de auxiliar os Estados, o Distrito Federal e os Municípios na elaboração de Planos de Carreira, Cargos e Salários-PCCS
Resolução do Conselho Nacional de Saúde (CNS)/1991	Aprovou o documento “Orientações Gerais para Planos de Carreira, Cargos e Salários”, para os Estados, Municípios e o Distrito Federal.

NOB/RH-SUS, 1998	Define algumas normas gerais para a implantação de planos de carreiras.
Resolução do CNS, 2003	Reinstala Mesa Nacional de Negociação Permanente do SUS que define um Grupo de Trabalho de Plano de Carreiras.
Portaria GM/MS Nº. 626/04	Cria Comissão Especial com o objetivo de elaborar as Diretrizes do Plano de Carreiras, Cargos e Salários do âmbito do SUS – PCCS-SUS
Portaria GM/MS Nº. 399/06 (PACTO DE GESTÃO)	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.

Quadro nº 2: Síntese de principais discussões e legislações relacionadas a planos de cargos e salários no âmbito do SUS. Fonte: CONASS/Progestores/Nota técnica/29-2013

3.2 Planos de Carreira, Cargos e Salários (PCCS) no SUS e seus desafios atuais

No ano de 2012, o total de vinte e três Estados informou possuir Plano de Cargos e Carreira da Saúde - PCCS, representando 85,2% do total. E apenas 4 Estados, ou seja 14,8% não dispunham de Plano de Cargos e Carreira da Saúde. Quanto à abrangência, 73,9% dos PCCS em 2012, eram específicos da saúde e 17,4% faziam parte do conjunto da administração. Em relação às categorias profissionais abrangidas pelos PCCS, 73,9% responderam que o PCCS contemplava

todas as categorias. Na visão dos Secretários, o PCCS deve incorporar incentivos variáveis de Estado para Estado, como, por exemplo, incentivo à interiorização, à municipalização, ao trabalho na ponta do sistema, e que não devem ser incorporados ao salário. Os Secretários na época não concordaram com um PCCS nacional, mas, sim, com diretrizes nacionais para a construção dos PCCS's e foi consenso também a necessidade de estudos para definir as carreiras de saúde como típicas do estado e, dentro do setor saúde, quais seriam essas carreiras e aquelas que poderiam ser consideradas como emprego público (CONASS, NT29, 2013).

O Sr. Wilson Duarte Alecrim, presidente do Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS) em entrevista concedida para a revista do Conselho Nacional de Secretários da Saúde (CONSESUS), afirma que boa parte dos estados e a grande maioria dos municípios não têm sequer Plano de Cargos, Carreiras e Remuneração (PCCR). E mesmo que alguns estados tenham plano estabelecido, ainda assim estão longe de contemplar o que é a necessidade dos profissionais da área de saúde. E mesmo naqueles em que existe um plano e nos outros em que não há, existe um viés extremamente preocupante que corresponde a uma parte chamada de “regime precário” que representa um número significativo de trabalhadores do SUS que não faz parte do quadro integrante de cada Secretaria Estadual de Saúde ou Secretaria Municipal de Saúde (CONSESUS, 2014).

A estruturação de um modelo Gestão de pessoas compatível com o modelo de gestão adotado pelo estado é um dos desafios atuais na gestão do trabalho em saúde. Com base nesse foco é que o Plano de Carreiras, Cargos e Salários (PCCS) sempre foi apoiado pelos trabalhadores, em conferências nacionais e outros fóruns específicos sobre a temática recursos humanos. O principal problema identificado é a ausência de um PCCS, associada à indefinição de uma política para o campo e à ausência de ações de planejamento e programação, que levam a uma situação de remuneração insuficiente, diversidade de contratos e precarização das relações de trabalho. Um modelo de gestão integrada prevê um processo de gestão e desenvolvimento institucional voltado para resultados institucionais, organizacionais e individuais e, portanto, que abriguem a possibilidade de se institucionalizar

mecanismos de remuneração variável, gratificações por desempenho, localização e qualificação. 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 (CONSESUS, 2014).

Afirmado que mesmo apesar de todo o esforço realizado para qualificar os chamados recursos humanos nas últimas duas décadas, o autor Paim (2013), comenta que ainda é mínimo o avanço que se deu na gestão do trabalho, especialmente na implantação de carreiras para o pessoal do SUS, justificando que deve-se primeiramente equacionar a questão das pessoas que nele trabalham e nele se realizam como sujeitos, pois não haverá milagres na gestão, na gerência e na prestação de serviços.

O Sr. Wilson Duarte Alecrim, destaca que mesmo após duas décadas da criação do SUS ainda não há definições dentro do sistema sobre políticas de Rh; sendo que de todos os pilares de sustentabilidade do SUS o de menor desenvolvimento e de menor discussão é o de Recursos Humanos (RH). Não existe uma política definida, cada estado, cada município e a União criam o seu próprio modelo. Ressalta ainda que deve haver no mínimo uma dezena de projetos em tramitação na Câmara Federal que trata de RH no SUS. Alguns indicam uma ou outra determinada profissão: enfermeiros, médicos, psicólogos e da área de nível médio (técnicos), e outros tentam tratar globalmente disso. Se conseguirmos equacionar e resolver o problema do financiamento e o problema da gestão, teremos de fazer o mesmo com a área de RH. O problema que tínhamos até uma década atrás era de uma grande deficiência de profissionais, mas houve uma proliferação de cursos no país inteiro, tanto de nível médio como superior, e hoje na maioria das categorias profissionais nós temos profissionais à disposição para trabalhar, exceto os profissionais médicos que, embora as entidades médicas trabalhem com a ideia de que existem médicos em quantidade suficiente no país, quem é gestor de

saúde sabe que eles não existem em quantidade suficiente, principalmente médicos especialistas (CONSESUS, 2014).

3.3 Carreira Especial no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS)

Grandes são as deficiências no âmbito de Recursos Humanos no SUS e um dos maiores desafios é ofertar e fixar profissionais em todos os municípios do Brasil; mas grandes também estão sendo os esforços para sanar a falta de profissionais no território nacional. Medidas emergenciais estão sendo tomadas para que possa ser desobstruído o processo como um todo. Uma das medidas para suprir a falta de profissionais médicos foi a criação do programa “Mais Médicos” em 2013 que tem como finalidade formar recursos humanos na área médica para o Sistema único de Saúde (SUS). Conforme a lei, os objetivos são: a) Diminuir a carência de médicos nas regiões prioritárias para o SUS, a fim de reduzir as desigualdades regionais na área da saúde; b) Fortalecer a prestação de serviços de atenção básica em saúde no país; c) Aprimorar a formação médica no país e proporcionar mais experiência no campo de prática médica durante o processo de formação (BRASIL. 2013).

Outra medida importante foi a reordenação das ofertas de cursos de Medicina e de vagas para a assistência médica, priorizando regiões de saúde com menor relação de vagas e médicos por habitante e com estrutura de serviços de saúde em condições de ofertar campo de prática suficiente e de qualidade para os alunos. No dia 4 de setembro de 2014, foi publicado no Blog da Saúde pelo MEC, a atuação do Ministério da Saúde na criação de 39 novos cursos de Medicina no país. A iniciativa é parte da estratégia do Programa “Mais Médicos” com vistas à expansão desta formação no país. As vagas estão concentradas em cidades de 11 estados, com 70 mil habitantes ou mais e que não tinham curso superior para graduação de médicos. Serão abertas, até 2018, 11,5 mil vagas de graduação e 12,4 mil vagas de residência médica em áreas prioritárias (ESTADÃO,2014).

O presidente do Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS), Antônio Carlos Nardi, aponta como necessidade relevante a consolidação do programa como política de estado e não de governo. Abrir curso sem a sua relação com uma política mais abrangente não irá resolver o problema. Devem-se abrir cursos com qualidade, com condição de plena docência e qualificação desses profissionais e, além de formar médicos, formar especialistas, porque senão continuaremos com o grande gargalo de estrangulamento na atenção que é a Média e Alta Complexidade. E a Média e Alta Complexidade não é exclusivamente o último grande desafio ou talvez o primeiro que é o financiamento. Reforça ainda a necessidade de aprovação do Projeto de Lei de Iniciativa Popular (PEC 321/2013) que prevê mais recurso para o SUS (CONSESUS, edição 13, 2014).

Wilson Duarte Alecrim evidencia também que um dos grandes desafios é a falta de médicos, pois a melhora se deu exclusivamente na Atenção Primária à Saúde – APS. Situação que gestores estaduais também continuam reclamando, pois a falta de força de trabalho é a grande dificuldade para colocar em funcionamento os ambulatórios especializados e as unidades hospitalares, incluindo as de urgência como Unidades de Pronto Atendimento (UPAs), da MAC e os Prontos-Socorros (CONSESUS,2014).

De fato, a falta de médicos continua sendo evidenciada como a grande dificuldade da atualidade, tanto que no dia 26 de março de 2015 foi apresentada a agenda prioritária para este ano, na qual o ministro da saúde, Athur Chioro, apontou como um dos 11 temas da lista para 15ª Conferência Nacional de Saúde de 2015, novamente o Programa Mais Médicos (CONSESUS, edição 13, 2014).

A falta de especialistas em reumatologia, neonatologia, intensivista e outros, é apontada também pelo Sr. Antônio Carlos Nardi, presidente do Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (Conasems). Não adianta questionar sobre déficit de UTI's no Brasil se não há médicos intensivistas para comandar essas unidades; pois seria criado um elefante branco que em seguida estaria nas manchetes de jornais notificando sobre aparelhos abandonados e obra largada porque não tem ninguém que os opere. De nada adianta construir e equipar se

não há mão de obra apta para manejar o aparelho (CONSESUS, 2014).

O maior desafio é ofertar e fixar profissionais em todos os municípios do Brasil, tirando-os das capitais e regiões metropolitanas que são os atrativos para eles. Para solucionar essa situação, é preciso falar de carreira no SUS não como carreira federal; mas falar em Planos de Cargos, Carreiras e Salários dignos e com condições de trabalho, de remuneração para esses profissionais. Há também a questão do serviço civil obrigatório para os cursos da área de saúde, não restringindo somente os cursos de medicina. O profissional recém-formado em universidades públicas federais ou estaduais não tem que atuar de graça, mas sim atuar no SUS recebendo o salário que os profissionais do sistema ganham, atuando em tempo mínimo para que seja possível equilibrar a necessidade do serviço, acabando com os vazios assistenciais (CONSESUS, 2014)

3.4 Políticas Nacionais de Educação Permanente do SUS – Força Trabalho

O Ministério da Saúde promove diversas ações na área de capacitação, qualificação e educação permanente de profissionais. Desde 2004, apresenta uma política específica de financiamento e apoio a elaboração de planos de educação permanente nos estados e municípios, numa perspectiva de garantir que os processos formativos sejam baseados nas necessidades percebidas cotidianamente pelos próprios trabalhadores. Além destas ações junto aos estados e municípios, desenvolve uma série de parcerias com instituições de ensino e sociedades científicas. A Universidade Aberta do SUS (UNA-SUS) oferece cursos gratuitos para os profissionais de saúde da rede pública. A rede de ensino é composta por 36 instituições de nível superior, e, desde 2011, recebeu cerca de 130 mil matrículas nos cursos diversos da área de saúde que oferece. Médicos, enfermeiros, dentistas, agentes comunitários de saúde, gestores, entre outros trabalhadores do SUS, são certificados em diversos níveis de capacitação (CONSESUS,2014).

São oferecidos pela UNA-SUS os cursos de especialização em Atenção Básica que integram os programas Mais Médicos e Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica (Provab), ambos com o objetivo levar médicos para o interior e para as periferias. Com isso, os médicos vão se qualificando à medida que prestam o atendimento nas unidades de saúde. Em parceria com a Fundação Oswaldo Cruz, o Ministério da Saúde desenvolve vários outros processos formativos voltados para áreas prioritárias, gerando oportunidade adicional de formação para mais de 140 mil trabalhadores só em 2014. Também estão sendo expandidas, com o Programa Mais Médicos, as vagas e os cursos de medicina, de modo a garantir mais profissionais para atuarem no Sistema Único de Saúde (SUS). Serão abertas, até 2018, 11,5 mil vagas de graduação e 12,4 mil vagas de residência médica em áreas prioritárias. Conforme já comentado anteriormente, recentemente o Ministério da Educação autorizou a implantação de 39 novos cursos de medicina em cidades fora do eixo das grandes capitais, de modo a interiorizar a formação médica, estimulando a fixação desses profissionais em locais com escassez história de médicos (CONSESUS,2014).

Em 2010, o Ministério da Saúde ofertou 785 bolsas de residência médica. Em 2014, esse número chegou a 5.125 bolsas. Também houve ampliação na oferta de bolsas de residências multiprofissionais e em área profissional da saúde, saltando de 499 bolsas (2010) para 2.875 (2014). Além disso, houve em 2014 a abertura de dois editais que preveem o financiamento de bolsas de residência para o Programa Nacional de Apoio à Formação de Médicos Especialistas em Áreas Estratégicas (Pró-Residência, Edital n. 31 de 24 de julho de 2014) – e para o Programa Nacional de Bolsas para Residências Multiprofissionais e em Área Profissional da Saúde (Edital n. 32, de 24 de julho de 2014). O Ministério da Saúde também disponibiliza educação à distância e semipresencial por meio do Programa Telesaúde Brasil Redes, que oferece teleassistência e tele-educação aos profissionais que atendem na Atenção Básica. Todas essas ações funcionam em conjunto para garantir que os profissionais de saúde do SUS serão qualificados e terão a vivência necessária para oferecer à população brasileira um serviço de qualidade (CONSESUS,2014).

Demais programas de formação de força de trabalho no SUS:

1. Programa de Formação Profissional na Área de Saúde (Profaps)

O Projeto de Profissionalização dos Trabalhadores da Área da Enfermagem (Profae), o Profaps foi desenvolvido a partir de 2002 com o objetivo de qualificar e/ou habilitar os trabalhadores em cursos de Educação Profissional para o SUS. Em 2009, foi publicada portaria redefinindo as diretrizes e estratégias para a implementação do Programa que deve ser desenvolvido por meio de cursos e programas de formação inicial e continuada de trabalhadores, incluídos a capacitação, o aperfeiçoamento, a especialização e a atualização em todos os níveis de escolaridade, e a educação profissional técnica de nível médio desenvolvida, de forma articulada, com o ensino médio e considerando as especificidades regionais, as necessidades de formação e a capacidade de oferta institucional de ações técnicas de educação de nível médio na saúde. Foi também pactuado entre os gestores do SUS que as áreas técnicas estratégicas prioritárias para a educação profissional técnica de nível médio na saúde são: Radiologia, Patologia Clínica e Citotécnico, Hemoterapia, Manutenção de Equipamentos, Saúde Bucal, Prótese Dentária, Vigilância em Saúde e Enfermagem (MS, 2009).

2. Formação de Agentes Comunitários de Saúde (ACS)

A Lei n. 11.350, de 5 de outubro de 2006, em seu artigo 6º, definiu os requisitos para o exercício das atividades do ACS, entre eles “haver concluído, com aproveitamento, curso introdutório de formação inicial e continuada”. Nesse sentido a Portaria n. 2.662, de 11 de novembro de 2008, instituiu financiamento federal, na modalidade de repasse regular e automático, fundo a fundo, para a formação de 400 horas do Agente Comunitário de Saúde (ACS) (BRASIL,2006).

3. Rede de Escolas Técnicas (RET-SUS)

A Rede de Escolas Técnicas e Centros Formadores vinculada às instâncias gestoras do Sistema Único de Saúde (RET-SUS) foram instituídas com o objetivo de compartilhar informações e conhecimentos; buscar soluções para problemas de interesse comum; difundir metodologias e outros recursos tecnológicos destinados à melhoria das atividades de ensino, pesquisa e cooperação técnica, tendo em vista a implementação de políticas de educação profissional em saúde, prioritariamente para os trabalhadores do SUS, e promover a articulação das instituições de educação profissional em saúde no país, para ampliar sua capacidade de atuação em sintonia com as necessidades ou demandas do SUS. É composta pelas 4 Escolas Técnicas e 33 Centros Formadores de Recursos Humanos do SUS que existem em todos os estados do Brasil. São todas instituições públicas, voltadas para a formação dos trabalhadores de nível médio do sistema de saúde. A maioria delas é vinculada diretamente à gestão do SUS e mesmo as que pertencem a outras Secretarias têm gestão compartilhada com a Secretaria de Saúde (MS,2005).

Os cursos e capacitações oferecidos ainda são insuficientes para suprir o déficit de força trabalho no SUS. Os estados e municípios precisam unir-se e reivindicar uma maior diversidade de cursos e capacitações; mas para que isso ocorra, há a necessidade de se fazer uso dos cursos e capacitações já criados para comprovar que a demanda é grande e os cursos são escassos.

3.5 Financiamentos da saúde pública (SUS) e sua ampliação

A Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (Abrasco) diz que o financiamento do SUS será sempre uma questão pendente por pelo menos três motivos: em primeiro lugar, devido ao lento crescimento da economia, ocorre a redução significativa dos recursos orçamentários para a saúde; em segundo, ocorrem diversas restrições orçamentárias decorrentes do serviço da dívida externa e das despesas com a previdência social; e, finalmente, o encarecimento progressivo do

custeio das ações de saúde decorrente da incorporação de inovações tecnológicas. No setor saúde, diferentemente de outros setores econômicos, a introdução de inovações não resulta em redução dos custos, pois as inovações frequentemente se somam às tecnologias prévias sem substituí-las. Por outro lado, a democratização do Estado possibilita que diferentes grupos de interesses pressionem o governo pela incorporação contínua de inovações (ABRASCO,2006).

Segundo Piola, et al, *apud* IPEA, (2013), a aprovação da EC nº29 levou a um crescimento dos recursos aplicados em Ações e Serviços Públicos de Saúde (ASPS), passando de 2,89% do Produto Interno Bruto (PIB) em 2000 para 3,91% do PIB em 2011. Apesar de não ter correspondido aos anseios daqueles que desejavam aumentar a participação dos recursos da União no financiamento do SUS, a regulamentação da EC nº 29 apresentou pontos positivos. A partir desta lei ficou definido que aqueles entes que descumprirem o valor mínimo previsto para ser gasto em ações e serviços públicos de saúde daquele ano deverão compensar esta diferença no ano seguinte, sem que ela entre na contabilidade do valor gasto no novo ano.

A regulamentação da EC nº29 era vista como uma oportunidade de ampliação dos recursos para o SUS por duas vertentes:

- a) correção dos “vazamentos” e da instauração de medidas mais severas para evitar o descumprimento da emenda; e
- b) criação de novas fontes de recursos para o sistema, medida associada ou não à mudança na forma de participação da União no financiamento do SUS.

Conforme Mendes (2012), a trajetória dos 25 anos do SUS vem sendo marcada pelos problemas de financiamento. Com recursos públicos sempre escassos e insuficientes para garantir uma saúde pública, universal, integral e de qualidade. Em 2011, o gasto público brasileiro em saúde (União, Estados e municípios) foi de 3,84% do Produto Interno Bruto, enquanto a média dos países europeus com sistemas universais foi de 8,3% do PIB, o que evidencia a dificuldade de recursos do SUS para realizar suas ações e serviços.

Para Arthur Chioro, Ministro da Saúde, confirma que o país avançou no financiamento tripartite do SUS e que o recurso federal cresceu 160% em 10 anos, bem como os estados e

municípios também têm ampliado sua participação. Mas há a necessidade de ampliar esse financiamento, abrindo novas fontes de recursos para a saúde. O compromisso do governo federal na atualidade seria de aplicar 25% dos recursos do Prê-sal na saúde o que significaria uma contribuição importante de recursos novos. A necessidade atual é de dialogo com a sociedade sobre o SUS e recolocação da defesa do nosso sistema de saúde no centro da agenda, para debater sobre um financiamento que permita o seu desenvolvimento pleno, afirma o ministro (CONSESUS,2014).

Wilson Duarte Alecrim, presidente do CONASS, enfatiza também, que continuamos com o crônico problema e principal desafio para a consolidação do SUS, que é o financiamento. O Projeto de Lei n. 321/2013 indica que é possível equilibrar receita e despesa na área da saúde com a destinação do equivalente a 10% das Receitas Correntes Brutas da União (RCB) para a saúde, mas infelizmente a tramitação não está seguindo. A esperança, segundo o presidente da CONASS é que o assunto retorne à agenda das lideranças partidárias no ano de 2015 e tenha a devida tramitação. A aprovação do Projeto de Lei será uma resposta ao clamor da sociedade brasileira que reconhece que o SUS precisa de mais recursos para aperfeiçoar os serviços que oferece à população (CONSESUS,2014).

A expectativa de Antônio Carlos Nardi, presidente do Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (Conasems), é de otimismo em potencial.; pois através do Projeto de Lei 321/2013 Saúde +10 os recursos não estariam sendo conquistados somente para os municípios ou estados, ou mesmo só para a União, mas sim para o sistema, sem partidarismo e vislumbrando somente o SUS com suas melhorias de acesso, melhorias da qualidade da atenção, da remuneração dos profissionais e o suprimento de tantos vazios assistenciais que são gerados na própria Câmara dos Deputados e do Senado Federal (CONSESUS,2014).

3.6 Financiamentos da Saúde e as Emendas Constitucionais em 2015

No ano de 2012 surge o Movimento SAÚDE+10 em defesa do financiamento do Sistema único de Saúde. Este movimento defende que 10% das Receitas Corrente Brutas da União ou o equivalente sejam destinados para a Saúde; defende as seguintes Fontes de Financiamento: Taxação das Grandes Fortunas, Revisão das Renúncias Fiscais, Justiça Tributária; defende o Financiamento prioritariamente para as Ações e Serviços Públicos de NATUREZA PÚBLICA; Defesa dos Preceitos sobre saúde consignados em 1988 na Constituição. Este movimento foi o responsável pela apresentação ao Congresso Nacional em 2013 do Projeto de Lei de Iniciativa Popular (PEC 321/2013) juntamente com mais de 2,2 milhões de assinaturas favoráveis à aplicação mínima de 10% das Receitas Correntes Brutas no SUS. Após essa iniciativa popular houve a tramitação da PEC 358 no Congresso Nacional, a qual foi aprovada em fevereiro de 2015 e as projeções recentes indicam que ela trará grandes perdas para o financiamento do SUS se for mantida a lógica da área econômica do governo federal que estabelece que o valor máximo de execução orçamentária do Ministério da Saúde deve corresponder ao valor da aplicação mínima legal. Essa PEC revogava o dispositivo legal que estabelecia 25% dos recursos do Pré-Sal como aplicação adicional ao mínimo em ações e serviços públicos de saúde. A perda em relação à proposta do Movimento SAÚDE+10, 10% das Receitas Correntes Brutas representavam 18,7% das Receitas Correntes Líquidas, uma diferença superior a R\$ 20 bilhões/ano (MOVIMENTO SAÚDE+10,2013).

O Conselho Nacional de Saúde (CNS,2015) criticou a votação do Congresso Nacional contra o SUS (Projeto de Emenda Constitucional 358) em sua 266ª Reunião Extraordinária realizada em Brasília no dia 11 de fevereiro de 2015. A luta pelo fortalecimento do financiamento do SUS é histórica. A Constituição Federal de 1988 definiu inicialmente a destinação de 30% do Orçamento da Seguridade Social para financiar as despesas do Sistema Único de Saúde (SUS), mas isso nunca foi cumprido. Desde então, o SUS tem sofrido golpes sucessivos no

processo de financiamento e, o último, talvez o mais grave, foi a aprovação do Projeto de Emenda Constitucional 358 na noite do dia dez de fevereiro de 2015.

A aprovação desta PEC 358 revela que a maioria dos parlamentares brasileiros não mostra nenhum compromisso com o Sistema Único de Saúde e com o direito universal à saúde preconizado pela Constituição Federal. Além disto, fere o princípio do não retrocesso das políticas e das conquistas sociais. A sociedade se mobilizou e foi frustrada pelo Congresso Nacional e pela falta de apoio do governo federal em relação ao Projeto de Lei Iniciativa Popular (PLP 123/2013), mobilização conhecida como “Saúde+10”, que defende a alocação de 10% das Receitas Correntes Brutas para o financiamento do SUS, com mais de 2,2 milhões de assinaturas coletadas em todo o Brasil. A aprovação da PEC 358 com a votação expressiva favorável, inclusive de parlamentares de partidos que compõem a base do governo federal, é mais uma evidência do desrespeito do Congresso Nacional para com a vontade popular que aspira por um Sistema Único de Saúde com mais qualidade. O Sistema Único de Saúde constitucional está sendo ameaçado pela presença do capital estrangeiro e pela ampliação das forças de mercado na saúde sobre a lógica pública da oferta de serviços (CNS, Nota Técnica, 2015).

O Centro Brasileiro de Estudos da Saúde (CEBES), também se posicionou contra a recente aprovação, na Câmara dos Deputados, da Proposta de Emenda Constitucional nº358-PEC do Orçamento Impositivo. Informando ainda que agora a Câmara dos Deputados coloca em discussão um Projeto de Emenda Constitucional que destrói de forma definitiva a responsabilidade do Estado por meio do SUS em prover o direito universal à saúde. Trata-se da PEC 451/14 que obriga todo empregador, urbano ou rural, a pagar planos privados de saúde aos trabalhadores, e a fundamentação do deputado, que recebeu apoio financeiro na sua eleição de planos privados de saúde, é o

direito à saúde preconizado e prevista no artigo 196 da CF/88 (CEBES,2015).

Não nos iludamos, esses fatos são decisões políticas decorrentes da hegemonia liberal que segue controlando o Estado, a sociedade, as instituições públicas e está solidamente estabelecida no interior do Congresso e do governo federal, em uma nova ofensiva conservadora a favor do mercado e do capital e contra o SUS. Isso coloca novos desafios que exigem maior articulação de todos que integram o movimento sanitário brasileiro(CEBES,2015).

Neste ano de 2015 será realizada no Brasil a XV Conferência Nacional de Saúde e haverá dezenas de conferências estaduais e milhares de conferências municipais e locais. O Conselho Nacional de Saúde (CNS), o Centro Brasileiro de Estudos da Saúde (CEBES), o Conselho Nacional de Secretários de Saúde e os vários outros Conselhos, Federações, Movimentos, ONGs, Sindicatos e Associações; vinculados ao movimento Saúde +10 estão convocando os militantes da saúde e a população para participarem ativamente das conferências em todos os níveis (municipal, estadual e federal), debatendo os temas cruciais para efetivar o direito à saúde, que somente avançará com a consolidação do SUS. Para o CEBES (2015), esta é a oportunidade de reedição da histórica VIII Conferência Nacional de Saúde, que mobilizou a sociedade brasileira na defesa do direito universal à saúde e de um sistema público e integral para todos. Nessas Conferências, se faz necessário aprovar propostas e diretrizes que obriguem os governos e representantes políticos a passarem do discurso à prática, colocando a saúde no centro da agenda política e do projeto de desenvolvimento do País.

3.7 A Terceirização Precarizando a Força Trabalho do SUS

Mediante todo o exposto anteriormente sobre as dificuldades de implantação do Plano de Cargos e Carreira da Saúde – PCCS e somando aos problemas enfrentados com as

dificuldades de financiamento do SUS, a força trabalho do SUS também está sendo drasticamente afetada com o assunto da terceirização na fase atual.

A definição de Terceirização (ou “contratação”) conforme SANTOS (2012) é a delegação a terceiros da prestação de serviços que uma organização poderia ou deveria produzir.

Assim como em outras áreas da economia, na área da saúde a terceirização iniciou-se pelas atividades-meio, ou seja, atividades que não são consideradas “competências centrais” ou “atividades típicas” da prestação de serviços de saúde, exemplo: serviços de limpeza, alimentação, segurança e transporte. Para as áreas-fim (competências centrais), inicia-se em meados da década de 1990 a era das contratualizações; época na qual o SUS cria novas bases de relacionamento com parceiros públicos diferenciados - como os hospitais universitários públicos, hospitais filantrópicos e Santas Casas (SANTOS, 2012).

A terceirização cresce na área da saúde e tem sido utilizada pelos empregadores do setor público e privado para reduzir custos com remuneração da força trabalho e fugir das conquistas salariais e direitos trabalhistas dos trabalhadores efetivos da empresa principal (ou empresa-mãe, como se convencionara denominar as empresas contratantes) (PIRES, 2004).

A Lei 9.637/98 que cria as Organizações Sociais garante a essas a aquisição de bens e serviços sem a emissão de licitações, sendo que não há a necessidade de prestar contas aos órgãos internos e externos da administração pública, porque essas são atribuições do “Conselho Administrativo” gerido da forma que as OS's acharem cabíveis. Isto tem aberto precedentes para o desvio do erário. Deste modo, não havendo fiscalização, o desvio de recursos públicos tem ocorrido de forma mais intensa nos estados e municípios em que esse modelo de gestão já foi implantado (Frente Nacional Contra a Privatização da Saúde, 2012).

Existem em alguns casos, outros fatores que implicam na diferenciação entre os trabalhadores públicos e os terceirizados, não limitando somente às questões de ordem financeira como salários, carteira assinada, plano de carreiras, etc (Pires; Gelbcke; Matos, 2004).

Cita-se abaixo os exemplos da diferenciação entre os trabalhadores, elencados pelo Departamento Intersindical de Estatística e Estudos Sócio-Econômicos (DIEESE, 2004) e que fazem parte da atualidade:

a) O uso do espaço de trabalho, já que não podem utilizar, por exemplo, determinados sanitários, e possuem refeitórios diferentes ou uniformes que os destacam dos demais trabalhadores presentes nas empresas públicas ou órgãos da administração direta.

b) O ritmo acelerado de trabalho e o excesso de horas extras que estariam associados ao aumento do estresse ocupacional, de psicopatologias que se manifestam através do trabalho (depressão, alienação, angústia) e de patologias (úlceras, obesidade, hipertensão arterial, Lesões por Esforço Repetitivo-LER, doenças ocupacionais, entre outras).

c) A questão de representação sindical dos terceirizados, pois, muitas vezes, eles ficam fora da área de abrangência dos sindicatos que representam os trabalhadores do setor público, o que ocasiona um processo de fragmentação sindical.

A precarização e a flexibilidade dos contratos de trabalho na área de saúde nos reportam para dois temas que repercutem na Justiça do Trabalho e no Ministério Público do Trabalho nos dias de hoje: terceirização e o da jornada de trabalho. Essa análise torna-se importante a partir da abordagem sociológica da economia e do direito que entende que os mercados não são autorregulados, devendo-se investigar as bases institucionais que conformam os contratos e suas consequências para a estabilidade ou precariedade dos mesmos (PESSANHA; ARTUR, 2013).

O quadro que se estabelece para os próximos anos, conforme descrito por Santos (2012) é o de provável continuidade na ampliação das interfaces da saúde pública com empresas e o mercado de prestadores de serviços de saúde. As reformas dos setores públicos infelizmente já estabeleceram uma nova realidade, sendo que a reversão deste quadro é notoriamente improvável, bem como as direções e resultados permanecem incertos.

4 METODOLOGIA

Cabe destacar inicialmente que o presente estudo foi submetido a apreciação do comitê de ética do Hospital Regional Hans Dieter Schmidt e aprovado em 07 de abril de 2015.(Anexo A)

Visando compreender a realidade do HRHDS no que tange à sua estrutura de cargos e salários, esta pesquisa está referenciada metodologicamente na pesquisa qualitativa. A pesquisa qualitativa ocupa lugar significativo no que tange às possibilidades de se estudar os fenômenos que dizem respeito aos seres humanos e suas relações sociais estabelecidas em diversos ambientes. A melhor forma de compreender um fenômeno é estudá-lo em seu contexto, no qual ocorre e do qual é parte, devendo ser analisado de forma integrada. Para isso, o pesquisador vai a campo para captar as informações necessárias ao estudo a partir das perspectivas dos envolvidos, considerando todos os pontos de vista relevantes para que se entenda a dinâmica do fenômeno (GODOY, 1995).

Gerhardt e Silveira (2009, p. 31) complementam que “a pesquisa qualitativa não se preocupa com representatividade numérica, mas, sim, com o aprofundamento da compreensão de um grupo social, de uma organização”. Entende-se que:

A pesquisa qualitativa costuma ser direcionada, ao longo de seu desenvolvimento; além disso, não busca enumerar ou medir eventos e, geralmente, não emprega instrumental estatístico para análise dos dados[...] Dela faz parte a obtenção de dados descritivos mediante contato direto e interativo do pesquisador com a situação objeto de estudo. (NEVES,1996, p.1).

A abordagem qualitativa oferece três principais possibilidades de se realizar pesquisa: a pesquisa documental, o estudo de caso e a etnografia. Portanto, a instituição, por apresentar várias características peculiares, tais como, ser gerenciada de forma plena pelo poder público, atender a uma região bastante ampla e ter várias especialidades, torna-se pertinente considerá-la como um caso único a ser estudado. Godoy (1995) caracteriza o estudo de caso como um tipo de

pesquisa em que se estuda a unidade analisada de forma profunda, visa ao exame detalhado de um ambiente, sujeito ou situação em particular.

Outro autor traz ainda que:

Um estudo de caso pode ser caracterizado como um estudo de uma entidade bem definida como um programa, uma instituição, um sistema educativo, uma pessoa, ou uma unidade social. Visa conhecer em profundidade o como e o porquê de uma determinada situação que se supõe ser única em muitos aspectos, procurando descobrir o que há nela de mais essencial e característico. O pesquisador não pretende intervir sobre o objeto a ser estudado, mas revelá-lo tal como ele o percebe. O estudo de caso pode decorrer de acordo com uma perspectiva interpretativa, que procura compreender como é o mundo do ponto de vista dos participantes, ou uma perspectiva pragmática, que visa simplesmente apresentar uma perspectiva global, tanto quanto possível completa e coerente, do objeto de estudo do ponto de vista do investigador. (FONSECA, 2002, p. 33)

4.1 Formas de coleta de dados utilizada

Uma parte dos dados foi coletada através da análise de documentos e legislações pertinentes ao plano de carreira dos servidores públicos visando conhecer e se apropriar das diferentes formas de progressões utilizadas pelo HRHDS.

Foram realizadas pesquisas através da aplicação de questionários com perguntas fechadas para servidores de diferentes áreas. Para a participação nesta etapa da pesquisa definiu-se uma amostra de 30 servidores que atuam no HRHDS, sendo 06 deles pertencentes ao nível fundamental, 12 do nível médio e 12 do nível superior. Os

nomes utilizados nos resultados são fictícios, preservando assim a identidade do servidor entrevistados.

Destes servidores que foram submetidos a entrevistas com questões fechadas, foram selecionados 8 servidores que foram convidados a participarem de entrevistas semi-estruturadas, realizadas em profundidade, visando colher detalhes e impressões significativas dos servidores em relação ao trabalho.

Estas entrevistas foram gravadas em gravador de áudio, sendo posteriormente transcritas na íntegra para análise.

4.2 Formas de análise dos dados

Após a coleta dos dados relevantes de documentos e legislações relacionadas ao plano de cargos e salários, realizou-se a sistematização destes dados em busca da compreensão do contexto de estudo e os seus principais desafios.

Quanto à pesquisa realizada através de entrevistas com questionários, contendo perguntas fechadas, buscou-se verificar a repetição de aspectos relevantes nas diferentes entrevistas, bem como, a incidência destes aspectos perante a amostra.

Por sua vez, nas pesquisas realizadas através de entrevistas semiestruturadas, realizadas em profundidade, os pesquisadores atuaram como agentes ativos no processo de análise, ou seja, interpretando o significado das falas, relacionando as falas entre os entrevistados, discutindo a partir da compreensão da realidade organizacional, bem como, relacionou-se estas falas também com a análise da Lei Complementar n. 323 de 02 de março de 2006, a qual estabelece a estrutura de carreira do servidor.

Por fim, estes dados foram relacionados com a base teórica, buscando compreender as diferentes formas de a organização oferecer condições de trabalho que possibilitem a saúde e satisfação do trabalhador, junto ao desempenho de excelência no trabalho. As diferentes abordagens literárias proporcionaram compreender a importância das pessoas na organização e sua influência no sucesso da mesma, e que são vários os aspectos que contribuem para a satisfação do

trabalhador e a melhora na prestação dos serviços, desde o clima e cultura organizacional, capacitação dos trabalhadores, remuneração digna de acordo com as funções e o reconhecimento pelo trabalho prestado.

5 CONTEXTUALIZAÇÃO DO CAMPO DE ESTUDO

5.1 Hospitais Regional Hans Dieter Schmidt

O Hospital Regional Hans Dieter Schmidt foi inaugurado em 15 de março de 1984 contemplando uma área construída de 22.400 metros quadrados e localiza-se na região nordeste do Estado de Santa Catarina, município de Joinville.

A construção desta unidade hospitalar teve seu projeto idealizado por alguns médicos desde os anos 60, pois a cidade precisava resolver problemas como demanda reprimida e promover a modernização que a medicina Joinvilense exigia, já que o hospital situa-se na maior cidade do Estado de Santa Catarina, que hoje possui cerca de 550 mil habitantes.

O Hospital Regional é caracterizado como hospital geral de gestão plena estadual. Possui grande potencial e é referência de alguns serviços diferenciados para atender a população do Sistema Único de Saúde. Seu fluxo de clientela possui um atendimento de demanda espontânea e referenciada. Presta atendimento ambulatorial, internação, serviço de apoio diagnóstico e terapia (SADT) e urgência e emergência em especialidades clínicas e cirúrgicas. Atualmente conta com 216 leitos ativos (alguns fechados devido a um processo de reforma que encontra-se em andamento) distribuídos nas unidades de internação clínica, cirúrgica, infectologia, psiquiatria, cardiologia, hospital dia, unidade de terapia intensivo.

A instituição também é referência na macrorregião para tratamento da AIDS, habilitada através da portaria nº 7.750, de 24 de julho de 1992, a efetuar estes procedimentos e tratamento de outras doenças infecto-contagiosas.

Outro aspecto relevante é a Instituição ter recebido a habilitação de leitos em UTI tipo II através da portaria SAS nº 415 de 24 de novembro de 2009, contando atualmente com 20 leitos adultos e especializados nesta modalidade.

O hospital conta também, com ambulatório especializado em cardiologia, juntamente com outras especialidades médicas, sendo uma Unidade de Referência para Procedimentos de Alta Complexidade em Cirurgia Cardíaca e Cardiologia

Intervencionista para a região norte e nordeste do estado de Santa Catarina.

Além destas especialidades, possui habilitação para tratamento em Psiquiatria, com 30 leitos, cuidados prolongados em neurologia e hospital dia AIDS, hospital dia cirúrgico, vasectomia e laqueadura.

A partir do ano 2000, o hospital recebeu a habilitação em Busca Ativa e Retirada de Órgãos, dentro das normas e quesitos exigidos pelo Ministério da Saúde, através das portarias SAS nº 269 de 14 de agosto de 2009. Desta forma, conta com uma equipe especializada na busca ativa de órgãos que realiza um trabalho de abordagem e captação de órgãos junto aos familiares de pacientes.

O Hospital teve sua urgência e emergência enquadrada ao nível tipo III e foi notificada como integrante do Sistema Estadual de Referência Hospitalar, que é um programa criado pelo Ministério da Saúde, para possuir os níveis, Para poder participar são analisados os serviços disponíveis em sua urgência e emergência.

No ano de 2002 o hospital foi credenciado pelo Ministério da Saúde para realizar procedimentos de Alta Complexidade em Cardiologia – Cirurgia Cardíaca, através da portaria SAS nº 228, de 08 de abril de 2002 e recentemente foi habilitado como Unidade de Assistência em Alta Complexidade em Cirurgia Cardiovascular e em Procedimentos da Cardiologia Intervencionista.

No ano de 2007 o hospital foi credenciado pelo Ministério da Saúde para realizar procedimentos de Alta Complexidade em Obesidade Grave, para isso o hospital conta com uma equipe interdisciplinar chamada Obesimor que facilita o processo do preparo para realizar a cirurgia bariátrica.

O último credenciamento buscado pelo hospital foi conseguido em 2013 quando o hospital foi credenciado para realizar o Transplante Renal.

O Hospital Regional Hans Dieter Schmidt é um Hospital Ensino também credenciado pelo MEC/MS e participante da Rede Sentinela da ANVISA. Trata-se de rede que monitora de riscos à saúde, uma parceria da

ANVISA com o Sistema Nacional de Vigilância Sanitária (SNVS).

Em toda a história do hospital já passaram muitos colaboradores, porém é relevante destacar a colaboração das Irmãs da Congregação das Pequenas Missionárias de Maria Imaculada que desde o início acompanham o crescimento desta unidade hospitalar.

Hoje o hospital conta com 950 colaboradores, entre eles 83 são concursados de nível fundamental, 559 nível médio, 253 nível superior e 55 são contratados (terceirizados).

A instituição conta hoje com 28 serviços de apoio, entre eles podemos destacar: centro de esterilização de materiais, fisioterapia, endoscopia e necrotério que são serviços próprios do hospital. Já entre os serviços de apoio terceirizados podemos ressaltar o banco de sangue, laboratório de análises clínicas, hemodiálise, lavanderia entre outros.

5.1.1 Diretrizes Institucionais

A seguir apresenta-se as principais diretrizes institucionais, visando uma melhor compreensão do seu direcionamento:

O negócio

O Hospital Regional Hans Dieter Schmidt tem como negócio a prestação de serviços da área da saúde.

A Missão

Prestar assistência hospitalar humanizada à população de Joinville e região, com equipe comprometida e qualificada, interagindo com o ensino, pesquisa e extensão, gerando compromisso sócio ambiental.

Visão

Ser um hospital estadual de referência com serviços de alta complexidade e especialidades, ensino e pesquisa, reconhecido pela sociedade com excelência.

Clientes

Toda a população que busca os serviços do Hospital Regional Hans Dieter Schmidt.

5.1.2 Congregação Pequenas Missionárias de Maria Imaculada.

O Instituto das Pequenas Missionárias de Maria Imaculada, Congregação brasileira de Direito Pontifício, foi fundada em São José dos Campos, em São Paulo, pela Madre Maria Teresa de Jesus Eucarístico.

Em 1985, já com o hospital em funcionamento, esta congregação, sob vigência de contrato estabelecido com a Fundação Hospitalar Mantenedora, iniciaram suas atividades assistenciais e administrativas no hospital.

Em 1989, a instituição passou às mãos do Estado, que manteve ainda a contratação das freiras. A equipe de trabalho era composta por irmãs com formação em vários segmentos da assistência – auxiliares e técnicas em enfermagem, enfermeiras, assistente social – com atuação efetiva em cada área.

Observa-se inclusive, que uma de suas componentes, Irmã Maria Sílvia, foi nomeada Diretora Técnica da instituição, onde permaneceu até meados dos anos 90, quando a Diretoria Superintendente decidiu seguir a legislação, que apontava obrigatoriedade de um profissional médico para a função.

A congregação chegou a contar com 14 membros em Joinville, até os primeiros anos da década passada. A partir de então, por questões legais, passou à condição de Organização Social, sendo restrita sua atuação - somente à área administrativa, formando o comitê de qualidade.

Podemos destacar a implantação de um sistema de informação na área de planejamento e controle de qualidade realizado por elas, porém este programa de indicadores passa a ser gradativamente descontinuado. Observa-se que o planejamento institucional e o uso de indicadores, em anos recentes, obteve bastante destaque no processo de profissionalização da instituição, identifica-se, portanto, como

uma perda a descontinuidade do uso destas práticas na instituição.

Segundo indicativos da administração da instituição, após o vencimento do atual contrato realizado com a organização social, não haverá renovação do mesmo, tendo então o desligamento das irmãs da instituição.

5.1.3 As Dificuldades iniciais verificadas no HRHDS

A estrutura física do hospital é umas das maiores dificuldades encontradas hoje no local, ela é alvo das principais manchetes lançadas na mídia sobre o local, como por exemplo:

Hospital Regional de Joinville tem dois chuveiros elétricos para 70 pacientes

Situação incomoda as pessoas internadas e também os seus familiares, que cobram melhorias na estrutura (G1, 2014).

Servidores do Hospital Regional de Joinville fazem paralisação

Eles protestam contra falta de aparelhos de ar-condicionado na unidade. Segundo trabalhadores, calor agrava saúde dos pacientes do hospital (G1, 2015).

Departamento de ensino de hospital de Joinville é fechado devido a pulgas

Caso ocorreu no Hospital Regional Hans Dieter Schmidt.

Local fica afastado dos quartos e da área de circulação de pacientes (G1, 2014)

Observa-se que há muito tempo a unidade de saúde vem apresentando problemas estruturais e de falta de profissionais. Neste contexto, constata-se como rotineiro existir pacientes deitados em macas no corredor aguardando por vagas em leitos. Essa cena comum em muitos hospitais brasileiros também é realidade no Hospital Regional de Joinville.

Outro aspecto relevante é o reduzido número de profissionais, podendo ser considerado hoje uma das maiores

desmotivações dos servidores, pois para poder tentar suprir a demanda de atendimento, os mesmos tem que realizar plantões extras, o que os deixa esgotados, sem motivação para trabalhar.

Paciente com sintomas de gripe morre à espera de vaga em UTI

Mulher teria ficado cerca de 11 horas aguardando um leito, em Joinville. Ela deu entrada na UPA Leste no final da tarde de terça e morreu na quarta.(G1, 2013).

Hospital Regional de Joinville fecha dez de seus vinte leitos de UTI

O motivo, segundo o diretor, seria a falta de profissionais da saúde. A Unidade de Terapia Intensiva precisaria de pelo menos mais dez médicos (G1, 2012).

Além de todas as dificuldades encontradas no dia a dia, o hospital, ainda nos dias atuais, enfrenta ampla dificuldade com casos de vandalismo, pois a presença de seguranças no local não tem surtido efeito:

Bandidos invadem hospital para arrombar caixa eletrônico (G1, 2013)

Ar-condicionado de UTI para de funcionar após roubo de fios no Norte.

Ocorrência foi registrada no Hospital Regional de Joinville. Furto foi descoberto durante a instalação de um aparelho compressor (G1, 2015).

Todos os problemas acima citados já chamaram a atenção do governo estadual, onde em maio de 2014 foi liberado 6,5 milhões de reais para a realização de uma reforma em parte do hospital.

Conforme observado pelo governador, "assinamos o decreto de emergência porque o Hospital Regional é uma das nossas prioridades pela sua importância em ser referência para a região em especialidades como cardiologia e infectologia" (COLOMBO, 2014).

5.2 Legislação Regulamentadora do Plano de Carreira Estadual

Embora o SUS seja o grande empregador dos trabalhadores de saúde, estudos atuais mostram a inexistência, inadequação e/ou desatualização dos planos de carreiras na maioria das Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde. Para incentivar a criação dos planos de carreira nas três esferas de governo, o Ministério da Saúde criou o Plano de Carreiras, Cargos e Salários no Âmbito do Sistema Único de Saúde – PCCS-SUS, com o intuito de estabelecer diretrizes norteadoras que garantam a valorização dos trabalhadores através da equidade de oportunidades e do desenvolvimento profissional em carreiras, conforme inclusive já apontado na revisão de literatura (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006).

No Hospital Regional Hans Dieter Schmidt o plano de carreira foi instituído através da Lei Complementar n. 323, de 02 de março de 2006.

Conforme esta lei Lei, o Plano de Carreira e Vencimentos visa à melhoria na prestação dos serviços de saúde, por intermédio da valorização do servidor. O plano é estruturado em oito títulos, que podem ser subdivididos em capítulos, conforme abaixo:

- Título I – Das disposições preliminares
- Título II – Do quadro de pessoal
- Título III – Da carreira
- Título IV – Do vencimento, das gratificações e da remuneração
- Título V – Da jornada de trabalho
- Título VI – Do regime disciplinar dos servidores da secretaria de estado da saúde
- Título VII – Da implantação do PCV
- Título VIII – Das disposições finais

No título I do referido plano é apresentada sua finalidade com as seguintes diretrizes: a adoção de carreira, possibilitando o crescimento profissional de forma horizontal e vertical, fundamentado na busca de maiores níveis de qualificação profissional; a transparência das práticas de remuneração, com valoração do vencimento nos diversos níveis e referencias da

estrutura da carreira; o reconhecimento da qualificação por critérios que proporcionem igualdade de oportunidades profissionais; a valorização dos servidores que buscam um constante aprimoramento profissional com aplicabilidade no cotidiano das atividades de saúde e a valorização pela definição de objetivos, com a criação de objetivos e indicadores e a avaliação de resultados (SANTA CATARINA, 2006)..

Ainda no título I, são apresentados alguns conceitos que são importantes para análise do plano:

I – Plano de Carreira e Vencimentos: sistema estratégico de remuneração, estruturado na forma de carreira, cargo, competências, neveis e referências de vencimento, que possibilitam o crescimento profissional do servidor de forma transparente, fundamentado na qualificação e desempenho profissional;

II – Quadro de Pessoal: quantitativo de cargo de provimento efetivo com as respectivas competências, definidos de acordo com as necessidades da Secretaria de Estado da Saúde;

III – Carreira: perspectiva de crescimento profissional, fundamentada no desempenho eficiente e eficaz e no exercício de atribuições de maior nível de complexidade e de formação;

IV – Cargo de Provimento Efetivo: denominação dada a um conjunto de competências e responsabilidades, com denominação própria e remuneração para pelo erário, integrante do Quadro de Pessoal da Secretaria de Estado da Saúde;

V – Competência: identifica um conjunto de atribuições e responsabilidades do cargo de provimento efetivo, com denominação própria, nível e referência específica, de acordo com a estrutura da carreira;

VI – Nível: graduação vertical ascendente existente no cargo, de acordo com a respectiva competência;

VII – Referência: graduação horizontal ascendente existente em cada nível;

VIII – Desenvolvimento Funcional: representa as possibilidades de crescimento na estrutura de carreira, por intermédio da progressão por

tempo de serviço, por qualificação ou desempenho profissional e por nível de formação;

IX – Enquadramento por Transformação: enquadramento para o novo cargo, competência, nível e referência, observando-se a correlação do cargo e/ou função atual.

O título II apresenta o quadro de pessoal, o qual é composto pelo cargo de Analista Técnico em Gestão e Promoção de Saúde, contendo 16 níveis, tendo cada nível 10 referências, representadas pelas letras A a J. O ingresso no cargo dar-se-á no nível e referências iniciais da respectiva competência.

O título III discorre sobre o crescimento e o desenvolvimento funcional dos servidores de carreira, através das seguintes modalidades: progressão por tempo de serviço; progressão por qualificação ou desempenho profissional e progressão por nível de formação (este último revogado). Neste título são apresentados ainda, os servidores que não terão direito a quaisquer progressões, como: o servidor que estiver em estágio probatório, estiver em licença sem vencimentos, estiver à disposição de outros órgãos, tiver recebido suspensão, possuir falta injustificada superior a cinco dias, sofrer prisão ou estiver em licença para concorrer a cargo eletivo.

No capítulo I do referido título, que trata da progressão por tempo de serviço, colhe-se:

Art. 7. Consiste na passagem do servidor de um padrão de referência para o imediatamente superior, limitado ao nível de qualificação profissional que estiver enquadrado na respectiva competência.

Art. 8. A presente modalidade ocorrerá de dois em dois anos, a partir do ano seguinte à vigência desta Lei Complementar, de forma alternada com a promoção por qualificação ou desempenho profissional, no mês de aniversário natalício do servidor.

No capítulo II, deste mesmo título, designa a progressão por qualificação ou desempenho profissional, que dispõe:

Art. 9. Consiste na passagem do servidor de um nível para o outro imediatamente superior na respectiva competência, mantida a mesma referência, observados os seguintes critérios:

I – 40 (quarenta) horas de capacitação para progresso nos níveis 1 ao 8;

II – 80 (oitenta) horas de capacitação para progresso nos níveis 9 ao 12; e

III – 120 (cento e vinte) horas de capacitação para progresso nos níveis 13 ao 16.

Parágrafo único: O servidor poderá conquistar a modalidade de progressão de que trata este artigo, independentemente das horas de capacitação, quando alcançar mérito funcional, baseado na definição de objetivos, com a criação de indicadores e avaliação de resultados, permitindo valorizar a contribuição útil a cada órgão e o interesse público do seu desempenho, conforme critérios estabelecidos em regulamento.

Art. 10. Os eventos de capacitação devem ter relação direta com o Sistema Único de Saúde ou com as atribuições do cargo e respectiva competência exercidos pelo servidor, devendo ser previamente homologados.

Art. 12. A presente modalidade de progressão ocorrerá de dois em dois anos, no mês de aniversário natalício do servidor, sendo a primeira, sendo a primeira no segundo ano à vigência desta lei Complementar.

Na tabela (Anexo B) são deliberados o cargo, competências e o nível inicial/final para progressão em cada competência.

Desta forma, através da tabela é possível estabelecer os limites de progressão para cada competência, por exemplo, o agente de serviços gerais iniciará no nível 1, referência A, conforme for galgando promoções irá progredindo nas referências sucessivamente de B até J. Por conseguinte, ao atingir o limite no nível 1, elevará para o nível 2, referência A e assim sucessivamente até o limite estabelecido.

O título IV trata do vencimento, das gratificações e da remuneração. O vencimento é definido através da tabela de vencimentos, que representa o escalonamento dos níveis de

referência que conforme já citado, trata-se da elevação crescente que determina a progressão salarial (Anexo C).

Este título ainda designa a gratificação que possibilita ao profissional ocupante de competência que exija como pré-requisito a formação de ensino superior, a concessão de adicional de pós-graduação, incidente sobre o valor de vencimento fixado para a referência A, do nível 13, da estrutura de carreira, nos seguintes percentuais, não cumulativos:

- I - 13% (treze por cento) para os servidores com pós-graduação em nível de especialização;
- II - 16% (dezesesseis por cento) para os servidores com pós-graduação em nível de mestrado e;
- III - 19% (dezenove por cento) para os servidores com pós-graduação em nível de doutorado.

Podemos observar acima que a diferença de porcentagem para cada nível é muito pequena, já o valor investido para a formação dos níveis é bem maior de um nível para o outro.

O título V especifica a jornada de trabalho para os servidores da Secretaria de Estado da Saúde que é de 30 (trinta) horas semanais.

O título VI discorre do regime disciplinar, incluindo os deveres do servidor, das proibições, da acumulação, das responsabilidades, das penalidades, do processo administrativo disciplinar, do processo disciplinar, do inquérito, do julgamento e da revisão do processo.

Apresenta-se ainda, o título VII que trata sobre a implantação do PCV, seu cronograma de implantação o qual ocorreu em três etapas.

E por último, o título VIII, que trata das disposições finais, como a revisão anual dos valores de vencimento, a qual deverá ocorrer no mês de janeiro e a data de início de que entrou em vigor, a partir de 01 de janeiro de 2006.

6 RESULTADOS DA PESQUISA DE CAMPO

6.1 O plano de cargos e salários como ferramenta de satisfação dos profissionais

O levantamento das informações que possibilitou analisar o plano de carreira dos servidores do Hospital Regional Hans Dieter Schmidt, permitiu constatar alguns pontos importantes, como por exemplo, verificar o conhecimento dos servidores sobre o plano.

Ao propor este tema de estudo tinha-se como hipótese, que os servidores não tinham conhecimento sobre o plano e por isso não buscavam aperfeiçoar-se, porém, através das questões objetivas verificou-se que todo o funcionário do hospital tem conhecimento da existência do plano de cargos e vencimentos (progressão) do HRHDS. Com isso, infere-se que essa ferramenta é divulgada com eficiência dentro da instituição, formalmente ou informalmente (entre os profissionais) sendo que outra questão traz a confirmação dessa afirmação, ou seja, o total de 90% dos 30 entrevistados já terem progredido na tabela.

Tais informações trouxeram outra ótica na análise do plano de carreira, quando da análise das entrevistas abertas. Dentre as várias indagações, houve destaque para a de que o nível salarial percebido é muito baixo. Os servidores foram questionados se a remuneração oferecida na instituição atende as necessidades pessoais e familiares e 100% dos entrevistados, de todos os níveis de escolaridade, responderam que a remuneração não supre seus anseios². Abaixo segue algumas falas dos entrevistados sobre este tópico:

Não vale, porque a defasagem salarial hoje é muito grande, e mesmo fazendo os cursos, não supre o dinheiro investido (MOTORISTA PEDRO, 2015).

² Os nomes utilizados nos resultados são fictícios, preservando assim a identidade do servidor entrevistados.

Poderia ser um pouco melhor, mas já teve época que ganhamos bem menos, porém esse aumento não é o suficiente (AGENTE ADMINISTRATIVO HELENA, 2015).

Não, o salário base do hospital sem as progressões é muito baixo, depois com as progressões acaba tendo um salário compatível com o do mercado, mais o salário inicial do estado é muito mais baixo do que o do mercado (ENFERMEIRA ALINE, 2015).

A lei n.323/2006 estabelece que a Tabela de Vencimentos deve ser reajustada todo mês de janeiro de cada ano, o que não ocorre, pois fica a mercê do estado que fornece o aumento quando lhe convém, não acompanhando o nível praticado no mercado. Este aspecto reforça a percepção de defasagem da tabela salarial praticada.

A problemática é que a Tabela de Vencimentos além de não ser reajustada devidamente, inicia-se com valores do piso mínimo de cada cargo, considerados baixos, fixando um valor limite para a progressão.

Com o piso salarial baixo, muitos servidores buscam a progressão salarial através dos cursos como forma de aumentarem seu poder aquisitivo, alterando assim o propósito do plano de carreira que é o de capacitar para aperfeiçoar a mão de obra, auxiliando na melhoria da qualidade dos serviços prestados e conseqüentemente o desenvolvimento da carreira em saúde não se refletindo em transformações qualitativas, mas somente como uma forma de aumento salarial.

Por outro lado, quando questionados se o plano de carreira está sendo bem aproveitado como ferramenta motivacional, observou-se um equilíbrio nas opiniões, pois 57,14% dos entrevistados crêem que o plano traz uma motivação para o trabalho e os outros 42,6% acreditam ser indiferente, conforme observou-se nas seguintes falas:

Não faz diferença, não traz motivação (MAQUEIRO JOÃO, 2015).

Não faz tanta diferença, porém entre não ganhar nada, o pouco aumento já ajuda (CHEFIA DE ESTOQUE MARIA, 2015).

Com certeza, porque além do aumento de salário, o valor das suas horas extras também aumenta, de tudo que você faz a mais aumenta, e não só vencimento (FISIOTERAPEUTA RICARDO, 2015).

Outro entrevistado nos dá uma visão mais ampla sobre o benefício que a tabela realmente pode proporcionar ao funcionário, pois além do aumento salarial possibilita a utilização dos conhecimentos adquiridos na rotina de trabalho.

Eu acho que muitos funcionários se sentem motivados pela progressão para fazer cursos para poder usar no seu dia-a-dia de trabalho[...] (ENFERMEIRA ALINE, 2015).

Com esta questão, observou-se que os profissionais de nível fundamental e médio são os menos motivados em relação ao benefício que o plano de carreira traz, enquanto os profissionais de superior apresentam uma motivação maior.

Sim, é motivacional, porém a progressão por curso só podemos progredir 4 vezes, e deveria ter algo para isso continuar pois a grande maioria fica na instituição por mais de 15 anos (AGENTE ADMINISTRATIVO HELENA, 2015)

A realidade desses profissionais de nível fundamental, médio, e superior que possuem a oportunidade de progredir somente quatro vezes na Tabela é a de optar por um segundo vínculo empregatício para poder suprir as necessidades pessoais e de sua família. Pois estão cientes que não irão alcançar uma melhor ascensão salarial e precisam garantir também uma certa estabilidade financeira para sua futura aposentadoria.

Já, os concursados com grau de instrução de nível superior, são os que preferem estar atualizando-se constantemente e não havendo mais possibilidade de progressão, há então a grande probabilidade do hospital perder esse profissional extremamente capacitado; pois com a qualificação já conquistada as oportunidades do mercado de trabalho tendem a ser diversas e muito mais atraentes.

Portanto, é necessário um plano de carreira bem estruturado e eficaz, afim de reter e motivar seus colaboradores, contribuindo para o interesse do profissional em ficar na instituição, corroborando com a empresa em comprometimento e qualidade dos serviços prestados.

As diferentes falas nos trazem as diversas realidades vividas no cotidiano do serviço público e nos levam a refletir que o plano de cargos e salários é sim uma ferramenta de motivação importante para as instituições, porém, ela por si só não é o suficiente para a completa satisfação do funcionário e em especial, como um elemento que irá impactar significativamente no desempenho da instituição. Da mesma forma, conforme os temas abordados na revisão de literatura são muitos os aspectos que influenciam na motivação pessoal e no resultado da instituição, tais como: o clima e cultura organizacional, uma adequada remuneração, oportunidades de capacitação, treinamento e desenvolvimento constantes, ou seja, o plano de carreira pode contribuir em atender os anseios dos profissionais, como pode não ser o suficiente. Para isso é importante que as necessidades de motivação sejam desenvolvidas por meio de experiências de vida e de atuação profissional e isso exige que os administradores aprendam a identificá-las criando ambientes de trabalho que se enquadrem aos perfis das necessidades.

6.2 As Capacitações como Componente da Atuação Profissional Relacionada ao Plano de Cargos e Salários

Um dos critérios adotados pela Lei Complementar n.323 de 02 de março de 2006 do Plano de Carreira e Vencimentos - PCV para a passagem do servidor de um nível para o imediatamente superior são as horas totais de capacitação realizadas. São

requeridas um total de 40 horas de capacitação para progresso nos níveis 1 ao 8; 80 horas de capacitação para progresso nos níveis 9 ao 12; e 120 horas de capacitação para progresso nos níveis 13 ao 16.

Verificou-se através das análises realizadas que as capacitações presenciais oferecidas pelo HRHDS aos servidores são mais bem conceituadas e apontadas com maior nível de aprendizado; já os cursos oferecidos na modalidade de educação à distância foram totalmente desqualificados. Uma das situações que se destacaram foi em relação à primeira pergunta da entrevista aberta na qual solicitamos a opinião dos entrevistados sobre a lista de cursos que são disponibilizados tanto pelo Estado como pelo hospital e os entrevistados de nível superior fizeram ressalvas sobre os cursos online:

Não são boas, são péssimos, na verdade o estado não qualifica, eles só dão certificado com as horas necessárias, já os cursos fornecidos pelo hospital são melhores (FISIOTERAPEUTA RICARDO, 2015).

Os cursos disponíveis pelo estado fazem pouca diferença no meu dia-a-dia, já os cursos disponíveis pelo hospital me ajudam muito na minha rotina de trabalho (AGENTE ADMINISTRATIVO HELENA, 2015).

Não muito, primeiro que o estado não disponibiliza quase nada, e um modo que eu não acho correto são esses cursinhos de site, por que o cara vai lá em meia hora, responde as perguntas e ganha um certificado de 40hs, isso é muito errado porque a pessoa não aprende nada, pode até aprender alguma coisa mais não o suficiente (FARMACÊUTICA SUELEN, 2015).

Independentemente do meio que são disponibilizadas, as capacitações devem ter relação direta com o Sistema Único de Saúde, ou com as atribuições do cargo e respectiva competência exercida pelo servidor, devendo ser previamente homologados pelo Estado, conforme Lei Complementar 323, de 02 de março de 2006.

Os cursos online são mais uma ferramenta de acesso disponível aos servidores, para que os mesmos possam ter a oportunidade de buscar por capacitação, pois muitos deles não disponibilizam de tempo hábil para realizarem os cursos presenciais no hospital. Porém, essa viabilidade pode tornar-se prejudicial se não for adequadamente conduzida, monitorada e avaliada pelos gestores; conforme apontado anteriormente sobre a rapidez na qual é possível realizar um curso de 40 horas.

Mediante a análise sobre os cursos online, constatamos que para o HRHDS obtenha o devido retorno pela progressão concedida necessitaria rever o conceito sobre a disponibilização desses cursos, pois esses são um facilitador que não estão agregando valor na percepção dos profissionais e ainda, descartando, instintivamente a opção do servidor de realizar os cursos presenciais devido a facilidade e a rapidez de acumular horas para sua progressão.

A primeira sugestão seria abolir os cursos online e autorizar somente as progressões por cursos presenciais fornecidos pelo próprio hospital ou instituições públicas vinculadas aos programas de Educação Permanente do SUS, opção que auxiliaria em maior retorno na qualidade das capacitações promovidas. Justificando essa sugestão um dos entrevistados afirma o diferencial de aprendizado quando o HRHDS oferecia somente as capacitações presenciais:

Sim, os cursos a alguns anos atrás eram todos presenciais, então se aprendia muito com eles, já fiz cursos pelo hospital de humanização, gerenciamento, relação interpessoal, diversos cursos de 40, 50hs com profissionais contratados com grande conhecimento no assunto, esses cursos sim valeram apena(FARMACÊUTICA SUELEN, 2015).

Uma segunda sugestão seria a revisão dos cursos online autorizados para a progressão com maior critério na escolha dos cursos, controle na liberação de etapas/fases e a aplicação de prova no HRHDS. Neste caso, os cursos autorizados pelo Estado deveriam ser todos revisados e as provas elaboradas para cada curso.

No entanto, mesmo o HRHDS oferecendo capacitações presenciais conceituados pelos servidores, infelizmente, na

atualidade não há considerável procura para as inscrições. E ao analisarmos os motivos, foram constatadas as seguintes situações:

- a) A validação de cursos online para a progressão do servidor diminui automaticamente a procura para a realização dos cursos presenciais;
- b) Dificuldade para a liberação do servidor para a realização das capacitações no horário de trabalho;
- c) Outro vínculo empregatício do funcionário que impede a participação em outros horários de capacitação;
- d) Carga horária extensa, ou seja, carga horária normal de trabalho mais as horas extras.

Os cursos que o hospital promove são pensados sempre na necessidade do funcionário, antes deles serem oferecidos são realizados levantamentos para saber que tipo de curso os funcionários querem, e mesmo assim não há procura, não dá para saber se é porque os funcionários já tem progressão ou se é porque eles não conseguem ser liberados das atividades para a participação das aulas, por isso que eles fazem pela internet para não precisarem se deslocar de casa para fazer os cursos (ENFERMEIRA ALINE, 2015).

O papel da instituição é oferecer os cursos para a capacitação e disponibilizar horários flexíveis para que o servidor possa participar. Mas a problemática é que a instituição, mediante a escassez de funcionários, abre disputa contra ela mesma quando autoriza as horas extras. Instintivamente o funcionário escolhe realizar as horas extras ao invés de buscar mais capacitação, pois o benefício das horas extras estará disponível na próxima folha de pagamento; já para a progressão salarial somente um curso necessita muitas vezes de vários dias de dedicação e ainda pode não contemplar a carga horária suficiente para a progressão. Portanto, comprometidos com suas horas extras, os funcionários não tem motivação para frequentarem os cursos presenciais depois de extensas jornadas de trabalho. Esta é uma interpretação possível.

Sobre a situação que os servidores possuem outros vínculos empregatícios, já é de praxe entre os profissionais da

saúde, pois a lei assim permite; sendo que alguns possuem mais de dois vínculos. Essa situação é por tanto generalizada no país, e os motivos que levam os profissionais a terem mais de um vínculo é, dentre outras, garantir um maior poder aquisitivo, não obtido em um mesmo local de trabalho.

E sobre a dificuldade de liberação dos funcionários para realizar as capacitações, um dos entrevistados opinou como sendo tarefa de responsabilidade das chefias, bem como a indicação de quais funcionários precisam das capacitações:

[...] na verdade a chefia deveria apontar o funcionário que precisa deste treinamento além dos que tem interesse, ate porque nem sempre quem necessita desse treinamento vai se dispor para realizá-lo, justamente porque ele não percebe que esta desqualificado naquele assunto, por esse motivo a chefia deveria apontar esses funcionários e também aqueles que se interessam para o curso para não os desestimular. Mais digo que a culpa não é só da chefia, pois a mão-de-obra esta tão escassa que eles querem treinamento para os funcionários, porém não conseguem liberá-los(FARMACÊUTICA SUELEN, 2015).

A situação acima citada é delicada, pois mesmo que a chefia do setor indique qual servidor precisa realizar o curso, este irá participar se tiver interesse e for colaborativo; pois sendo concursado pelo Estado o mesmo tem garantias de estabilidade e irá participar dos cursos que lhe aprover. No entanto, uma chefia bem estruturada, que sabe delegar e faz uso de certo nível de persuasão pode conseguir o apoio de sua equipe; mas para isso precisa participar da escolha dos cursos que irão ser disponibilizados e receber com grande margem de antecedência o cronograma com as datas que serão realizadas para poder remanejar a escala de trabalho.O mesmo ocorre quando da existência de um adequado clima organizacional e engajamento dos profissionais para com os objetivos da instituição, ou seja, uma série de aspectos se relacionam para que haja uma adequada gestão, com resultados satisfatórios.

Ao serem questionados sobre cursos que fizeram a diferença no trabalho rotineiro, alguns servidores apontaram o

curso de informática básica e de tecnologias como sendo curso de grande auxílio:

Fez diferença, para mim o que mais fez diferença foi o de informática básica (ESTOQUISTA JOÃO, 2015).

Alguns fazem, o que fez diferença para mim foi o curso de informática básica, os outros não fizeram diferença nem uma (CHEFE DO ALMOXARIFADO, MARIA).

Sim, eles me deixaram a par das mudanças de tecnologia e de atividades da minha área (FISIOTERAPEUTA RICARDO, 2015).

É de real necessidade observar que para a progressão com cursos de informática, são abrangidos somente cursos de informática básica (Word, Excel, Power Point, Open Office, Internet e Acess), conforme Decreto 3.917, de 11 de janeiro de 2006.

De outro modo identifica-se também que a insatisfação dos servidores deve-se a insuficiência de capacitações oferecidas para o manuseio dos sistemas internos. Essa falta de capacitação dificulta na realização das tarefas simples do cotidiano dos servidores e são de suma importância para o bom desempenho de suas funções. Alguns dos entrevistados comentaram sobre essa adequação:

Não fornece, quando foi implantado a Micromed, teria que ser realizado uma capacitação para todos que utilizariam o sistema, porém poucos foram convidados, e por fim temos que fuçar o sistema para poder aprender a manuseá-lo (MOTORISTA DE AMBULÂNCIA PEDRO, 2015).

Apesar das capacitações que ele promove ainda não são o suficiente, precisaria mais capacitações dos sistemas já existentes na instituição como SGM, eles implantam o sistema dão pouco treinamento e ai temos que ficar sempre entrando em contato com o suporte do sistema para conseguir resolver algumas dificuldades básicas encontradas no

dia-a-dia que não são passadas no treinamento (CHEFE DO ALMOXARIFADO MARIA, 2015).

A análise dessas informações nos mostra que o perfil da necessidade apontada pelos servidores é saber lidar com uma importante ferramenta de trabalho que é o sistema informatizado usado pelo hospital. Conhecer passo a passo as funcionalidades do sistema para poder utilizá-lo com agilidade e sem ter receio de errar é uma das solicitações dos funcionários do HRHDS. Não solicitam conhecer as funcionalidades do sistema num todo, mas querem saber como funcionam as ferramentas do sistema disponibilizadas para uso no seu setor.

Esses aspectos demonstram que se há ofertas de capacitação, estas não se mostram suficientes, adequadas ou não há procura e portanto, falta efetividade em relação aos cursos ofertados. A busca pela participação dos servidores na escolha das capacitações seria uma proposta estratégica oportuna, pois além da integração social, ao escolher as capacitações prioritárias para o bom desempenho de suas funções, os servidores se sentiriam mais engajados para participar das capacitações presenciais por eles escolhidas.

6.3 Terceirizados não Possuem a mesma Oportunidade de Progressão por Capacitações

Empresas que são contratadas para disponibilizar mão-de-obra terceirizada dificilmente possuem algum tipo de plano de carreira e vencimentos, ou progressão salarial por carga horária em cursos. O intuito da contratação da mão-de-obra terceirizada é justamente a redução de custos dos benefícios, desligamentos, salários com paridades, dentre outros.

Infelizmente, a pessoa que está desempregada aceita as condições de contratação, mesmo sabendo que não terá oportunidades claras de crescimento profissional; acarretando assim uma grande rotatividade de profissionais no mercado de trabalho, pois sem ter perspectivas e surgindo uma oportunidade um pouco melhor, solicita desligamento do referido emprego.

Em nossa revisão de literatura no texto: A Terceirização Precarizando a Força Trabalho do SUS, a autora Pires (2004),

confirma que a terceirização cresce na área da saúde constantemente, sendo utilizada pelos empregadores do setor público e privado para redução de custos com remuneração da força trabalho e para fugir das conquistas salariais e direitos trabalhistas dos trabalhadores efetivos da empresa principal (ou empresa-mãe).

O fato é que na terceirização aumenta-se a jornada de trabalho e são reduzidos os salários base, os benefícios e a qualidade de vida num todo. A terceirização é um escape completamente desmotivador de qualquer instituição, principalmente quando são terceirizados somente alguns setores; pois as duas realidades são confrontadas.

Analisando como exemplo a situação do HRHDS que tem alguns setores terceirizados vemos como a terceirização é um entrave: a instituição pode até disponibilizar a participação de alguns dos funcionários terceirizados em cursos internos, mas não arcará financeiramente com progressão salarial por carga horária em cursos para eles. Portanto, a única motivação desses funcionários terceirizados seria o conhecimento adquirido e mais nada; situação essa que reflete diretamente no clima organizacional.

Referindo-se ao clima organizacional, Knapik (2006) diz que este é o ambiente psicológico que existe dentro de uma empresa, percebido pelas pessoas e influenciando em seus comportamentos. O clima organizacional está diretamente ligado a motivação e dá origem aos comportamentos que podem ser benéficos ou desfavoráveis ao desempenho da organização.

6.4 Contribuição do Plano de Carreira e Vencimentos como um Instrumento de Desempenho e Resultado no Hospital

Parte considerável do sucesso de uma instituição baseia-se no desempenho de sua equipe de profissionais. Neste sentido é de suma importância utilizar-se de ferramentas para mensurar o desempenho e permitir a tomada de decisões, em busca do aumento da qualidade nos serviços de saúde prestados.

Ao analisarmos todo o processo em torno da gestão de capacitações entendemos a crucial necessidade da continuidade do Plano de Cargos e Salários no HRHDS.

Há um controle efetivo no processo de Progressão por Capacitações ao manter-se em uma base de dados estadual todo o histórico dos profissionais, em relação ao seu desenvolvimento educacional e profissional. Os cursos e capacitações realizados por cada servidor são vinculados ao Relatório de Turma Concluída (RTC) e encaminhados para a capital (Florianópolis), onde é realizada a conferência, a vinculação da capacitação na matrícula do servidor e o posterior arquivamento do RTC. Essas informações unidas com a experiência profissional – que também constam vinculados à matrícula – são de grande valia para acompanhar e medir o desenvolvimento e o desempenho do servidor no HRHDS.

Ao ter acesso às informações é possível realizar o acompanhamento de quais profissionais buscam por capacitações constantemente; o nível das capacitações que cada servidor possui; qual o potencial de cada pessoa em relação a novos desafios da instituição; quais deles almejam oportunidade de crescimento; quais são pré-dispostos a participar ativamente em eventos internos; quais os servidores que ainda não possuem algum tipo de capacitação necessária; dentre outros aspectos.

Porém, através da pesquisa de campo observou-se que as informações disponibilizadas não são utilizadas de forma efetiva, são compiladas de forma que estejam disponíveis, mas não utilizadas de forma efetiva. Como por exemplo, ao se indicar um profissional para um cargo de chefia/coordenação a instituição buscando um melhor desempenho de seus serviços, poderia consultar em sua base de dados se o profissional indicado possui cursos que o qualificam para a função pretendida. Todavia, isso não ocorre, percebeu-se que os profissionais são escolhidos aleatoriamente, ou por serem bons profissionais, o que não significa que serão bons líderes, ou por influência política, o que dificulta ainda mais um serviço de qualidade.

A boa gestão desses acompanhamentos possibilita identificar quais servidores estão aptos para assumir uma chefia; qual o nível de conhecimento de cada um; quais os servidores são mais comprometidos com o hospital e com a qualidade na prestação dos serviços; quais capacitações podem agregar valor

no processo de continuidade do aprendizado de determinado servidor; qual a melhora nos resultados do serviço prestado pelo servidor após determinada capacitação, dentre outras possibilidades.

No que tange a lista de cursos relacionadas ao plano de cargos e salários, verificou-se a partir das entrevistas, que os cursos oferecidos pelo Estado de maneira online, necessitariam de ajustes quanto à sua aplicação, levando a conclusão que eles não agregam valor e conhecimento ao ponto de trazer um bom desempenho na realização dos serviços, pois a viabilidade de se realizar os cursos online pode tornar-se prejudicial se não for adequadamente conduzida, monitorada e avaliada pelos gestores; conforme apontado anteriormente sobre a rapidez na qual é possível realizar um curso de 40 horas. Em contrapartida, foi quase unânime a valorização que os mesmos entrevistados deram aos cursos oferecidos pela instituição de maneira presencial. Os mesmos ressaltam que os cursos; ou por serem presenciais ou por terem uma carga horária mais extensa; acumulam benefícios que podem ser entendidos como valores para uma melhoria no desempenho da organização.

Por isso, um bom uso dessas informações possibilita o HRHDS manter-se atualizado sobre a qualificação e o desempenho da mão-de-obra que possui e quais as necessidades que ainda precisam ser sanadas em relação à oferta de capacitações aos seus servidores.

Outro ponto a ser observado quanto à efetividade do plano no bom desempenho das atividades da instituição, está relacionado com a remuneração oferecida aos profissionais. Como abordado no título 6.1, a remuneração oferecida pela tabela de vencimentos é baixa e muitas vezes faz com que os profissionais busquem a progressão por cursos somente como forma de aumentar seu poder aquisitivo, alterando um dos propósitos do plano. Porém, ao se ter uma possibilidade de aumento salarial esta ferramenta traz motivação profissional e pode corroborar na qualidade na prestação dos serviços. Identificamos, portanto, que o Plano de Cargos e Vencimentos pode ser uma forma de estimular e incentivar o crescimento profissional e o desenvolvimento de novas habilidades e conhecimentos, auxiliar na comunicação interna e nas relações interpessoais; bem como, contribuir como um indispensável

Instrumento de Desempenho e Resultado. É notório que há uma necessidade de reestruturação no plano de cargos e salários do HRHDS para que esta ferramenta seja utilizada em todo seu potencial e os primeiros passos já foram percorridos na busca por melhores práticas na área de gestão de pessoas.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo buscou analisar o plano de carreira dos servidores do HRHDS, através de entrevistas objetivas e abertas, realizadas em profundidade, afim de verificar o conhecimento dos servidores sobre o plano e como ele influencia na prestação dos serviços dentro do hospital.

Os estudos demonstraram a relevância do plano de cargos e salários como ferramenta de gestão, porém o seu uso apenas de maneira formal, não é suficiente para motivar os funcionários e conseqüentemente auxiliar no desempenho da organização. São muitos os fatores influenciadores da motivação humana, dentre eles, o clima e cultura organizacional; a importância das capacitações como contribuição para o sucesso da instituição, desenvolvimento e qualificação da mão de obra e uma remuneração digna como forma de reconhecimento pelos esforços e serviços prestados, que atenda as necessidades básicas.

No campo da saúde o Sistema Único de Saúde possui amplos desafios em relação ao Plano de Carreira, Cargos e Salários, que precisam ser equacionados. A abrangência nacional da saúde pública requer esforços da tríade (Governo Federal, Estadual e Municipal) para possibilitar a criação de um modelo de gestão integrada, definindo-se uma política que atenda as diversas realidades em todo o país; criando ações de planejamento para uma remuneração suficiente, redução da diversidade de contratos e a valorização das relações de trabalho. Verifica-se a relevância de se investigar a gestão de pessoas e seus desafios; em especial como o Plano de Cargos e Salários vai atuar nesses contextos: se ele vai contribuir para uma gestão adequada, para a melhoria do trabalho e para o desempenho dessas instituições do SUS.

Conclui-se que, embora exista um plano de cargos e salários como ferramenta para desenvolver os profissionais do estado de SC e aumentar a qualidade dos serviços prestados, ainda é constante a falta de valorização destes profissionais, o que impede sua dedicação exclusiva aos serviços públicos de saúde, haja vista a precarização do trabalho.

Percebeu-se durante a construção deste estudo que são inúmeros os desafios na área de gestão de pessoas e que, também são muitos os fatores influenciadores na motivação humana. Desafios esses que foram abordados na pesquisa de campo, podendo ser ressaltado a estrutura precária, falta de material e carência na comunicação.

No entanto pôde ser observado que a maior desmotivação dos funcionários é o salário, que não atende as suas necessidades pessoais e familiares, pois o mesmo é abaixo da tabela do mercado. Para funcionários públicos não há dissídio da categoria, e conforme estabelece a Lei n. 323/2006, a tabela deveria ser reajustada todo mês de janeiro de cada ano, o que não ocorre, pois fica a mercê do estado, que fornece o aumento quando lhe convém, não acompanhando o nível praticado no mercado. Este aspecto reforça a percepção de defasagem da tabela salarial praticada.

Com o piso salarial baixo, surge outra problemática relacionada ao plano de cargos e salários; muitos servidores buscam a progressão salarial através dos cursos como forma de aumentarem seu poder aquisitivo, alterando um dos propósitos do plano de carreira que é o de capacitar para aperfeiçoar a mão de obra, melhorando a qualidade dos serviços prestados.

O levantamento das informações na pesquisa possibilitou analisar que o hospital fornece uma gama de cursos para atualização da área que podem ser utilizados para a progressão salarial, porém, não há demanda suficiente, essa falta de busca pode ser justificada pela falta de incentivo dos gestores, a falta de indicação de funcionários que realmente precisam de capacitação e devido ao governo fornecer cursos online de 40hs que podem ser realizados em poucas horas e no conforto da sua própria casa, ou seja, sem uma condução correta das capacitações realizadas nesta modalidade.

Mediante a análise sobre os cursos oferecidos, a principal sugestão para que o HRHDS possa obter o devido retorno do reajuste salarial pela progressão concedida, seria rever o conceito sobre os cursos realizados pela internet por ser um facilitador que não esta agregando valor e descartando a alternativa do servidor realizar os cursos presenciais. Seria pertinente a realização somente dos cursos presenciais fornecidos pelo hospital ou instituições públicas parceiras; sendo

que o critério para a progressão fosse restrito a uma prova aplicada para verificar o conhecimento adquirido, ou então uma ampla revisão na forma de condução dos cursos realizados à distância.

Por fim, ao analisarmos todo o processo em torno da gestão de capacitações, entendemos a crucial necessidade da continuidade e aperfeiçoamento do Plano de Cargos e Salários no HRHDS. Por meio de um controle efetivo no processo de Progressão por Capacitações e uma base de dados estadual com todo o histórico dos profissionais em relação ao seu desenvolvimento educacional e profissional, é possível a instituição realizar o acompanhamento de quais profissionais buscam por capacitações constantemente, os níveis de capacitações realizados pelos profissionais, avaliar qual profissional possui capacidade de assumir um cargo de chefia, dentre outras possibilidades. Ferramentas de controle e tomadas de decisão nem sempre utilizadas de forma estratégica.

Neste sentido é de suma importância utilizar-se de ferramentas para mensurar o desempenho e permitir a tomada de decisões em busca do aumento da qualidade nos serviços de saúde prestados, juntamente com o repensar do significado do SUS no país e portanto, da valorização dos profissionais neste contexto.

REFERÊNCIAS

ABRASCO- ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA – **Saúde Coletiva como compromisso**. A trajetória da Abrasco. Editora Fiocruz, ano 2006, 233p.

_____**Saúde Coletiva como compromisso**- A trajetória da Abrasco Editora Fiocruz, ano 2006.

Agenda prioritária da CIT para 2015, publicação do CONASS, Fonte:http://www.conass.org.br/index.php?option=com_content&view=article&id=4097&catid=3&Itemid=12. Acesso em: 26 de março de 2015

Arthur Chioro(a), Wilson Alecrim(b) e Antônio Carlos Nardi(c) – **Entrevista Especial:Arthur Chioro,Wilson Duarte Alecrim e Antônio Carlos Nardi**. Revista do Conselho Nacional de Secretários da Saúde (Consesus).Ano IV, número 13, p 6-15, outubro, novembro e dezembro de 2014. Disponível em:<http://www.conass.org.br/biblioteca/edicao-13-outubro-novembro-e-dez-de-2014/> Acesso em: 08 abr.2015

BISPO, Carlos Alberto Ferreira. **Um novo modelo de pesquisa de clima organizacional**. 2006. V.16. Produção – Universidade de São Paulo.

BRASIL(a). Lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990. Veto dos incisos II e III do Art.27.Câmara dos Deputados

Brasil (b) Lei nº 8.142, de 28 de Dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde.

Brasil. Lei n. 11.350, de 5 de outubro de 2006.Regulamenta o inciso 5º do art. 198 da Constituição, dispõe sobre o aproveitamento de pessoal amparado pelo parágrafo único do art 2º da Emenda Constitucional nº51.

_____ Lei n.12.871, de 22 de outubro de 2013. Institui o Programa Mais Médicos, altera as Leis no 8.745, de 9 de dezembro de 1993, e no 6.932, de 7 de julho de 1981, e dá outras providências.

_____ Lei nº 8.080 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.

_____ Resolução n. 331, de 04 de novembro de 2003. Conselho Nacional de Saúde. Princípios e Diretrizes.

_____ 266ª Reunião Extraordinária do CNS. Nota Técnica. Brasília, 11 de fevereiro de 2015.

_____ Proposta de Emenda à Constituição 451/14, de 22 de dezembro de 2014 a. Câmara dos Deputados. Inclui como garantia fundamental, plano de assistência à saúde, oferecido pelo empregador em decorrência de vínculo empregatício, na utilização dos serviços de assistência médica.

_____ Proposta de Emenda à Constituição 451/14, de 22 de dezembro de 2014. Inclui como garantia fundamental, plano de assistência à saúde, oferecido pelo empregador em decorrência de vínculo empregatício, na utilização dos serviços de assistência médica.

BORBA, Valdir R.; LISBOA, Teresinha C.; ULCHOA, Wander M. M. **Gestão Administrativa e Financeira de Organizações de Saúde**. São Paulo: Atlas, 2009.

CARBONE, Pedro Paulo; BRANDÃO, Hugo Pena; LEITE, João Batista Diniz; VILHENA, Rosa Maria de Paula. **Gestão por Competências e Gestão do Conhecimento**. 2. ed. Rio de Janeiro: FGV, 2006.

CEBES-Centro Brasileiro de Estudos de Saúde. **Pelo direito universal à saúde e pelo SUS!** Revista Saúde em Debate. Rio de Janeiro, v. 39, n. 104, p. 5-8, JAN-MAR2015. Disponível em:

<http://www.obsnetims.org.br/uploaded/8_4_2015__0_RSDv39n104.pdf> Acesso em: 05 maio 2015

CHIAVENATO, Idalberto. **Gestão de Pessoas**. 3. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2010.

_____ **Administração de Recursos Humanos: Fundamentos Básicos**. 7. ed. Barueri: Manole, 2009.

_____ **Gerenciamento pessoas**: o passo decisivo para a administração participativa. 3.ed. São Paulo: Makron Books, 1994.

CONASS- Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Discutindo Carreiras no SUS, nota técnica n.29, 2013. Brasília, 2013. 15p. Disponível em: <http://www.conass.org.br/NOTAS%20T%C3%89CNICAS%202012/NT%2029_2012%20-%20INCENTVO%20VIG.%20AGROTOXICOS.pdf> Acesso em: 22 mar.2015

_____ A Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde / Conselho Nacional de Secretários de Saúde. – Brasília: 2011. 120 p. (Coleção Para Entender a Gestão do SUS 2011, 9) Disponível em: < http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/para_entender_gestao_sus_v.9.pdf > Acesso em: 08 abr.2015

_____ Agenda prioritária da CIT para 2015, de 26 de Março de 2015 Disponível em: <http://www.conass.org.br/index.php?option=com_content&view=article&id=4097&catid=3&Itemid=12> Acesso em: 15 abr. 2015

_____ DISCUTINDO CARREIRAS NO SUS, NOTA TÉCNICA 29| 2013. Fonte: http://www.conass.org.br/NOTAS%20T%C3%89CNICAS%202012/NT%2029_2012%20-%20INCENTVO%20VIG.%20AGROTOXICOS.pdf. Acesso em: 15 de abril de 2015.

Conferência Nacional de Saúde. Oitava, 1986, Brasília-DF. Comissão Nacional de Reforma Sanitária (CNRS), Documento III, Secretaria Técnica Da Comissão Nacional Da Reforma Sanitária, Fonte1: Disponível em:

<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd05_08.pdf>
Acesso em: 24 mar.2015

Comissão Nacional de Reforma Sanitária (CNRS), Documento III, SECRETARIA TÉCNICA DA COMISSÃO NACIONAL DA REFORMA SANITÁRIA, Rio de Janeiro – RJ,1987. Fonte: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd05_08.pdf>. Acesso de 23 de março de 2015.

COSTA, Michel A. Palma. A motivação de Maslow. 2008. Disponível em <http://rotasfilosoficas.blogs.sapo.pt/2117.html>. Acesso em: 15 de março de 2015.

Curso de Graduação Tecnológica – Planejamento e Gestão para o Desenvolvimento Rural da SEAD/UFRGS, São Paulo: Editora UFRGS, 2009. Disponível em <http://www.ufrgs.br/cursopgdr/downloadsSerie/derad005.pdf>. Acesso em 09/05/2015.

CHIORO, Arthur; ALECRIM, Wilson; e NARDI Antônio Carlos – Revista do Conselho Nacional de Secretários da Saúde (Consesus).Ano IV, número 13, outubro, novembro e dezembro de 2014 Fonte: <http://www.conass.org.br/biblioteca/edicao-13-outubro-novembro-e-dez-de-2014/>. Acesso em 13 de abril de 2015.

FINAMOR, Ana Ligia Nunes et al. **Gestão de Pessoas em Saúde**. 1. ed. Rio de Janeiro: FGV, 2010. 156 p.

FONSECA, J. J. S. **Metodologia da pesquisa científica**. Fortaleza: UEC, 2002. Apostila.

FORMENTI, Ligia. MEC libera criação de cursos de Medicina em 39 municípios do país. 04 de setembro de 2014. Disponível em: <<http://educacao.estadao.com.br/noticias/geral,mec-libera-criacao-de-cursos-de-medicina-em-39-municipios-do-pais,1554820>> Acesso em: 06 abr.2015

Frente Nacional Contra a Privatização da Saude, 2012. **Documento “Contra fatos não há argumentos que sustentem**

as Organizações Sociais no Brasil” Relatório Analítico de Prejuízos à Sociedade, aos Trabalhadores e ao Erário por parte das Organizações Sociais (OSs). Disponível em: <http://www.cfess.org.br/arquivos/relatorioanalitico_frentecontrasOS.pdf> Acesso em: 10 maio 2015

GERHARDT, Tatiana Engel; SILVEIRA, Denise Tolfo. **Métodos de pesquisa**. Universidade Aberta do Brasil – UAB/UFRGS e

GESTÃO DO TRABALHO E DA EDUCAÇÃO NA SAÚDE, coleção Para entender a Gestão do SUS,2011, volume9 1ª Edição – Conselho Nacional de Secretários de Saúde - CONASS.Fonte:http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/para_entender_gestao_sus_v.9.pdf

GODOY, Arilda Schmidt. **Introdução à pesquisa qualitativa e suas possibilidades**. RAE – Revista de Administração de Empresas, São Paulo, v. 35, n. 2, p. 57-63, 1995. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/rae/v35n3/a04v35n3.pdf>. Acesso em 09/05/2015.

GOMES, Eduardo Braz Pereira. **Cultura Organizacional: um estudo de caso**. 2000.

KNAPIK, Janete. **Gestão de Pessoas e Talentos**. Curitiba: Ibplex, 2006.

KUAZAQUI, Edmir, TANAKA, Luiz Carlos Takeshi. **Marketing e gestão estratégica em saúde**. Thomson Learning, 2008.

MACHADO, Maria Lucia Teixeira. **Capacitação dos trabalhadores de saúde na atenção básica: impactos e perspectivas**. Rev. Eletr. Enf. [Internet]. 2007. Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/revista/v9/n2/v9n2a08.htm>. Acesso em 09/05/2015.

MENDES, Áquilas. A longa batalha pelo financiamento do SUS. 2013 ,v.22, n.4, p.987-993. Saúde Soc. São Paulo Disponível em: <http://www.ipea.gov.br/portal/index.php?option=com_Contente&View=article&id=19113>Acesso em: 15 abr.2015

MILKOVICH, George T.; BOUDREAU, John W. **Administração de Recursos Humanos**. 1. ed. São Paulo: Atlas, 2013.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. PCCS-SUS: Diretrizes Nacionais para a Instituição de Planos de Carreiras, Cargos e Salários no Âmbito do Sistema Único de Saúde, 2006. 52p. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos).

_____ Portaria n. 626/GM, de 8 de abril de 2004. Cria Comissão Especial para elaborar as diretrizes do Plano de Carreira, Cargos e Salários do âmbito do SUS.

_____ Portaria n. 3.189, de 18 de dezembro de 2009. Dispõe sobre as diretrizes para a implementação do programa de Formação de Profissionais de Nível Médio para a Saúde (PROFAPS).

_____ Portaria n. 1.168, de 07 de julho de 2005. Redefine os objetivos da RET-SUS e dá outras providências.

_____ Portaria n. 1.298/GM, de 28 de novembro de 2000 (Revogada pela Portaria n.1.168, de 07 de julho de 2005) Redefine os objetivos da RET-SUS e dá outras providências.

MOVIMENTO SAÚDEMAISDEZ – PEC 321/2013 – Disponível em: <<http://www.saudemaisdez.org.br/>> Disponível em: <<https://www.facebook.com/SaudeMais10/posts/937214789663226>> Acesso em: 05 maio 2015

NEVES, Jose Luiz. Pesquisa Qualitativa – Características, usos e possibilidades. **Caderno de Pesquisas em Administração**, São Paulo, v.1, n.03, 2.sem., 1996.

Paim, Jairnilson Silva. **O que é o SUS**. FIOCRUZ. 2013, 4ª reimpressão, pg130.

Pessanha, Elina Gonçalves da Fonte; Artur, Karen. **Direitos trabalhistas e organização dos trabalhadores num contexto**

de mudanças no mundo do trabalho: efeitos sobre os trabalhadores da saúde . Ciência & Saúde Coletiva, 18(6):1569-1580, 2013

PIOLA, Sérgio F. , ET AL. Financiamento Público da Saúde: Uma história à procura de rumo- IPEA- Instituto de Pesquisa Economica Aplicada- Fundação pública vinculada à Secretaria de Assuntos Estratégicos da Presidência da República. Rio de Janeiro, julho de 2013.

PIRES, Denise Elvira. Precarização do Trabalho em Saúde. Escola Politécnica de saúde Joaquim Venâncio. FIOCRUZ. Disponível em: <<http://www.epsjv.fiocruz.br/dicionario/verbetes/pretrasau.html>> Acesso em: 05 maio 2015

Reforma Sanitária. Fiocruz – Site: Pense Mais SUS. Disponível em: <<http://pensesus.fiocruz.br/reforma-sanitaria>> Acesso em: 09 jun. 2015

RUTHES, Rosa Maria; CUNHA, Isabel Cristina K. Olm. **Gestão por Competências nas Instituições de Saúde uma Aplicação Prática**. São Paulo: Martinari, 2008.

SANTOS, Maria Angelica Borges. **“Terceirização da prestação de serviços de saúde no SUS: o caso das análises clínicas”**, Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Ministério da Saúde, FIOCRUZ, 2012, 144p. Disponível em: <<http://bvssp.icict.fiocruz.br/lildbi/docsonline/get.php?id=3022>> Acesso em: 05 maio 2015

SILVA, Reinaldo O. **Teorias da Administração**. São Paulo: Pioneira Thomson Learning, 2015.

SUEHIRO, Adriana Cristina Boulhoça et al. **Vulnerabilidade ao estresse e satisfação no trabalho em profissionais do Programa de Saúde da Família**. Bol. Psicol, São Paulo, v. 58, n. 129, 2008. Disponível em http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S000

6-59432008000200008&lng=pt&nrm=iso.
em 09/05/2015.

Acessos

8ª Conferência Nacional de Saúde, Relatório Final, 17 a 21 de
março de 1987

Fonte:

http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/relatorios/relatorio_8.pdf

APÊNDICES

APÊNDICE A – Termo de Consentimento



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
SECRETARIA DE EDUCAÇÃO PROFISSIONAL E TECNOLÓGICA
INSTITUTO FEDERAL DE EDUCAÇÃO, CIÊNCIA E TECNOLOGIA DE SANTA CATARINA
DEPARTAMENTO DE ENSINO, PESQUISA E EXTENSÃO
CAMPUS JOINVILLE

AUTORIZAÇÃO PARA USO DE ENTREVISTA

Eu, _____, brasileiro
(a), profissão _____, portador (a) do RG
n.º _____, domiciliado (a) e residente na
Rua _____, n.º _____,
Bairro _____, na cidade _____, estado
_____, autorizo o uso de minha entrevista, concedida à Sra. Maria
Cristina Santana Dos Santos, RG 5.960.958, exclusivamente para fins
acadêmicos (dissertação, artigos, dentre outros). Os nomes dos
entrevistados não serão mencionados nas análises e possíveis publicações
realizadas.

Assinatura: _____

Joinville, _____ de _____ de _____.

APÊNDICE B – Questionário



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
SECRETARIA DE EDUCAÇÃO PROFISSIONAL E TECNOLÓGICA
INSTITUTO FEDERAL DE EDUCAÇÃO, CIÊNCIA E TECNOLOGIA DE SANTA CATARINA
DEPARTAMENTO DE ENSINO, PESQUISA E EXTENSÃO
CAMPUS JOINVILLE

QUESTIONARIO

1. Quantos anos você possui como servidor do HRHDS?
() 3 á 5 anos () 6 á 10anos () 11 á 15 anos () 16 á 20anos () 21 ou mais
2. Para qual nível de escolaridade você prestou concurso?
() fundamental () médio () superior
3. Possui cursos de qualificação em sua área profissional?
() sim () não
4. Você está ciente que o HRHDS possui plano de carreira e vencimentos?
() sim () não
5. Você já teve progressão salarial?
() sim () não
6. Quantas vezes?
R:

ENTREVISTAS SEMIESTRUTURADAS

7. Qual sua opinião sobre a lista de cursos que são disponibilizados no plano de carreira e vencimentos para sua área?
8. O que você tem a dizer sobre os cursos já realizados para a progressão no plano de carreira e vencimentos? Eles fizeram diferença no seu trabalho rotineiro?
9. Como ferramenta motivacional aos servidores do HRHDS, na sua opinião, o plano de carreira e vencimento está sendo bem aproveitado?
10. Na sua concepção o aumento salarial da progressão, vale apenas pelo dinheiro investido nos cursos?

ANEXOS

ANEXO A – Autorização Para Realização de Pesquisa



MINISTÉRIO DA SAÚDE - Conselho Nacional de Saúde - Comissão Nacional de Ética em Pesquisa - CONEP

FOLHA DE ROSTO PARA PESQUISA ENVOLVENDO SERES HUMANOS

1. Projeto de Pesquisa: Análise do plano de carreira e vencimentos dos servidores do Hospital Regional Hans Dieter Schmidt e sua influência na qualidade do serviço prestado na instituição.		2. Número de Participantes da Pesquisa: 30	
3. Área Temática:			
4. Área do Conhecimento: Grande Área 4. Ciências da Saúde			
PESQUISADOR RESPONSÁVEL			
5. Nome: Karina Pereira			
6. CPF: 046.861.569-05	7. Endereço (Rua, n.º): EDGAR KLEIN COSTA II SILVA 226 JOINVILLE SANTA CATARINA 89218450		
8. Nacionalidade: BRASILEIRO	9. Telefone: (47) 3425-2794	10. Outro Telefone:	11. Email: mirandakps@gmail.com
12. Cargo:			
<p>Termo de Compromisso: Declaro que conheço e cumprirei os requisitos da Resolução CNS 466/12 e suas complementares. Comprometo-me a utilizar os materiais e dados coletados exclusivamente para os fins previstos no protocolo e a publicar os resultados sejam eles favoráveis ou não. Aceito as responsabilidades pela condução científica do projeto acima. Tenho ciência que essa folha será anexada ao projeto devidamente assinada por todos os responsáveis e fará parte integrante da documentação do mesmo.</p>			
Data: <u>23</u> / <u>03</u> / <u>2015</u>		 Assinatura	
INSTITUIÇÃO PROPONENTE			
13. Nome: Hospital Regional Hans Dieter Schmidt/SES/SC	14. CNPJ: 02.951.245/0024-55	15. Unidade/Orgão:	
16. Telefone: (47) 3481-5000	17. Outro Telefone:		
<p>Termo de Compromisso (do responsável pela instituição): Declaro que conheço e cumprirei os requisitos da Resolução CNS 466/12 e suas Complementares e como esta instituição tem condições para o desenvolvimento deste projeto, autorizo sua execução.</p>			
Responsável: <u>Tânia Maria Eberhard</u>	ou: <u>379.700.979-87</u>		
Cargo/Função: <u>Diretora Geral</u>	 Assinatura		
Data: <u>23</u> / <u>03</u> / <u>2015</u>			
PATROCINADOR PRINCIPAL			
Não se aplica.			

ANEXO B – Tabela de cargos, competências e o nível inicial/final para progressão em cada competência.

CARGO	QUANTITATIVO	COMPETÊNCIAS	QUANTITATIVO POR COMPETÊNCIA	NÍVEL INICIAL	NÍVEL FINAL
TÉCNICO EM GESTÃO E PROMOÇÃO DE SAÚDE	16.951	Agente de Serviços Gerais	2284	1	4
		Copeiro	550	5	8
		Lactarista	96	5	8
		Agente em Atividades Administrativas	203	9	12
		Caldeireiro	66	9	12
		Marceneiro	25	9	12
		Carpinteiro	10	9	12
		Costureiro	56	9	12
		Cozinheiro	218	9	12
		Eletricista	118	9	12
		Encanador	66	9	12
		Jardineiro	15	9	12
		Mecânico	02	9	12
		Motorista	255	9	12
		Padeiro	17	9	12
		Pedreiro	20	9	12
		Pintor	15	9	12
		Agente de Portaria	150	9	12
		Agente de Manutenção	59	9	12
		Auxiliar de Serviços Hospitalares e Assistenciais	1273	9	12
		Atendente de Saúde Pública	659	9	12
		Agente Auxiliar de Saúde Pública	76	9	12
		Auxiliar de Enfermagem	1436	9	12
		Auxiliar de Laboratório	146	9	12
		Massagista	03	9	12
		Motorista Socorrista	115	9	12
Rádio-Operador	42	9	12		
Técnico Auxiliar de Regulação Médica	84	9	12		
Técnico em Atividades Administrativas	1855	9	12		

		Técnico em Contabilidade	28	9	12
		Técnico em Edificações	06	9	12
		Técnico em Eletricidade	10	9	12
		Técnico em Eletrônica	04	9	12
		Técnico em Informática	40	9	12
		Técnico em Manutenção de Equipamentos Médicos Hospitalares	22	9	12
		Técnico em Segurança do Trabalho	30	9	12
		Telefonista	200	9	12
		Técnico de Radiologia e Imagem	160	9	12
		Técnico em Alimentos	40	9	12
		Técnico em Enfermagem	1335	9	12
		Técnico em Fisioterapia	80	9	12
		Técnico em Imobilização Ortopédica	96	9	12
		Técnico em Higiene Dental	40	9	12
		Técnico em Instrumentação Cirúrgica	300	9	12
		Técnico em Laboratório	146	9	12
		Técnico em Nutrição	80	9	12
		Técnico em Prótese e Órtese	20	9	12
		Técnico em Radioterapia	10	9	12
		Técnico em Vigilância Sanitária	10	9	12
		Técnico em Patologia Clínica	10	9	12
		Administrador	74	13	16
		Analista de Sistemas	35	13	16

Analista Técnico Administrativo	97	13	16
Arquiteto	02	13	16
Assistente Social	160	13	16
Auditor em Saúde	30	13	16
Bibliotecário	30	13	16
Biólogo	05	13	16
Bioquímico	216	13	16
Contador	04	13	16
Economista	30	13	16
Enfermeiro	910	13	16
Engenheiro	03	13	16
Farmacêutico	120	13	16
Fiscal Sanitarista	40	13	16
Físico	08	13	16
Fisioterapeuta	70	13	16
Fonoaudiólogo	70	13	16
Profissional de Educação Física	40	13	16
Médico	1969	13	16
Médico Veterinário	06	13	16
Nutricionista	80	13	16
Odontólogo	137	13	16
Pedagogo	27	13	16
Psicólogo	80	13	16
Químico	06	13	16
Sanitarista	51	13	16
Terapeuta Ocupacional	70	13	16

ANEXO C – Tabela de Vencimentos

	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J
1	R\$ 958,37	R\$ 970,83	R\$ 983,45	R\$ 996,23	R\$ 1.009,18	R\$ 1.022,29	R\$ 1.035,59	R\$ 1.049,06	R\$ 1.062,69	R\$ 1.076,51
2	R\$ 1.090,50	R\$ 1.104,68	R\$ 1.119,04	R\$ 1.133,58	R\$ 1.148,32	R\$ 1.163,26	R\$ 1.178,38	R\$ 1.183,60	R\$ 1.209,21	R\$ 1.224,92
3	R\$ 1.240,85	R\$ 1.256,99	R\$ 1.273,33	R\$ 1.289,88	R\$ 1.306,65	R\$ 1.323,63	R\$ 1.340,84	R\$ 1.358,27	R\$ 1.375,92	R\$ 1.393,81
4	R\$ 1.411,94	R\$ 1.430,29	R\$ 1.448,80	R\$ 1.467,72	R\$ 1.486,80	R\$ 1.457,52	R\$ 1.525,70	R\$ 1.545,54	R\$ 1.565,32	R\$ 1.586,00
5	R\$ 1.034,02	R\$ 1.047,47	R\$ 1.061,09	R\$ 1.074,89	R\$ 1.088,85	R\$ 1.103,00	R\$ 1.117,36	R\$ 1.131,87	R\$ 1.146,58	R\$ 1.161,49
6	R\$ 1.176,59	R\$ 1.191,89	R\$ 1.207,37	R\$ 1.223,08	R\$ 1.236,98	R\$ 1.255,08	R\$ 1.271,40	R\$ 1.287,93	R\$ 1.304,67	R\$ 1.321,64
7	R\$ 1.338,81	R\$ 1.356,21	R\$ 1.373,76	R\$ 1.391,71	R\$ 1.409,81	R\$ 1.428,13	R\$ 1.446,70	R\$ 1.465,51	R\$ 1.484,56	R\$ 1.503,85
8	R\$ 1.523,39	R\$ 1.543,21	R\$ 1.563,28	R\$ 1.583,58	R\$ 1.604,18	R\$ 1.625,03	R\$ 1.646,16	R\$ 1.667,55	R\$ 1.689,24	R\$ 1.711,19
9	R\$ 1.194,91	R\$ 1.152,13	R\$ 1.169,21	R\$ 1.186,75	R\$ 1.204,56	R\$ 1.222,62	R\$ 1.240,95	R\$ 1.259,57	R\$ 1.278,47	R\$ 1.297,64
10	R\$ 1.317,11	R\$ 1.336,86	R\$ 1.353,68	R\$ 1.377,27	R\$ 1.397,93	R\$ 1.418,90	R\$ 1.440,18	R\$ 1.461,79	R\$ 1.483,71	R\$ 1.505,97
11	R\$ 1.528,55	R\$ 1.551,48	R\$ 1.574,76	R\$ 1.598,38	R\$ 1.622,35	R\$ 1.646,69	R\$ 1.671,39	R\$ 1.696,47	R\$ 1.721,91	R\$ 1.747,73
12	R\$ 1.773,95	R\$ 1.800,55	R\$ 1.827,56	R\$ 1.854,98	R\$ 1.882,81	R\$ 1.911,05	R\$ 1.939,72	R\$ 1.968,81	R\$ 1.998,35	R\$ 2.028,32
13	R\$ 1.513,21	R\$ 1.543,47	R\$ 1.574,35	R\$ 1.605,83	R\$ 1.637,95	R\$ 1.670,71	R\$ 1.704,11	R\$ 1.738,20	R\$ 1.773,00	R\$ 1.808,43
14	R\$ 1.844,58	R\$ 1.881,49	R\$ 1.919,12	R\$ 1.957,50	R\$ 1.996,64	R\$ 2.036,58	R\$ 2.077,30	R\$ 2.118,86	R\$ 2.161,24	R\$ 2.204,45
15	R\$ 2.248,54	R\$ 2.293,52	R\$ 2.339,40	R\$ 2.386,18	R\$ 2.443,90	R\$ 2.482,58	R\$ 2.532,23	R\$ 2.582,87	R\$ 2.634,53	R\$ 2.687,22
16	R\$ 2.740,96	R\$ 2.796,98	R\$ 2.851,71	R\$ 2.908,74	R\$ 2.966,91	R\$ 3.026,26	R\$ 3.086,77	R\$ 3.148,51	R\$ 3.211,49	R\$ 3.257,70

TABELA DE VENCIMENTOS (DEZEMBRO/12)