

**ESCOLA DE GOVERNO PROFESSOR PAULO NEVES DE CARVALHO**

**Curso Superior de Administração Pública**

Nathália Caroline de Souza Reis

**ANÁLISE DA ESTRUTURA DAS CARREIRAS DE MÉDICOS E  
PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM DA FHEMIG E O PERFIL DE SEUS  
OCUPANTES**

**Belo Horizonte**

**2016**

Nathália Caroline de Souza Reis

**ANÁLISE DA ESTRUTURA DAS CARREIRAS DE MÉDICOS E  
PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM DA FHEMIG E O PERFIL DE SEUS  
OCUPANTES**

Monografia do Curso de Graduação em  
Administração pública da Escola de Governo  
Professor Paulo Neves de Carvalho – Fundação  
João Pinheiro, como requisito para a obtenção  
do título de Bacharel em Administração Pública

Orientadora: Kamila Pagel de Oliveira

**Belo Horizonte**

**2016**

R375a

Reis, Nathália Caroline de Souza.

Análise da estrutura das carreiras de médicos e profissionais de enfermagem da FHEMIG e o perfil de seus ocupantes [manuscrito] / Nathália Caroline de Souza Reis. -- 2016. [10], 110 p. : il.

Monografia de conclusão de curso (Graduação em Administração Pública) – Fundação João Pinheiro, Escola de Governo Professor Paulo Neves de Carvalho, 2016.

Orientador: Kamila Pagel de Oliveira

Bibliografia: p. 94-99

1. Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais (Fhemig).  
2. Saúde pública – Minas Gerais. 3. Medicina social – Minas Gerais. 4. Recursos humanos – Minas Gerais. 5. Carreira – Pessoal de saúde – Minas Gerais. I. Oliveira, Kamila Pagel de. II. Título.

614(815.1)

Nathália Caroline de Souza Reis

Análise da estrutura das carreiras de Médicos e Profissionais de Enfermagem da FHEMIG e o perfil de seus ocupantes.

Trabalho de Monografia apresentado ao Curso de Graduação em Administração Pública da Escola de Governo Professor Paulo Neves de Carvalho – Fundação João Pinheiro, como requisito para a obtenção do título de Bacharel em Administração Pública.

Áreas de concentração: Gestão de Pessoas e Sociologia

### **Aprovada na Banca Examinadora**

---

Prof<sup>ª</sup> Kamila Pagel de Oliveira EG/FJP (Orientadora)

---

Prof<sup>ª</sup> Rosânia Sousa EG/FJP (Banca Examinadora)

---

Adriana Kely de Souza (Banca Examinadora)

**Belo Horizonte, 28 de novembro de 2016**

## **AGRADECIMENTOS**

Em princípio, agradeço ao Mestre-mor, ao Senhor Deus por todo amparo e por prover os meus caminhos de bênçãos e de pessoas iluminadas.

Ao meu Pai e à minha Mãe, um muito obrigada pelo apoio e saudosismo que me ensinaram a apreciar a vida, mesmo perante as intempéries que o destino nos agracia.

Aos meus amados Irmãos, agradeço por serem minhas fontes de amparo e motivação.

Aos meus queridos Amigos de faculdade que tanto me ensinaram e acrescentaram em minha vida durante todos esses anos, obrigada por fazerem de mim alguém melhor.

Às minhas amadas companheiras da República Malaika, obrigada por todo apoio e acolhimento, obrigada minhas irmãs de vida!

A todos os servidores e servidoras que me ajudaram e acolheram na ADC e no JXXIII, em especial à minha querida tutora Wânia Ferrari, por toda ajuda prestada e pelos grandes ensinamentos.

À minha querida orientadora Kamila Pagel, que por incansáveis vezes foi luz nos meus caminhos, guiando-me e apoiando as minhas decisões.

Ao Professor Reinaldo Carvalho, muito obrigada por toda solicitude e disposição.

A todos vocês, os meus sinceros agradecimentos! Este trabalho carrega meu nome, mas não seria construído sem que houvesse a contribuição de todos vocês!

## RESUMO

A Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais (FHEMIG) se firma como um importante expoente na promoção da saúde pública a nível estadual. Por prestar serviços de complexidade secundária e terciária, apresenta um vasto contingente de pessoal nas diversas especializações da área da saúde. Isso aumenta o desafio dos gestores de recursos humanos da Fundação, que devem se mirar nos Princípios basilares da administração pública para promover uma equidade e justiça entre os profissionais. Contudo, os instrumentos apresentam falhas, privilegiando certos agrupamentos profissionais em detrimento de outros, o que acirra os conflitos interprofissionais e tenciona o ambiente organizacional. Mais do que isso, muitas vezes os mecanismos de gestão reproduzem relações de dominação entre diferentes grupos envolvidos em um dado contexto. Tendo em vista a complexidade do ambiente organizacional em que se inserem as ocupações da saúde, o presente estudo buscou analisar a estrutura das carreiras de Médicos e Profissionais de Enfermagem e o perfil de seus ocupantes, a luz de duas disciplinas: a Gestão de Recursos Humanos e a Sociologia das Profissões. Desse modo, procurou-se examinar como se constituem os desenhos dessas carreiras, bem como delinear o perfil socioeconômico dos profissionais que as compõem, com o intuito de verificar como se estabelecem as relações de poder e os capitais simbólicos apropriados pelos grupos dominantes e dominados. Para tanto, foram realizadas pesquisa bibliográfica, análise documental e pesquisa de campo por meio de aplicação de questionários em uma Unidade Hospitalar da FHEMIG. A partir da consolidação dos dados percebeu-se que a carreira dos Médicos apresenta uma série de vantagens, benefícios e prerrogativas que lhes posiciona em uma condição de “superioridade” frente a carreira dos Profissionais de Enfermagem. Além disso, pôde-se identificar a composição do perfil desses profissionais em que os médicos são, em sua maioria, homens e brancos e os Profissionais de Enfermagem são mulheres e negras. Em suma, pôde-se inferir que os médicos utilizam da burocracia como forma de legitimar o seu poder simbólico e a manutenção do *status quo*, perpassando o campo do trabalho, reforçando as desigualdades histórico-sociais que consolidaram a formação social do país.

Palavras-chave: Sociologia das Profissões; GRH; Carreiras da saúde; Relações de poder; FHEMIG.

## **ABSTRACT**

The Hospital Foundation of the State of Minas Gerais (FHEMIG) is an important exponent in the promotion of public health at the state level. By providing services of secondary and tertiary complexity, it presents a large contingent of personnel in various health specializations. This raises the challenge of the Foundation's human resource managers, who should focus on the basic Principles of Public Administration to promote fairness and fairness among practitioners. However, the instruments present flaws, favoring certain professional groupings to the detriment of others, which intensifies interprofessional conflicts and intends the organizational environment. More than this, management mechanisms often reproduce relations of domination between different groups involved in a given context. Considering the complexity of the organizational environment in which occupations of health are inserted, the present study sought to analyze the structure of careers of Nursing Doctors and Professionals and the profile of their occupants, in the light of two disciplines: Human Resources Management And the Sociology of Professions. In this way, it was tried to examine how the designs of these careers are constituted, as well as to delineate the socioeconomic profile of the professionals that compose them, in order to verify how the power relations and appropriate symbolic capitals are established by the dominant and dominated groups. For that, we performed bibliographic research, documentary analysis and field research through the application of questionnaires in a Hospital Unit of FHEMIG. From the consolidation of the data it was noticed that the medical career presents a series of advantages, benefits and prerogatives that positions them in a condition of "superiority" to the career of the Nursing Professionals. In addition, it was possible to identify the composition of the profile of these professionals in which the doctors are, for the most part, men and whites and the Nursing Professionals are women and blacks. In short, it can be inferred that doctors use bureaucracy as a way of legitimizing their symbolic power and maintaining the status quo, bypassing the field of work, reinforcing the historical and social inequalities that have consolidated the country's social formation.

**Keywords:** Sociology of Professions; GRH; Health Careers; Power relations; FHEMIG.

## **LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS**

AMB – Associação Médica Brasileira

COFEN – Conselho Federal de Enfermagem

COREN – Conselho Regional de Enfermagem

CFM – Conselho Federal de Medicina

CNRM – Conselho Nacional de Residência Médica

DIGEPE – Diretoria de Gestão de Pessoas

FHEMIG – Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais

GRH – Gestão de Recursos Humanos

HJXXIII – Hospital de Pronto Atendimento João XXIII

MED – Médico

PCCR – Plano de Cargos, Carreiras e Remuneração

PENF – Profissional de Enfermagem

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO</b> .....	10
<b>2 GESTÃO DE RECURSOS HUMANOS</b> .....	14
2.1 Subsistema de Desenvolvimento de Pessoas.....	16
2.2 Subsistema de Compensação.....	19
2.3 Planos de Cargos, Carreiras e Remuneração .....	29
<b>3 SOCIOLOGIA DAS PROFISSÕES</b> .....	40
3.1 Conceito de profissões.....	40
3.2 Profissões e Poder .....	43
3.3 Profissões da Saúde .....	45
<b>4 METODOLOGIA</b> .....	54
<b>5 ANÁLISE DO DESENHO DAS CARREIRAS DE MÉDICOS E PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM</b> .....	61
5.1 Atribuições .....	62
5.2 Estrutura das carreiras.....	62
5.3 Carga horária .....	70
<b>6 ANÁLISE DOS RESULTADOS</b> .....	80
6.1 Análise do Banco de Dados.....	80
6.2 Análise dos questionários.....	83
<b>7 CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....	91
<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b> .....	94
<b>APÊNDICE</b> .....	100
APÊNDICE A - TABELAS SALARIAIS .....	100
APÊNDICE B - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO .....	106
APÊNDICE C - QUESTIONÁRIO PARA SERVIDORES DA FHEMIG .....	107

## 1 INTRODUÇÃO

A Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais (FHEMIG), fundada em 1977, de caráter público, tem como missão

Prestar assistência hospitalar de complexidade secundária e terciária, com importância estratégica regional e estadual, participando da formulação da política de gestão para hospitais integrados ao Sistema Único de Saúde (SUS) de Minas Gerais<sup>1</sup>.

Essa instituição administra 21 Unidades Hospitalares, atuando exclusivamente para o Sistema Único de Saúde (SUS). Essas 21 unidades se localizam na Região Metropolitana de Belo Horizonte (RMBH) e em cidades do interior do estado (Barbacena, Bambuí, Juiz de Fora, Patos de Minas, Três Corações e Ubá). Essas unidades se distribuem conforme os seguintes complexos de especializações: Urgência e Emergência; Hospitais Gerais; Especialidades; Reabilitação e Cuidado ao Idoso; Saúde Mental; e MG Transplantes<sup>2</sup>.

Assim, a inserção da FHEMIG na área da saúde com a prestação de serviços de atenção secundária e terciária de diferentes complexidades, faz com que essa organização se firme como um importante expoente de promoção da saúde pública, figurando um espaço ímpar para o estado de Minas Gerais na geração de bem-estar social e de qualidade de vida para a população.

A Fundação Hospitalar conta com mais de 15 mil profissionais, os quais podem ter vínculo baseado no regime de contratos ou no regime estatutário. A lei nº 15.462/2005, no artigo 3º, inciso II, institui as seguintes carreiras para esse órgão: Auxiliar de Apoio da Saúde (AUAS); Técnico Operacional da Saúde (TOS); Analista de Gestão e Assistência à Saúde (AGAS); Profissional de Enfermagem (PENF); e Médico (MED).

Para gerir um quadro de pessoal dessa magnitude, o setor de gestão de pessoas da FHEMIG apresenta um desafio maior. Pressionado sobremaneira em diversos aspectos, a afirmação de alguns preceitos básicos da gestão de pessoas, como a equidade

---

<sup>1</sup>Disponível em <http://www.fhemig.mg.gov.br/pt/institucional/missao-e-valores>

<sup>2</sup> Disponível em <http://www.fhemig.mg.gov.br/pt/institucional/estrutura-organizacional-legal>

interna no ambiente de trabalho, deve ser refletida na estruturação dos Planos de Cargos, Carreiras e Remuneração (PCCR), além de ser fundamental para reter e motivar os trabalhadores e, assim, contribuir para o alcance dos objetivos organizacionais.

Contudo, a possibilidade de existência da iniquidade interna (desequilíbrio na relação contribuições/retribuições entre trabalhadores e organização), que se reflete em um desenho de PCCR disforme, pode demonstrar, sob a ótica da Sociologia das Profissões, uma tendência para além de uma disfunção dos instrumentos de Gestão de Recursos Humanos (GRH). Pode esboçar também, a ressonância da estrutura social em que se inserem as profissões em jogo.

Assim, os conflitos de classes, as relações de poder, a dominância e subordinação de um grupo em detrimento de outro (pobres, ricos, negros, brancos, indígenas, mulheres, homens, homossexuais, heterossexuais, etc.), ou seja, essas interações sociais entre os diversos atores e grupos que compõem a sociedade, podem estar igualmente refletidas na estruturação de sistemas de gestão de pessoas, nos instrumentos de remuneração, de cargos, de carreiras e até no perfil dos ocupantes dos cargos, ainda que a organização se mire nos Princípios de Equidade, Impessoalidade, Igualdade, tal como a administração pública brasileira se fundamenta.

Destarte, no que diz respeito aos recursos humanos na área da saúde, existe uma série de peculiaridades próprias das funções realizadas e do que a instituição se propõe a oferecer que tornam a gestão de pessoas ainda mais decisiva na FHEMIG. Tendo em vista que, os impactos dos sistemas e estruturas de gestão de pessoas incidem diretamente sobre as relações de trabalho, interferindo nos incentivos e motivações dos trabalhadores, a produtividade também pode ser afetada. E nesse caso, a produtividade dos profissionais das carreiras em análise, PENF e MED, é crucial para a qualidade do serviço de saúde prestado ao cidadão.

De todo modo, os PCCR são um dos instrumentos de gestão utilizados pela GRH das organizações, situado no Subsistema de Desenvolvimento de Pessoas (DUTRA, 2014). Esses planos afetam tanto o equilíbrio interno quanto o externo da instituição. O equilíbrio interno é formado por uma avaliação acertada dos cargos de maneira hierarquizada, sendo importante para afirmação da equidade, uma vez que, os trabalhadores comparam entre si as remunerações recebidas e percebem as diferenças

existentes. Já o equilíbrio externo, está relacionado com a competitividade dos salários oferecidos pela organização perante o mercado de trabalho, estabelecendo ligação à valorização do trabalhador (PONTES, 2004).

A estabilização nesses estágios de equilíbrio é fundamental para a sobrevivência da organização, tendo em vista que o não atingimento pode se configurar como um fator dificultador na retenção de mão-de-obra (equilíbrio externo) e na satisfação dela (equilíbrio interno). Servidores mal remunerados, sem perspectivas de crescimento nas carreiras e desvalorizados não se sentirão estimulados a permanecer na organização e procurarão outras oportunidades de trabalho ou ficarão desmotivados.

Por outro lado, sob uma perspectiva sociológica, essas diferenças refletem a estrutura social em que se inserem essas profissões, as quais, segundo Bourdieu (1989), as classes mais privilegiadas deteriam os meios de reverberar seu *status* dominante por deterem maior capital simbólico e, assim, ditarem as “regras do jogo”. Esse capital simbólico é entendido como o prestígio, o reconhecimento e o saber, os quais estão suscetíveis de serem manipulados conforme o grau de poder exercido pelos grupos sociais.

Desse modo, tendo em vista a limitação e escassez dos recursos, especialmente tratando-se de serviço público, os grupos interagem em processos que, via de regra, resultam em perdas e ganhos, configurando-se, assim, um espaço de conflito, em que os conflitos se estabelecem “como condição *sine qua non* da vida em sociedade, nas instituições, nas profissões” (ELIAS, 2006 *apud* SANTOS, 2011).

Sendo assim, para as profissões da saúde essa relação conflituosa não seria diferente, sendo, por vezes, até mais acirrada. De acordo com Starr (1991 *apud* SANTOS, 2011, p. 36), em sua análise da sociedade norte-americana (a qual não deixa de refletir a realidade brasileira) "a autoridade cultural da medicina fora convertida em privilégios", em que "a institucionalização da medicina na sociedade norte-americana trouxera ganhos sociais, econômicos e políticos para as profissões médicas". Em contrapartida, as profissões ligadas à enfermagem ganharam uma posição subsidiária, de apoio as condutas médicas, segundo Florentino e Florentino (2009), “no que diz respeito ao enfermeiro, o seu capital intelectual não originou um capital simbólico”, tal como ocorre na medicina.

Destarte, o enfoque desse estudo se dará nas carreiras de PENF e MED, ambas inerentes à prestação de assistência à saúde. Portanto, esse trabalho busca responder a problemática: quais as características das carreiras de Médicos e Profissionais de Enfermagem da FHEMIG e qual o perfil de seus ocupantes?

Assim, tem como intuito analisar a estrutura das carreiras de Médicos e Profissionais de Enfermagem e o perfil de seus ocupantes. Em que se constituem os seguintes objetivos:

- Analisar as estruturas de cargos, carreiras e remuneração de Médicos e Profissionais de Enfermagem da FHEMIG;
- Analisar as principais diferenças e semelhanças nas estruturas de cargos, carreiras e remuneração de Médicos e Profissionais de Enfermagem da FHEMIG, de acordo com suas peculiaridades;
- Identificar o perfil socioeconômico de Médicos e Profissionais de Enfermagem de uma Unidade dessa Fundação;
- Analisar a percepção dos profissionais quanto às características de cada carreira no contexto de uma Unidade Hospitalar da FHEMIG.

A existência de relações assimétricas de poder entre as duas profissões em voga, pode sinalizar, além das estruturas burocráticas das carreiras, a manutenção dos privilégios históricos das classes que compõem a sociedade brasileira. Para tanto, a análise desse estudo será limitada aos recortes de gênero e raça e se propõe à verificação dessas relações para a melhor compreensão da natureza dessas interações e de suas repercussões no espaço organizacional da FHEMIG.

## 2 GESTÃO DE RECURSOS HUMANOS

Diante de um contexto internacional de globalização, intensificação da competição e da forte tendência à uniformização tecnológica, as organizações se encontram em um cenário de grande turbulência e que exige delas o desenvolvimento de certas capacidades para se manterem vivas. Um dos diferenciais mais caros às organizações é a competência do capital intelectual. Pessoas valorizadas, motivadas e comprometidas dispõem conhecimentos, habilidades e experiências às organizações contribuindo para o desenvolvimento da instituição, e ampliação de sua vantagem competitiva. É nesse contexto que a Gestão de Recursos humanos se estabelece como ponto central na gestão estratégica da organização (RABELO-SANTOS, 2010).

A Gestão de Recursos Humanos é tida como um sistema conexo de gestão, tendo como intento maior, nas palavras de Francisco Longo, “a adequação das pessoas à estratégia de uma organização ou sistema multiorganizacional para a produção de resultados que estejam de acordo com as finalidades perseguidas” (LONGO, 2007, p. 97). Sendo assim, a GRH se projeta como um instrumento fundamental para o alcance dos objetivos organizacionais, em que as pessoas figuram como principal eixo dessa conquista. A ação desse Sistema se condiciona, segundo Chiavenato (2009), provendo, mantendo, desenvolvendo e monitorando os indivíduos integrantes da organização.

De tal modo, a GRH é tida como um grande sistema, seus componentes, os subsistemas, interagem entre si, numa relação de complementariedade para atingir o seu fim maior, os objetivos organizacionais. Uma das facetas desse processo de intenso contato entre os subcomponentes é a geração do “efeito sinérgico”, o qual consiste na capacidade da instituição de reunir todos os recursos empreendidos por seus *stakeholders* e alavancar seus resultados (CHIAVENATO, 2009).

Esse Sistema é, portanto, dividido em sete subsistemas. O primeiro deles é o Planejamento de Recursos Humanos, que atua como uma porta de entrada do Sistema e possibilita antecipar as políticas e diretrizes dos demais subsistemas. O segundo é a Organização do Trabalho, está relacionado à definição do conteúdo das tarefas e os requisitos de seus ocupantes. Em seguida, o terceiro subsistema que aparece é a Gestão do Emprego, que se relaciona à movimentação dos sujeitos dentro da organização. Já o quarto é a Gestão do Desempenho, desenvolve todas as etapas relacionadas à avaliação

da produtividade dos indivíduos. Em quinto, aparece o subsistema da Gestão da Compensação, o qual estabelece a retribuição dos trabalhadores. Na sequência, tem-se a Gestão do Desenvolvimento, que gerencia o progresso individual e coletivo. Por último, encontra-se a Gestão das Relações Humanas e Sociais, através de uma perspectiva global, da GRH como um todo, e que interage com os demais subsistemas (LONGO, 2007).

Figura 1 - Subsistemas de Gestão de Pessoas



Fonte: Longo (2007, p. 98)

Esses subsistemas devem relacionar-se entre si de maneira sinérgica para o êxito das políticas e práticas do GRH. Para que isso ocorra, segundo Longo (2007), é necessário que se observe três pontos principais. Primeiramente, todos os subsistemas devem estar operando, cada qual com um mínimo de políticas e práticas coerentemente entre elas. Em segundo lugar, é preciso que o funcionamento dos subsistemas esteja interligado, devendo haver convergência nas ações desenvolvidas por cada um. Por fim, é necessário que se reconheça a existência de uma estratégia por trás das ações e que esta seja derivada da estratégia da organização. Caso contrário, as políticas desenvolvidas não terão coesão, terão baixo potencial de sucesso e legitimidade para com os trabalhadores.

A despeito da forte e imprescindível interação estabelecida por esses subsistemas, neste trabalho o enfoque se dará em apenas dois deles, os Subsistemas de Desenvolvimento de Pessoas e o de Compensação, uma vez que, dentro dos objetivos propostos por este estudo está a realização de uma análise detalhada dos Planos de Cargos,

Carreiras e Remuneração. Tais subsistemas cumprem mais acertadamente a tarefa proposta, como se verá a seguir.

## **2.1 Subsistema de Desenvolvimento de Pessoas**

O Subsistema de Desenvolvimento de Pessoas tem como intuito fomentar e gerar meios para o desenvolvimento das pessoas e da organização, para que esta cultive suas vantagens competitivas e aquelas tenham confiança em relação a sua inserção no mercado de trabalho. Desse modo, o desenvolvimento de pessoas é entendido, para Dutra, como a "capacidade para assumir atribuições e responsabilidades em níveis crescentes de complexidade" (DUTRA, 2014, p.101). Somado a isso, esse Subsistema apresenta políticas e práticas que vislumbram o crescimento profissional dos trabalhadores, conforme o potencial de cada um, "fomentando o aprendizado necessário e definindo itinerários de carreira que conjuguem as necessidades organizacionais com os diversos perfis, expectativas e preferências individuais" (LONGO, 2007, p. 120).

Diante disso, é mister a relação estabelecida entre o Subsistema de Desenvolvimento de Pessoas com os demais subsistemas: Gestão do Emprego, na definição de como ocorrerá o fluxo de movimentação de pessoal; Gestão do Desempenho, para diagnosticar as carências de aprendizagem e os potenciais de evolução; e o de Compensação, na definição dos mecanismos de progressão salarial (LONGO, 2007).

Esse Subsistema se baseia em dois processos fundamentais, traduzidos em políticas organizacionais, quais sejam: políticas de promoções de carreira e políticas de formação. A primeira exprime as maneiras de promoções em uma carreira, tanto no sentido da contribuição que o indivíduo deposita para o atingimento dos objetivos organizacionais, quanto no sentido do retorno que a instituição o oferece, o reconhecimento obtido. Já o segundo conjunto de políticas, tem como intuito garantir o conhecimento necessário para o alcance dos intentos organizacionais, por meio de treinamento e capacitações que desenvolvam os trabalhadores e fomentem o crescimento profissional (LONGO, 2007).

Além disso, cabe ressaltar que as políticas de promoção e carreira no que tange a meritocracia, são uma das áreas de maior sensibilidade da GRH, haja visto que

“A ascensão em função do desempenho e da capacidade, e não das proximidades políticas ou pessoais, ou da mera arbitrariedade, é requisito básico que qualquer sistema de gestão pública das pessoas deve atender antes de qualquer outro” (LONGO, 2007, p.121). Portanto, é de suma importância para o fortalecimento da equidade no ambiente de trabalho, a criteriosa adoção de instrumentos de gestão da carreira respaldados na impessoalidade e nas competências dos indivíduos.

Para melhor compreensão do termo equidade no ambiente de trabalho dentro do contexto do Subsistema de Desenvolvimento, faz-se um paralelo entre o conceito de equidade preconizado pela “Teoria da Equidade” – proporcionalidade entre esforço empregado e recompensa recebida, comparativamente a outros indivíduos (DAVIS; NEWSTROM, 1992, *apud* GALLI, 2011) –, e sua aplicabilidade no Subsistema em tela. Para tanto, ele será dividido em dois conceitos menores e complementares, que juntos conformarão o entendimento de equidade: a equidade interna e a equidade externa.

O conceito de equidade interna pode ser entendido, no tocante às políticas de promoção e formação, como a equidade no acesso a formas de evolução na carreira, de capacitação e treinamento, comparativamente aos trabalhadores de uma mesma organização. Em outras palavras, essa equidade interna está relacionada às maneiras de progressão e promoção, bem como aos processos de contínua melhoria de formação, as quais devem ser realizadas respeitando-se as diferenças de cada conjunto de atividades exercidas pelos trabalhadores e visando a igualdade de oportunidades, sem prevalência de grupos ou pessoas em detrimento dos demais, em uma mesma organização. Além disso, a equidade interna representa acesso semelhante às políticas de formação, promoção e salariais de acordo com a complexidade da função exercida e dos níveis de responsabilidade incumbidos a cada trabalhador.

A equidade externa, por sua vez, pode ser interpretada como a equidade de acesso às políticas de desenvolvimento e compensação percebidas em comparação a outras organizações. Avalia, portanto, se os critérios são justos, quando comparada a, por exemplo, carreiras de outras organizações, o que repercute na percepção de valorização que o indivíduo possui na organização que se insere.

A equidade interna, então, está relacionada a percepção do indivíduo para dentro da organização, em relação a valorização de si, sua ocupação, carreira, perante as

demais. Já a equidade externa está relacionada a uma visão para fora da organização, à percepção de valorização de si no contexto do mercado de trabalho como um todo. Tendo isso em vista, distúrbios na percepção de equidade dos trabalhadores podem ocasionar: redução do esforço empregado, e, por conseguinte, redução dos resultados e entregas atingidos, além de deformação na percepção de si e dos outros (faz-se mais do que se ganha), mudança de referência e até renúncia do emprego (MAXIMIANO, 2006 *apud* GALLI, 2011).

A consciência de estar ou não em condições de equidade interfere na satisfação das pessoas para com o ambiente de trabalho. Sendo assim, os mecanismos de gestão de pessoas relacionados aos instrumentos de formação e desenvolvimento nas carreiras devem estar respaldados em proporcionar a equidade, caso contrário, para além de outros fatores, a retenção de trabalhadores estará prejudicada.

Longo (2007), ao dissertar sobre esse Subsistema, ressalta alguns pontos que carecem de uma atenção maior para o êxito das políticas que ele se propõe a efetuar e, assim, garantir o desenvolvimento acertado das pessoas na organização. O primeiro deles é harmonizar os interesses individuais e os organizacionais nos planos de carreira e sucessão, o que pode ser feito através de processos compartilhados, negociando entre as partes o planejamento dessas carreiras (DUTRA, 2012) com o intuito de obter maior adequabilidade desses instrumentos aos anseios e expectativas dos envolvidos.

O segundo aspecto levantado é a vinculação não somente do tempo, mas também do desempenho e do potencial aos critérios de promoção na carreira. Pretende-se que o desenvolvimento das pessoas não fique estagnado e condicionado unicamente ao período temporário dedicado a uma função, que seja levado em consideração a sua competência, desempenho, e outras atividades experienciadas (cursos, palestras, graduação, etc.) que podem contribuir para a execução das tarefas e atividades e, assim, para o alcance dos objetivos organizacionais.

Outro ponto destacado está relacionado à flexibilidade no progresso na carreira, não o limitando a formalidades. Ao se vincular o progresso na carreira a outros procedimentos, como um fluxo de autorizações de chefias, publicações em determinados meios de comunicação (caso do setor público), entre outros, estabelecem-se barreiras que atrapalham a celeridade do processo, como também o desenvolvimento e reconhecimento

do trabalhador, gerando insatisfação.

Por fim, Longo (2007) destaca a necessidade de se utilizar, principalmente em carreiras extremamente hierarquizadas, formas alternativas de promoções e progressões, como as carreiras horizontais, paralelas, entre outras, que serão melhor apresentadas na subseção “Plano de Cargos, Carreiras e Remuneração”.

Em vista do exposto relativo ao Subsistema de Desenvolvimento de Pessoas, verifica-se a grande relevância das políticas de formação e de desenvolvimento para o progresso das pessoas no âmbito organizacional e como elas são primárias para o alcance dos objetivos da instituição. O êxito dessas políticas depende da conformação a critérios de impessoalidade e equidade, além de uma gestão compartilhada para a estruturação dos diversos caminhos a serem desenvolvidos pelos trabalhadores no transcorrer do seu tempo de efetivo exercício em uma organização.

## **2.2 Subsistema de Compensação**

O Subsistema de Compensação, nos dizeres de Longo “inclui a gestão do conjunto de compensações retributivas (salariais e extra salariais) e não retributivas que a organização presta a seus empregados, como contrapartida à contribuição destes aos objetivos da organização, expressa através de seu trabalho” (LONGO, 2007, p. 115). Em outras palavras, esse Subsistema determina os retornos que a organização oferece aos trabalhadores, seja de maneira remuneratória, seja por meio de outros tipos de compensação (benefícios, auxílios, planos, etc.).

A Compensação estabelece, pois, relação íntima com a remuneração, abarcando-a em toda sua amplitude e indo além, compreendendo também a recompensação de pessoas pelo trabalho desempenhado, pelo esforço empregado e pela geração de valor à organização. Para tanto, deve-se harmonizar o que se dá ao que se recebe, o que se emprega ao que se retribui, proporcionando a criação de estímulos, geração de satisfação e motivação, e impactando decisivamente na retenção e atração de pessoas.

Tendo isso em vista, as políticas de compensação devem projetar e gerir as

recompensas dando suporte às demandas organizacionais, de modo que “motivem o desempenho de alto nível sem tornar os custos proibitivos” (SOUZA, BITTENCOURT & PEREIRA FILHO, 2006, p. 23). Destarte, essas políticas protagonizam importante papel na satisfação e motivação dos trabalhadores, ao mesmo tempo que devem estar alinhadas aos valores, história, estratégias e arquitetura da organização para, assim, possibilitar o desenvolvimento sustentável da instituição.

Não obstante, a gestão da Compensação deve ser condizente com a realidade, com o contexto em que se insere e, principalmente, estar de acordo com as pessoas a quem se destina, observando suas necessidades e peculiaridades, usufruindo de certo grau de flexibilidade para melhor se adaptar ao seu público-alvo (CHIAVENATO, 2009). De tal modo, deve-se buscar o envolvimento dos trabalhadores e estimulá-los a desenvolver novas competências, assim como é necessário compreender a cultura (BARBOSA 2002, *apud* SOUZA et al., 2006). A cultura “destaca a importância da esfera simbólica do mundo organizacional, valores e crenças que afetam o comportamento das pessoas no seu desempenho econômico e nos processos de mudança” (SOUZA *et al.*, 2006, p. 25).

Igualmente aos demais, esse Subsistema interage com outros subsistemas, entre os quais estão: Organização do Trabalho, no que concerne aos projetos de postos de trabalho lançando o alicerce das estruturas salariais; e Gestão do Desempenho, em relação às gratificações que variam conforme o desempenho e ao reconhecimento de ordem financeira de acordo com as contribuições depositadas pelos indivíduos na organização (LONGO, 2007).

Para melhor compreensão de como se dá a estruturação desse Subsistema, é utilizada como base a especificação dos processos descrita por Longo (2007), entretanto, são realizados alguns adendos, conforme a análise de outros autores sobre o tema.

De acordo com Longo (2007), a Compensação se estrutura em cinco processos, englobando todas as diretrizes, políticas, ferramentas e instrumentos que a organização lança mão no que concerne as suas formas de realizar a retribuição dos serviços prestados pelos trabalhadores.

O primeiro deles é o projeto de estruturas salariais. Na maioria das organizações, esse projeto de estruturas salariais está relacionado à retribuição fixa ou básica, que se fundamenta no arranjo dos postos de trabalho (LONGO, 2007), configurando-se, assim, o Plano de Cargos, Carreiras e Remuneração da organização – esse conceito é melhor explanado na próxima seção.

A remuneração fixa, também chamada de remuneração funcional, é a forma mais tradicional de retribuição utilizada pelas organizações e é baseada nos cargos presentes na instituição, ou seja, no conjunto de tarefas atribuídas aos trabalhadores. Esse modelo foi pensado para organizações de burocracia rígida, com divisão de tarefas, autoridades e responsabilidades bem definidas.

O seu valor agregado é baseado na descrição precisa e detalhada das atividades que compõem um determinado cargo. Assim, o entendimento de eficiência no trabalho deriva da execução das tarefas descritas no cargo, conforme os requisitos exigidos para ocupá-lo. Para tanto, deve-se saber com clareza o conjunto de atividades necessárias para a realização de um dado serviço/produto e dividir essas atividades em menores tarefas, até que se chegue ao produto/serviço almejado. A partir disso, remunera-se justamente aqueles que executam o mesmo conjunto de serviços e que ocupam o mesmo cargo (SOUZA *et al.*, 2006).

Esse tipo de remuneração “reforça a hierarquia e o respeito exagerado a normas e procedimentos, inibe a criatividade e o espírito empreendedor e não considera o foco nos clientes” (LAWLER, 1990 *apud* RABELO-SANTOS, 2010, p. 224). Dessa forma, esse modelo proporciona baixa flexibilidade, além de gerar dificuldades no acompanhamento dos objetivos organizacionais, descrédito nas informações de pesquisas salariais, bem como a supervalorização do tempo de serviço, ao invés do desempenho apresentado (HIPÓLITO 2001 *apud* RABELO-SANTOS, 2010).

Ainda hoje, esse tipo de retribuição constitui o alicerce das políticas de remuneração de grande parte das organizações, contudo, precisa buscar a conformidade entre os interesses individuais e às estratégias organizacionais. Sendo assim, mais do que gerar o equilíbrio interno e externo, a remuneração funcional deve visar o atingimento dos resultados organizacionais, por meio do alinhamento das políticas compensatórias aos objetivos organizacionais, gerando valor à instituição (RABELO-SANTOS, 2010).

Visando melhor adaptar seus preceitos, surge uma remuneração fixa funcional modernizada, com menor apego a questões operacionais e tecnicistas e ênfase na estratégia. Incidindo sobre a estrutura de cargos, os quais tornam-se mais dinâmicos, multifuncionais e voltados para os resultados, com procedimentos de avaliação mais flexíveis, tal como a remuneração, ampliando a efetividade da política salarial (RABELO-SANTOS, 2010).

Nesse mesmo ensejo, emergem modelos alternativos de remuneração para atender as novas demandas organizacionais, com o foco nas competências e no desempenho dos trabalhadores.

Este último, que se relaciona ao desempenho, é também intitulado como remuneração variável. Ela se estabelece como uma forma complementar e flexível de remuneração, concedida periodicamente, vinculando a remuneração ao desempenho através de mecanismos de incentivos para o alcance de objetivos e superação de desafios. Tal remuneração tem sido usada como principal mecanismo para o reconhecimento do desempenho dos trabalhadores, reduzindo a ênfase dada ao salário fixo, ganhando maior destaque devido a sua característica de valorizar o desempenho, os resultados produzidos e a geração de valor à instituição (SOUZA *et al.*, 2006). Alguns dos exemplos mais comumente usados pelas instituições como tipos de remuneração variável são: bônus institucional; comissionamento ou ganhos de produtividade; participação nos lucros ou resultados; incentivos individuais ou grupais; plano de distribuição e ou compra de ações; etc. (Wood Jr. & Picarelli, 1996 apud RABELO-SANTOS, 2010).

Desse modo, ela é capaz de proporcionar maior flexibilidade à gestão da remuneração, principalmente se pensado que, no setor público, alterações nos salários-base dos servidores, provocam alterações substanciais com elevado impacto financeiro, pois se tratam de carreiras com um grande contingente de pessoal.

Contudo, a implementação da remuneração variável não é tarefa fácil, exige que a organização estabeleça com clareza o seu objetivo, o que se espera com cada forma de incentivo, tendo em vista o contexto organizacional. Além disso, deve-se delinear o papel dessa recompensa dentro da política de remuneração como um todo, estabelecendo um diálogo entre ela e as demais formas retributivas, de modo que elas estejam alinhadas no atingimento dos resultados institucionais almejados. Portanto, a

remuneração variável se firma como um componente estratégico de remuneração, podendo ser encarado como uma das peças-chave no alinhamento dos interesses individuais e organizacionais, favorecendo a consecução de resultados positivos e sustentáveis ao longo do tempo (SOUZA *et al.*, 2006).

Porém, para que a retribuição variável dê certo é premissa ter uma política de desempenho de qualidade, o que nem sempre acontece. Em organizações em que todos recebem as mesmas notas na avaliação de desempenho, a retribuição variável também será a mesma e, logo, ela não será justa e eficiente. Na verdade, desse modo o processo todo cai em descrédito. Os indivíduos perdem a confiança nos critérios avaliativos, já que todos obtêm os mesmos resultados, gerando insatisfação quanto aos instrumentos avaliativos, bem como potencializa-se o sentimento de injustiça, pelo desempenho de cada um não estar sendo realmente mensurado e reconhecido.

Um segundo modelo de remuneração alternativa é a por competências. Essa compensação corresponde a um valor adicionado ao salário fixo, dá enfoque às competências essenciais da organização, as quais geram vantagem competitiva à instituição por meio da interação dos conhecimentos, habilidades, tecnologias e sistemas (físicos, gerenciais e de valores) (PRAHALAD & HAMEL, 1990, HILL E JONES, 1998 *apud* RABELO-SANTOS, 2010). O significado de “competência” envolve o tripé conhecimentos, habilidades e atitudes. Os conhecimentos são assimilados, as habilidades integradas e as atitudes executadas, essa interação possibilita que as competências sejam apreendidas e o desempenho dos indivíduos potencializado (DURANT 1998 *apud* RABELO-SANTOS, 2010).

Assim, a remuneração por competências possibilita a flexibilização na gestão da remuneração, ocasionando a melhoria na repartição dos custos de pagamento (de maior peso nas despesas do setor público), já que está atrelada ao desempenho real e passível de observação. Permite, portanto, a diferenciação das recompensas dadas aos trabalhadores, de modo a valorizar aqueles que tenham conseguido atingir os resultados esperados, tendo como foco central o ocupante do cargo (RABELO-SANTOS, 2010).

Tal como as demais maneiras de remuneração, ela deve estar compassada aos arranjos institucionais, tais como cultura, valores, estratégias, atuando de modo congruente ao desenvolvimento organizacional.

Cabe também ressaltar que, apesar da importância dessas formas alternativas de compensação (além da funcional) para a flexibilidade e busca de convergência estratégica, há um lado negativo nesse processo. Com a introdução de formas variáveis de compensação, tem-se uma maior “insegurança” quando se trata do valor que o funcionário recebe ao final do mês, ou seja, quanto mais “alternativa” for a compensação mais instável ela é para o trabalhador. E isso pode comprometer outros aspectos de sua vida, além de gerar insatisfação com as incertezas do salário percebido.

Um segundo processo do Subsistema de Compensação são os benefícios extra salariais. Esses benefícios se traduzem em remuneração indireta e têm como objetivo melhorar a qualidade de vida dos trabalhadores. São benefícios proporcionados a todos os trabalhadores, independente da *performance* de cada um. Por proporcionarem satisfação aos trabalhadores, eles atuam em consonância à retenção e à atração de pessoas para a organização, tendo ação positiva no incremento da competitividade da instituição dentro do contexto global, gerando vantagem competitiva para a mesma. Podem ser de três tipos: seguro, proporcionam condições de segurança ao trabalhador e seus familiares (seguro de vida e assistência médico-hospitalar); complementação à aposentadoria, somam-se à aposentadoria (planos de aposentadoria privada ou ao sistema de seguridade social genérico); outros serviços, utilidades e conveniências ofertadas (férias, auxílios transporte, alimentação, e educação, etc.) (SOUZA *et al.*, 2006).

O projeto de mecanismo de evolução surge como um terceiro processo na gestão da compensação. Ele se constitui pelo crescimento da remuneração, seja por aumento real do salário, isto é, elevação do seu poder aquisitivo (CHIAVENATO, 2009) seja por recompensação por tempo de serviço, quanto maior o período de permanência na instituição (LONGO, 2007).

Como quarto processo, tem-se a administração de salários. Para melhor compreensão do conjunto de atividades que envolvem a administração de salários, é oportuna a definição do conceito “salário” e algumas de suas implicações, de antemão. O salário pode ser compreendido como o pagamento pela execução de um serviço durante determinado período de tempo, atribuindo valor ao indivíduo perante à organização, posicionando-o em uma hierarquia de *status*.

Para as pessoas, ele se estabelece como fonte de renda, ditando o padrão

de vida dos indivíduos conforme o seu poder de compra, além de repercutir sobre seu “*status* social” (sua representação para a comunidade), bem como gerar “valor individual” (possibilita o aprimoramento das qualificações individuais). Sob a perspectiva das organizações, o salário possui um caráter binário, ao mesmo tempo em que se configura como custo (de produção), é também investimento (na aplicação de recursos para ampliar os retornos) (CHIAVENATO, 2009).

Existe, para Chiavenato (2009), um conjunto de fatores internos e externo à organização que incidem sobre a composição salarial, tais como: a tipologia dos cargos da organização; a política salarial; a capacidade financeira e desempenho geral da organização; a situação do mercado de trabalho; a conjuntura econômica; os sindicatos e negociações coletivas; e a legislação trabalhista.

Dentre os objetivos destacados por Chiavenato (2009) para a administração de salários, estão:

- Remunerar cada funcionário de acordo com o valor do cargo que ocupa ou das competências que proporciona à organização
- Recompensá-lo adequadamente por seu desempenho e dedicação;
- Atrair e reter os melhores talentos para o cargo;
- Ampliar a flexibilidade da organização dando-lhe os meios adequados à movimentação do pessoal e abrindo as possibilidades de desenvolvimentos e encarecimento das pessoas;
- Obter dos funcionários a plena aceitação dos sistemas de remuneração e da política salarial adotada pela organização;
- Manter equilíbrio entre os interesses financeiros da organização e sua política de relações com os funcionários;
- Facilitar o processamento da folha de pagamento.

A partir do exposto, pode-se, então, definir a administração salarial como um conjunto de princípios e diretrizes que esboçam a orientação e a filosofia da instituição com efeito sobre as recompensas percebidas pelos trabalhadores, consolidando-se, portanto, como o norte das decisões sobre a remuneração (CHIAVENATO, 2009).

Nesse sentido, Chiavenato (2009) elenca sete critérios que essa política deve observar, sendo eles: a adequação, que condiz com o desempenho dos trabalhadores e a contribuição dada pela instituição; a equidade, diz respeito às contribuições e às recompensas equivalentes; o balanceamento, em relação às recompensas; a eficácia quanto a custos, relação entre satisfação das pessoas e resultados gerados; as seguranças, atendimento das necessidades básicas dos trabalhadores; os incentivos, tem a ver com a motivação e a produtividade; e, por fim, a aceitação pelos trabalhadores, isto é, a

compreensão do funcionamento do subsistema.

Em suma, a administração de salários é matéria fundamental na gestão do Subsistema de Compensação, pois ela se manifesta como um dos maiores atrativos de novos membros para organização, dado o seu relevante papel na projeção de renda e *status* para a sociedade, assim como tem efeitos cruciais no grau de satisfação dos trabalhadores com as retribuições percebidas, agindo imperativamente na retenção de pessoas na organização.

O quinto processo desse Subcomponente, enumerado por Longo (2007), é o reconhecimento não monetário. Esse processo consiste nas formas simbólicas de retribuição, como reconhecimento, estima, orgulho, estabilidade, segurança, entre outros, afetando a satisfação das pessoas com a instituição (CHIAVENATO, 2009).

Em síntese, os processos listados por Longo (2007) como componentes do Subsistema de Compensação são de extrema relevância para a organização não só ao que compete às políticas relacionadas à remuneração, eles se imbricam e repercutem direta e indiretamente na ação dos demais subsistemas da GRH de uma organização, principalmente à Gestão do Emprego, Desempenho e Desenvolvimento. Um ponto de relevância para o sucesso dessas medidas é o uso de estratégias de comunicação na disseminação das informações, para, assim, legitimar as políticas de compensação junto aos trabalhadores, permitindo que eles aceitem melhor e compreendam seu funcionamento (RABELO-SANTOS, 2010).

No que diz respeito à Compensação no setor público, existem dispositivos legais que atuam como balizadores na gestão de pessoas no setor estatal, tais como a Lei Complementar 101/200, mais conhecida como Lei de Responsabilidade Fiscal (LRF). Essa lei, nos artigos 17 e 21, fixa limites de gastos com pessoal e estabelece condições que restrinjam a expansão desse gasto. Além disso, a Constituição da República no artigo 169, parágrafo 1º, inciso II, determina que os gastos com pessoal devem estar previstos pela Lei de Diretrizes Orçamentárias (LDO) (BERGUE, 2014).

A remuneração dos servidores é, portanto, fixada por dispositivos legais não somente para controlar os gastos do Estado com pessoal, mas também para evitar grandes discrepâncias na remuneração entre os diversos trabalhadores. A Lei 8.852, de 4

de fevereiro de 1994, estabelece os seguintes conceitos (RABELO-SANTOS, 2010, p.244):

a) vencimento básico ou vencimento: é a retribuição devida ao servidor pelo efetivo exercício do cargo; b) vencimentos: é a soma do vencimento básico com as vantagens fixas do cargo; e c) remuneração: é a soma dos vencimentos com adicionais de caráter individual e demais vantagens, ou seja, retribuição composta de uma parte fixa e outra variável que depende de condições especiais da prestação do serviço, da produtividade ou outros aspectos definidos no estatuto do servidor

Historicamente, a remuneração fixa funcional é a mais utilizada pela Administração Pública para compensar seu quadro de pessoal. É também utilizada a remuneração variável, através de adicionais e gratificações. Contudo, a alteração desses tipos de remuneração só pode ser realizada mediante legislação originária no Executivo (RABELO-SANTOS, 2010). De acordo com Rabelo-Santos (2010), a remuneração fixa dos servidores efetivos tem sido paulatinamente transformada em subsídio conforme a brecha legal deixada pelos parágrafos 4 e 8 do artigo 39 da Constituição Federal. Tal prática poderá tornar-se um problema no futuro da administração de pessoal do Estado, uma vez que, subsídios não podem ser assimilados para fins de aposentadoria, esses servidores quando aposentarem terão reduções, muitas vezes, significativas em relação à sua remuneração.

Outrossim, é de grande importância salientar que as estratégias de compensação precisam estar em consonância às estratégias organizacionais, caso contrário, estarão condicionadas a dar retornos aos conflitos e reivindicações trabalhistas (LONGO, 2007). Partindo-se do pressuposto que as pessoas e a organização estão em uma relação constante de troca, o trabalho realizado pelas pessoas pode ser visto como suas contribuições à organização, em que esta deve retribuí-las com incentivos ou recompensas (CHIAVENATO, 2009), de modo justo, equitativo e equilibrado (RABELO-SANTOS, 2010).

Contudo, a percepção que as pessoas têm a respeito desse intercâmbio contínuo ecoa sobre a equidade no ambiente de trabalho. Não diferente do que ocorre com o Subsistema de Desenvolvimento, essa equidade é dicotômica. Ela possui abrangência tanto no nível intra-organizacional (equidade interna), quanto extra-organizacional (equidade externa).

A equidade interna no que tange à compensação é entendida como o valor relativo do cargo dentro da organização, a contribuição do mesmo no atingimento dos objetivos organizacionais (SOUZA *et al.*, 2006). Logo, a equidade intra-organizacional tem a ver com a percepção do quanto o indivíduo contribui e se há proporcionalidade com o que lhe é retribuído, bem como, comparativamente aos demais trabalhadores, se a contribuição de seus colegas de trabalho é compatível com a remuneração por eles percebida. Quando essa relação não é equivalente, há, pois, a conformação de um sentimento de injustiça e insatisfação, ampliados conforme o aumento da iniquidade. Isso gera tensão nas relações. Na tentativa de minimizar o desequilíbrio nessa relação, quando não se consegue por parte da organização a reavaliação das compensações, os indivíduos podem alterar as contribuições que depositam na instituição, reduzindo, por exemplo, seu desempenho (CHIAVENATO, 2009).

O outro ponto é a equidade externa, a qual está relacionada ao valor do cargo no mercado de trabalho, ou seja, a valorização da categoria frente às organizações em que atua (SOUZA *et al.*, 2006). A organização deve estruturar todo o seu sistema remuneratório de modo a garantir uma situação equilibrada entre os cargos que possui em sua estrutura interna frente os seus correspondentes no mercado, ou seja, observando o que se paga no mercado (CHIAVENATO, 2009), caso contrário terá dificuldades na retenção de pessoas.

Essa noção de justiça, ligada aos critérios recompensatórios e de incidência sobre as percepções de equidade no ambiente de trabalho, constitui, no tocante à justiça organizacional, o que se denomina justiça distributiva (Mcfarlin & Sweeney 1992 *apud* RABELO-SANTOS, 2010). Todavia, as novas correntes de pesquisa sobre a justiça organizacional estabelecem que a noção de justiça é multidimensional e aborda três aspectos: distributiva equitativa; procedimental e interacional.

A primeira delas tem a ver com o conteúdo, como os salários, as classificações nas avaliações de desempenho, as promoções, a distribuição de lucros (no caso do setor privado) e etc. Já a justiça procedimental tem enfoque nos processos, nas formas, isto é, denota ao processo de repartição dos recursos, a possibilidade da participação das pessoas na tomada de decisões (para além da alta gestão), com o intuito de influenciarem nos objetivos organizacionais, tal como ocorre nas formas de aumentos salariais e nas ferramentas de avaliação de desempenho. Por fim, a justiça interacional é

relativa à percepção da qualidade do tratamento interpessoal recebido, principalmente, na relação superior/subordinado. Esse tratamento além de respeitoso e digno, também está ligado às informações fornecidas aos subordinados, justificativas coerentes aos aspectos que incidem sobre os trabalhadores subalternos (REGO, 2002 *apud* RABELO-SANTOS, 2010).

Todas essas percepções interferem nos níveis de satisfação dos trabalhadores para com a instituição. Injustiças com relação aos resultados das contribuições tendem a provocar o desenvolvimento de comportamentos e atitudes negativas por parte dos indivíduos, tais como insatisfação, diminuição do desempenho de suas atividades, absenteísmo, chegando a casos de abandono do emprego. É necessário que os gestores tenham atenção e acompanhem esses fatores, buscando, sempre que possível, diagnosticar os pontos críticos que tenham causado perturbações nesses indicadores, num processo de contínua avaliação das políticas de compensação.

Conforme o exposto, depreende-se que as organizações são únicas, possuem características, contextos e demandas próprias que se alteram conforme o mercado em que estão inseridas, o público a quem destina seus serviços/produtos e seus componentes institucionais, como valores, estratégias, competências e arquitetura. Para além de atingir os objetivos organizacionais, o Subsistema de Compensação deve, segundo Chiavenato (2009), agir na manutenção do sistema organizacional interno e na adaptação ao ambiente externo. Assim, tendo em vista o contexto de instabilidade em que se inserem as organizações contemporâneas, é imprescindível a flexibilização da retribuição como estratégia adaptativa, para melhor adequação dos anseios dos trabalhadores e melhor aplicabilidade dos recursos, mediante critérios de justiça e equidade. Por conseguinte, a eficácia e efetividade da compensação dependerá de sua adaptabilidade, do balizamento com os demais subsistemas da GRH e com as estratégias organizacionais (RABELO-SANTOS, 2004 *apud* RABELO-SANTOS, 2010).

### **2.3 Planos de Cargos, Carreiras e Remuneração**

A partir das mudanças ocorridas nas organizações, relacionadas às evoluções tecnológicas, intensificação do processo globalizante da economia, além da inserção massiva das mulheres no mercado de trabalho, as carreiras também se

modificaram. De um conceito tradicional que fazia alusão à ideia de “estrada” percorrida pelos indivíduos dentro de uma, ou mais, instituição, numa espécie de “propriedade estrutural das organizações ou ocupações”, à uma concepção mais moderna imbricada ao contexto de dinamicidade em que inserem as organizações contemporâneas (KILIMNIK, CASTILHO & SANT’ANNA, 2006).

Nesse modelo tradicional, a carreira era tida como pertencente aos grupos socialmente dominantes, em que a figura masculina estava sobremaneira representada, além disso, possuía um desenho de progressão linear e vertical e era marcada pela estabilidade (KILIMNIK *et al.*, 2006). A carreira era vista como vinculada à estrutura organizacional, com estruturas mais hierarquizadas e de maior rigidez institucional, existindo uma unilateralidade na relação (DUTRA, 2012). Contudo, há três limitadores para essa concepção de carreira, ligados ao progresso, à profissão e à estabilidade. Tendo em vista que o progresso estava associado a um crescimento vertical, o crescimento está, pois, ligado a elevação no posicionamento da hierarquia, tal como uma escada, a progressão seria a elevação a um degrau, o que estaria acompanhado de um ganho financeiro e também de *status*. Sabendo-se que não existem cargos gerenciais para todos, logo, a possibilidade de ascensão não contemplaria todas as pessoas da organização, limitando a ascensão hierárquica nas carreiras. No que tange ao aspecto da profissão, relaciona-se aqui a carreira a uma profissão específica, com um conjunto de atribuições próprios de determinados segmentos profissionais. A partir disso, aqueles indivíduos que se dedicam a mais de uma profissão estariam limitados pela estrutura que não reconhece mais de uma profissão. A estabilidade, por sua vez, é tida como um pressuposto, em que as pessoas ingressariam em uma carreira e permaneceriam na mesma até a aposentadoria, sem mobilidade ou possibilidade de atuar em carreiras distintas. Assim, a limitação se daria devido à crescente instabilidade dos vínculos estabelecidos entre as instituições e os trabalhadores, seja por um perfil da geração Y ou por desejos daquelas (KILIMNIK *et al.*, 2006).

Indo ao encontro desses limitadores, a concepção tradicional de carreiras esbarra em alguns fatores que operam sobre o seu declínio, tais como: a entrada massiva das mulheres no mercado de trabalho, questionando o *status quo* dominante dos homens; aumento da escolaridade dos indivíduos, tencionando os quesitos meritocráticos de ascensão no trabalho; urbanização, complexificando as relações entre trabalhadores e

organizações; direitos civis, exigindo das instituições o tratamento ético e com respeito à dignidade da pessoa humana; globalização e crise ambiental, acirrando a competitividade com apelo as questões ambientais, introduzindo a necessidade de ações pautadas na sustentabilidade para o contexto organizacional; necessidade de adaptação das organizações, para sobreviverem ao cenário posto; e flexibilização do trabalho, como resultado das exigências do ambiente pós-moderno, marcado por intensas e constantes mudanças (CHANLAT, 1995).

Diante disso, houve uma ampliação do conceito de carreira para um modelo moderno, ela passa a ser tida não mais como algo estático, já definido, e sim como um processo a ser construído e que demanda decisivamente a participação do trabalhador para sua consolidação. Nessa nova perspectiva, o indivíduo torna-se o centro do processo, uma vez que a noção de desenvolvimento extrapola a carreira em si, englobando o desenvolvimento do indivíduo como um todo nos diferentes aspectos de sua vida, o desenvolvimento do trabalhador e a interação que ele realiza com o entorno ganham grande saliência. É, nesse contexto, transferido ao indivíduo a responsabilidade por sua carreira, não competindo mais exclusivamente à organização ditar suas normas, regras e disposições (OLIVEIRA, 1998 *apud* KILIMNIK *et al.*, 2006).

Dutra (2012) define a carreira moderna como uma sequência de posições e trabalhos, em que cada posição possui um conjunto de funções e que envolve uma série de estágios (níveis, graus, expectativas e imposições). De acordo com ele, há duas perspectivas em jogo: a do indivíduo, no seu entendimento e avaliação, no seu conjunto de experiências profissionais; e da organização, nas políticas, procedimentos, decisões, diretrizes, todos ligados ao espaço, nível, compensação e movimentação. Assim, ele conclui que nessa nova concepção a carreira passa a ser entendida também como uma série de estágios e transições variáveis.

Nesse novo modelo, a carreira pertence a grupos sociais variados, adotando um desenho de progressão descontínua e horizontal, com forte presença da instabilidade (CHANLAT, 1995). As carreiras passam a ter maior flexibilidade e agilidade, exigindo uma responsabilidade compartilhada, além de uma qualificação contínua e maior mobilidade, com intuito de gerar maior vantagem competitiva às organizações, pois pretende-se que as pessoas estejam mais engajadas e comprometidas para o alcance dos resultados (DUTRA, 2012).

Consequentemente, as carreiras passam por reconfigurações com critérios de ascensão desvinculados da estrutura e de títulos de cargos, transparência nos critérios de crescimento, estímulo e apoio à participação (DUTRA, 2012) e partem para desenhos variados em espiral, em ziguezague, em “Y”.

Assim sendo, elas tomam a forma que for necessária de modo a unir o desenvolvimento das pessoas e da organização. O formato em espiral, por exemplo, permite maior profundidade e abrangência nas habilidades desenvolvidas pelas pessoas, assim, tem-se ao mesmo tempo o conhecimento de especialistas e a uma visão mais ampla das atividades desempenhadas. Além disso, há a possibilidade de se seguir mais de uma carreira, até mesmo simultaneamente (EVANS 1996 *apud* KILIMNIK *et al.*, 2006).

Em que pese essa maior autonomia e centralidade do trabalhador sobre sua carreira, ele ainda ocupa um espaço de tensão, pois deve responder às demandas da organização ao mesmo tempo em que precisa possuir um arcabouço de competências que, por vezes, não estão em sintonia aos quesitos de uma carreira autotutelada. Logo, há uma situação ambivalente de autocontrole e submissão ao ambiente organizacional e mercadológico (DRUCKER 1999 *apud* KILIMNIK *et al.*, 2006).

É também nesse cenário que emerge o conceito de âncoras de carreira. As âncoras de carreira são entendidas como a capacidade dos indivíduos em perceber seus próprios talentos, habilidades, aptidões, necessidades, atitudes e valores para com o trabalho desenvolvido ou para aquele que almejam desenvolver. De acordo com Shein (1993 *apud* KILIMNIK *et al.*, 2006, p. 264), elas se constituem como

[...] uma forma de organizar experiências, identificar áreas de contribuição ao longo de sua trajetória, gerar critérios para tipos de trabalho e identificar padrões de ambição e sucesso que a pessoa pode determinar para si mesma. Elas servem, portanto, para guiar, balizar, estabilizar e integrar a carreira de uma pessoa.

Destarte, as âncoras de carreira estão estreitamente relacionadas às competências, uma vez que se entende que o desenvolvimento pessoal é fator indispensável para o desenvolvimento organizacional, que ambos devem estar em consonância, busca-se reconhecer e valorizar o montante de competências e conhecimentos alicerçados na carreira do indivíduo (KILIMNIK *et al.*, 2006). Logo, adotando o conceito estabelecido por Sant’Anna (2002 *apud* KILIMNIK *et al.*, 2006, p.

## 267) a competência seria

[...] a resultante da combinação de múltiplos saberes – saber-fazer, saber-agir, saber-ser – capazes de propiciar respostas com bom êxito, por parte dos indivíduos, aos desafios advindos dos processos de reestruturação produtiva e modernização produtiva em voga.

Outrossim, as competências podem ser consideradas contingenciais, já que são exercitadas em um dado contexto através de um agir, são, em suma, a aplicação do saber. Elas estão ligadas à cultura organizacional em que se inserem, isto é, aos valores, informações, funções e papéis institucionais vinculados a uma cultura, que, por sua vez, contribui ou não para que elas (as competências) se desenvolvam. Além disso, as competências se relacionam ao *networking*, ou seja, à rede de contatos firmada pelo indivíduo, bem como as maneiras em que são realizadas as trocas com outras pessoas, como se estabelecem as interações, a comunicação (Ropé e Tanguy, 1997, Le Boterf, 1995, Luz, 2001, *apud* KILIMNIK *et al.*, 2006).

Portanto, as competências estão relacionadas às qualificações que os sujeitos possuem e exercem no trabalho, não a meros quesitos de formação como aqueles ligados à escolaridade. Assim, o engessamento proveniente das carreiras estruturadas em postos de trabalho, dá lugar à fluidez de carreiras baseadas nas competências ancoradas pelos indivíduos que vislumbram o autodesenvolvimento e, desse modo, permitem também o desenvolvimento organizacional.

Para tanto, a Gestão de Recursos Humanos (GRH) deve definir uma política que possibilite a obtenção de novos conhecimentos e habilidades aos trabalhadores, de modo a reconhecer a produtividade por meio do Planos de Cargos, Carreiras e Remuneração (PCCR) que propiciem os incentivos necessários ao desenvolvimento funcional, ou seja, a GRH deve munir seu capital humano das ferramentas necessárias para que ele possa se desenvolver adequadamente (CRUZ, PEREIRA & BATISTA, 200-).

Alguns autores entendem os PCCR como um sistema da GRH, enquanto outros concebem esses planos dentro de um dos subsistemas de gestão. Dutra (2014) define um sistema próprio para o gerenciamento de carreiras, intitulando-o como Sistema de Administração de Carreiras. Este seria composto pelas diretrizes, estruturas de carreira, instrumentos de gestão, entre outras ferramentas, que permitem conciliar os interesses

organizacionais aos intentos individuais. Apresentando, dessa forma, um leque de opções, de rumos, caminhos, que as pessoas podem seguir e, assim, planejar suas carreiras em uma organização.

Ainda segundo o autor, a administração de carreiras tem princípios que expressam os compromissos firmados entre as partes, servem de base para revisão dos papéis dos envolvidos e garantem a perenidade do sistema. Enquanto instrumento de gestão, a administração de carreiras é a base do relacionamento entre as pessoas e a organização, pois é responsável por repassar informações a essas duas partes e auxiliar esses agentes na tomada de decisões, como: decisões individuais sobre a carreira, gerenciamento da carreira pela organização e comunicação entre as pessoas e a organização. Para realizar esse papel informativo, a gestão das carreiras deve ser pautada nas seguintes características: transparência, honestidade de intenções, sentimento de segurança e clareza nas regras (DUTRA, 2014).

Nessa mesma linha, Chiavenato (2003) expressa que a Administração de Cargos e Salários tem como intuito reconhecer a capacitação profissional e o desempenho dos indivíduos, visto que o desenvolvimento técnico-profissional e a contribuição efetiva do sujeito nos resultados da organização devem ser os indicadores usados para esse reconhecimento.

Com isso, a estruturação de um PCCR permite estabelecer a remuneração condizente a cada cargo. Em concordância a isso, Longo (2007) afirma que as carreiras estão estritamente relacionadas à retribuição, visto que, por meio do desenho dos cargos e funções e distribuição dos postos de trabalho em uma estrutura hierarquizada, são atribuídos níveis de remuneração.

Logo, para a estruturação de um PCCR toda e qualquer atividade desempenhada pela organização deve estar contemplada por um cargo (CRUZ, PEREIRA & BATISTA, 200-).

A confecção de um PCCR moderno inclui as seguintes etapas, salientadas por Rabelo-Santos (2010): planejamento do trabalho; estruturação de cargos e carreiras; estruturação de salários; e política salarial.

Na fase inicial, de planejamento do trabalho, seria realizada uma análise documental das legislações pertinentes às carreiras e cargos da organização, bem como um diagnóstico da situação em que se encontram os PCCR da instituição, a definição das diretrizes que moldará as políticas de cargos e a divulgação das informações encontradas para todos da organização.

Na fase seguinte, de estruturação de cargos e carreiras, primeiramente seria realizado um delineamento dos cargos a partir do entendimento que cada cargo possui um conjunto de atribuições e requisitos, em que as atribuições são todas as atividades e responsabilidades imputadas ao cargo, enquanto os requisitos são os critérios para se ter acesso ao cargo, isto é, o conjunto de competências e habilidades que o indivíduo deve preencher para ter acesso a determinado cargo (CRUZ, PEREIRA & BATISTA, 200-).

Em sequência, deve ser realizada a avaliação e a classificação dos cargos. Segundo Souza *et al* (2006), avaliar os cargos significa atribuir valor a cada um deles conforme os objetivos organizacionais, ao passo que a classificação é o agrupamento dos cargos em classes, permitindo a atribuição de salários genéricos, benefícios, vantagens e status (CHIAVENATO, 2009). Assim, pretende-se estabelecer uma hierarquia de posicionamento para cada cargo, tendo como base o delineamento realizado anteriormente.

Já na fase subsequente, de estruturação de salários, cada cargo deve possuir uma remuneração equivalente, a qual deve estar balizada na equidade, tanto interna, quanto externa (CRUZ, PEREIRA & BATISTA, 200-). É importante salientar que, conforme visto na seção anterior, a remuneração fixa deve estar adequada à equidade externa e à justiça interna, bem como a remuneração variável à produtividade, para melhorar o desempenho dos trabalhadores e reconhecê-los por isso. Assim, deve-se realizar uma pesquisa salarial e construir as tabelas salariais.

Por fim, na fase de política salarial, deve-se estabelecer os tipos de retribuições que a organização realizará junto a seus trabalhadores, o que é realizado pelo Subsistema de Compensação (discorrido na seção anterior).

É fundamental salientar que no que tange aos critérios da estrutura do PCCR, eles precisam estar galgados em normas claras e objetivas, assim como a

estruturação dos cargos devem corresponder com seus respectivos deveres e responsabilidades e os fatores de avaliação devem estar bem definidos e aplicados conforme a classificação de cargos em classes e faixas salariais estabelecida, para evitar, assim, possíveis conflitos com os trabalhadores (CHIAVENATO, 2009). Além disso, essa estrutura de PCCR deve ter uma visão de longo prazo, com enfoque tanto nas demandas organizacionais, quanto nos usuários e na modernização da gestão (RABELO-SANTOS, 2010).

Não obstante, quando a organização não detém planos de cargos e salários devidamente estruturados, pode enfrentar o problema do “inchaço na folha de pagamento”, o qual decorre da falta de capacitação, falta de identificação direta da representação salarial, salários impróprios à função e discordância funcional na escolha do cargo. Ainda podem decorrer outros problemas como a inflexibilidade na carreira, a visão limitada da realidade, o conservadorismo e divergências entre trabalhadores e organização (CRUZ, PEREIRA & BATISTA, 200-).

Por isso que o planejamento da carreira deve ser feito por meio de processos compartilhados de modo a negociar as expectativas pessoais às necessidades organizacionais. Assim a organização minimizará possíveis tensões com os trabalhadores, contribuindo para maior satisfação dos mesmos no ambiente organizacional e para o alcance mais acertado dos objetivos estipulados (DUTRA, 2012).

Portanto, de modo geral, o papel da organização nesse processo se firma definindo alguns aspectos, tais como: a estratégia, por meio da compatibilização entre o PCCR e os princípios organizacionais; o PCCR, configurando-o tecnicamente e o seu funcionamento; e a metodologia de concepção, implementação e atualização do PCCR. Assim a instituição deve estimular o planejamento e o desenvolvimento, bem como a estruturação de opções de encarecimento oferecidas (DUTRA, 2012).

Não diferente do setor privado, a Administração Pública também acompanhou o processo de modernização da administração de recursos humanos e empregou esforços para adequar o seu quadro de pessoal às essas novas exigências e especialmente ao que concerne a estruturação do Plano de Cargos, Carreiras e Remuneração.

Contudo, há de se levar em conta que “[...] No tocante à atividade administrativa [estatal], reconhece-se que tudo aquilo que não for autorizado por lei é juridicamente proibido” (JUSTEN FILHO, 2014, p. 902). Em outras palavras, as ações do setor público devem estar conformadas sob a égide do Princípio da Legalidade, isso leva a inferir que os agentes públicos só podem agir em conformidade com a legislação, caso contrário tem-se a configuração de uma transgressão e os atos tornam-se inválidos.

Desse modo, a gestão de pessoas no âmbito público toma caráter peculiar, pois deve estar em total consonância com as diversas legislações correspondentes e, em especial, aquelas ligadas ao processo de encarecimento dos trabalhadores, os quais são identificados como servidores. Nos dizeres de Justen Filho (2014, p. 904),

O servidor público é uma pessoa física que atua como órgão de uma pessoa jurídica de direito público mediante vínculo jurídico de direito público, caracterizado pela investidura em posição jurídica criada por lei, pela ausência de função política, pela ausência de integração em corporações militares e pela remuneração proveniente dos cofres públicos.

O servidor público é a pessoa que age pelo Estado, é nada mais que o capital humano incumbido de atuar em nome do Estado, nas diversas esferas de atuação estatal, em busca do interesse público. Pode ser classificado conforme o regime jurídico a que está vinculado (estatutário ou celetista), quanto ao poder estatal (Executivo, Legislativo ou Judiciário) e quanto à titularidade do cargo público ocupado (servidores investidos de cargo público ou contratados temporariamente) (JUSTEN FILHO, 2014).

Para fins da análise das carreiras do serviço público, foram tomados como objetos de estudo os servidores públicos estatutários, pois esses é quem ocupam as carreiras públicas e o quadro de pessoal permanente da Administração Pública.

Não obstante, o cargo público é instituto jurídico fundamental para a identificação do conteúdo e da extensão do regime estatutário, devendo ser criado por lei. É, pois, uma posição jurídica que indica um consolidado de direitos, deveres e competências conjugados de modo organizado e inter-relacionado (JUSTEN FILHO, 2014).

Em outras palavras, pode-se dizer que o cargo público é o lugar posto no funcionalismo, detendo nome e atribuições próprios, além de dispêndio correspondente,

para ser ocupado e exercido por um titular conforme a legislação concernente (MASP, 2015). Há de se ressaltar, conforme colocação posta por Justen Filho (2014), que o cargo público é mais que um agregado de atribuições, ele decorre de uma soma de normas criadoras de competências públicas, direitos e deveres, requisitos de investidura, bem como condições de desempenho para organizar a estrutura administrativa. Desse modo, os cargos são agrupados e ordenados de acordo com as competências e funções correspondentes, sistematizando as atividades e situações que competem os servidores.

O agrupamento de cargos de provimento efetivo conforme a natureza e complexidade, estruturados em níveis e graus dispostos de acordo com a responsabilidades e atribuições, corresponde à carreira no serviço público (MASP, 2015).

Em consonância ao conceito de carreira, o artigo 39 da Carta Maior disciplina o Regime Jurídico Único, bem como os Planos de Carreira dos servidores (RABELO-SANTOS, 2010). Estes, por sua vez, expressam o compilado normativo disciplinador do ingresso no cargo público, assim como instituem as oportunidades e estímulos relativos ao desenvolvimento pessoal e profissional nas carreiras públicas (MASP, 2015).

Por conseguinte, os Planos de Carreira se constituem como fundamental ferramenta de gestão de pessoas no âmbito público, podendo ser um instrumento de poder gerenciado tanto pela Administração, quanto pelo servidor, conforme seu desenho e interpretação (BERGUE, 2014). Alterações formais e significativas nos cargos públicos incidem sobre o equilíbrio organizacional, de diferentes maneiras, pois implicam em “possíveis perdas relacionadas a poder, espaço ou quaisquer símbolos de *status* existentes” (BERGUE, 2014, p. 221).

Por isso, o redesenho de cargos e carreiras é tema que deve ser administrado com cautela pelos gestores, por meio de uma análise das condições: políticas, relacionadas a como ocorrem as relações de poder decorridas das estruturas de cargos e carreiras; comportamentais, que se referem a como os servidores se portam e agem frente à mudanças; técnicas, que contemplam a forma e os procedimentos usados para realizar as mudanças; e de análise sistêmica, referentes à capacidade auto-reflexiva de analisar a estrutura e o funcionamento da organização de modo sistêmico (BERGUE, 2014).

Sem contar que, as organizações de domínio público tradicionalmente veem a carreira como forma de ascensão, o que tende a gerar uma estrutura hierárquica inflada, acarretando prejuízos à organização (LONGO, 2007). Prejuízos esses que podem causar sérios danos ao erário, tendo em vista que os servidores são remunerados por meio de recursos provenientes dos cofres públicos.

A gestão de pessoas no Estado apresenta um desafio ainda maior quanto aos princípios que deve adotar como norteadores de suas ações. A Constituição Federal elenca expressamente no artigo 37 alguns dos princípios em que os gestores devem se amparar em seus atos, como a Legalidade, a Impessoalidade, a Moralidade, a Publicidade e a Equidade. Além desses, há também alguns princípios que foram suprimidos, mas que se constituem como matéria fundamental para o exercício dos cargos públicos, a exemplo: a Razoabilidade, a Celeridade, a Sustentabilidade e a Isonomia.

Desse modo, a gestão de pessoas no âmbito público torna-se ainda mais complexa, pois os gestores se deparam com limites legais e normativas jurídicas que, por vezes, engessam a administração, limitando seu campo de ação. É claro que, tratando-se de recursos públicos, deve-se sim ter instrumentos capazes de controlar e fiscalizar a atuação daqueles que fazem o manejo dos bens públicos, entretanto, esse caráter legalista também provoca uma imobilidade no serviço público, cerceando as alternativas e melhorias nos cargos e carreiras estatais.

### 3 SOCIOLOGIA DAS PROFISSÕES

A Sociologia das Profissões emerge no contexto de acirramento das divisões do trabalho em fins do século XIX e início do século XX. Apresentando ampla propagação no último centênio, ela se desenvolve em três principais vertentes: Funcionalista, Interacionismo Simbólico, Poder e Profissões. A vertente Funcionalista enfatiza a formação profissional e diz ser esta decorrente da modernização da sociedade, valorizando sobremaneira a capacitação técnica como responsável pela coesão social, de acordo com Parsons (1939 *apud* SANTOS, 2011). Os interacionistas não rompem com a linha de raciocínio anterior, pelo contrário, introduzem conceitos e refinam a metodologia de análise, passam a apreciar a sociabilização dos indivíduos no exercício de suas funções, para além do aspecto de formação, tal como salienta Hughes (1958 *apud* SANTOS, 2011). O presente estudo se propôs a análise da última perspectiva citada, sobre o “Poder e Profissões”, visto que essa abrange desde os conceitos primários de organização social perante o mercado de trabalho, até uma ótica que engloba as relações de poder, levando em consideração os conflitos sociais, sendo, pois, uma análise mais robusta e completa acerca das profissões e sua relação com a sociedade.

#### 3.1 Conceito de profissões

Como um dos maiores contribuintes para a Sociologia das Profissões, ainda dentro da perspectiva Funcionalista, Carr-Saunders e Wilson (1931 *apud* SANTOS, 2011) separam profissões como técnicas baseadas em uma formação e praticadas por um grupo de pessoas. O que, desse modo, já embute ao conceito um aspecto elitista, uma vez que para ser um profissional exige-se formação específica.

Com o desenvolvimento da Sociologia das Profissões e o surgimento de novos autores, o termo profissão também sofre alterações, sendo interpretado como uma “ocupação” em que suas obrigações fazem uso de um conhecimento aglutinado voltado para a solução de problemas apresentados por determinado cliente – individual ou coletivo -, enquanto a atividade profissional é vista como uma soma de conhecimentos estreitamente relacionados a um campo ocupacional (MOORE, 1970 *apud* MACHADO, 1995).

Desse modo, o conceito de profissão transmuta para uma autoridade legitimada a resolver determinado problema (de um cliente), utilizando o seu conhecimento, sua formação. Esse novo conceito, porém, não subtrai o viés elitista da profissionalização.

Na leitura de Wilensky (1970 *apud* MACHADO, 1995), a profissionalização além de exigir o domínio de uma técnica específica, exige também um ideal de trabalho e um apoio à conduta dos profissionais por meio de normas. Esse conjunto de técnicas, conhecimentos, saberes manipulados por uma profissão é o que garante a elas legitimidade, autonomia, jurisdição e poder.

Essa legitimidade pode ser compreendida segundo a análise de Merton (1970 *apud* SANTOS, 2011), o qual elenca dois tipos de funções sociais exercidas por grupos sociais, nesse caso pelas profissões, quais sejam: funções manifestas, são os papéis objetivos, claros, esperados pela sociedade que esse grupo desempenhe; e as funções latentes, são aqueles papéis exercidos, mas não intencionados, desconhecidos pelo próprio grupo. Somado a isso, esse autor também aponta os diplomas como legitimadores, pois definem os “não-profissionais” dos “profissionais”, os detentores do saber do resto, conferindo, assim, legitimidade a um grupo de pessoas (profissionalizadas) para o exercício de suas funções.

A autonomia, por sua vez, é tida como uma capacidade adquirida por algumas profissões (principalmente a medicina) de se auto avaliar e exercer controle sobre si mesma em relação à técnica empregada em seu próprio trabalho (FRIEDSON, 1978 *apud* MACHADO, 1995).

Daí, decorre uma outra espécie de relação, o corporativismo, traduzida por Coe (1979 *apud* MACHADO, 1995) como uma cooperação mútua estabelecida dentro de uma categoria de profissionais, que enseja uma união para que essa categoria se proteja de interferências externas (extraprofissionais) e fortaleça os demais membros (intraprofissional). É por meio da união, identificação, retenção (baixa evasão), aceitação (dos papéis a serem exercidos) e disseminação (produção de novas gerações), que esses profissionais fortalecem sua autonomia, chegando ao ponto de, em casos extremos, apresentarem relutância ao criticar condutas ou competências de colegas.

Abbott (1988 *apud* SANTOS, 2011), já introduzindo o poder na discussão do conceito de profissão, define essa jurisdição das profissões como um tipo de elo firmado entre o grupo profissional e os seus saberes específicos. Tendo em vista que está estabelecida a divisão do trabalho, os grupos profissionais disputam áreas específicas dessa divisão, configurando-se em um conflito por jurisdições. Nesse conflito, segundo o autor, a maior probabilidade de vitória vai para aqueles grupos que detém maior saber abstrato, o qual permite maior fluidez e adaptabilidade do conhecimento a novos contextos. Ele salienta que as profissões que não detém a capacidade de tornar o seu conhecimento abstrato, estão fadadas a desaparecerem, ao passo que aquelas com maior capacidade de abstração, possuem também maior poder.

Contudo, Wilensky (1970 *apud* MACHADO, 1995) ressalta a existência de possíveis barreiras para a efetivação da profissionalização, isto é, empecilhos para que uma ocupação se transfigure para uma profissão. A primeira delas é a ameaça à autonomia e ao ideal de trabalho pelas conjunturas organizacionais, o que seria a perda do significado do trabalho como conquista humana, responsável pela “dignidade” dos indivíduos e, assim, perda de sua capacidade de autogerência, já que sua importância seria posta como secundária. A segunda barreira seria a da ameaça à exclusividade da jurisdição pela base de conhecimento, ou seja, o risco de perder o monopólio sobre o conhecimento, o qual é responsável pela sua legitimidade, é o saber que justifica o profissionalismo. Sendo assim, há riscos a profissionalização, ela não está completamente imune as questões ambientais, nem a perda de sua jurisdição, entretanto, a conquista da perenidade, vai depender de sua reação aos conflitos e às mudanças emergentes.

Para os autores apresentados fica, portanto, latente a definição de profissão como um “corpo esotérico de conhecimento e ideal de serviço” (MACHADO, 1995, p. 26). Contudo, Klegon (1978 *apud* MACHADO, 1995) vai além, ele insere ao entendimento de profissão o aspecto social como de maior importância, pois para ele é nesse aspecto que se deleita a significação, é nele que se atribui sentido a coisa toda, mais que o saber e que o ideal, são as relações sociais e as orientações ideológicas que mais exprimem o que são as profissões. E é a partir dessa perspectiva que este estudo se fundamenta.

### 3.2 Profissões e Poder

Até as abordagens do Funcionalismo e do Interacionismo Simbólico, o poder é visto como um desdobramento do conhecimento adquirido e acumulado pelas profissões (SANTOS, 2011). Entretanto, no decorrer da disciplina da Sociologia das Profissões, emergem grupos de pensadores que relacionam o poder e as profissões, entre eles destacam-se correntes como o weberianismo e os marxistas. Apesar das diversas leituras demonstrarem aspectos diferentes dessa relação, elas apresentam como traço comum o enfoque no poder.

Ao definir as profissões, Weber (1999 *apud* SANTOS, 2011) as caracteriza como um conjunto de especializações e serviços detidos por um indivíduo que o possibilita abastecimento ou aquisição contínuos. A partir disso, para os weberianistas a profissão é tida como o meio, a ferramenta que introduz o indivíduo apto no mercado, a fim de satisfazer suas necessidades materiais e imateriais (abastecimento e aquisições). Uma vez que, atuante no seio de um mercado pautado pela concorrência, as profissões estabelecem uma competição por poder social (JOHNSON, 1989 *apud* SANTOS, 2011). Assim, ao ampliar o conceito de profissões, abarcando as interações estabelecidas entre indivíduos e o exterior, analisa-se tanto as estruturas de classes que compõem a sociedade, como também o papel do Estado como legitimador do profissionalismo (RODRIGUES, 2002, *apud* FILIPE, 2008).

Ainda segundo Johnson (1989 *apud* FILIPE, 2008), ao separar as atividades econômicas das políticas, o poder se instaura como a pedra de toque dos grupos profissionais dominantes, travestindo o avanço capitalista de profissionalismo. Em outras palavras, os grupos dominantes utilizam o profissionalismo como instrumento de dominação, legitimados sob a égide do saber profissional, eles conseguem capilarizar o seu domínio e aprofundar o avanço de seu capital.

Essa perspectiva corrobora para a visão de Larson (1977 *apud* SANTOS, 2011), quem enunciava a profissionalização como uma tática de conquista de poder, prestígio e renda na sociedade, em que no campo econômico defende o privilégio exclusivo de intervenção no mercado profissional, enquanto no campo “sociossimbólico” estabelece o *status* social de uma profissão. Por conseguinte, essa autora afirma que o robustecimento das profissões transparece uma nova faceta da desigualdade estrutural,

pois, as profissões controlam o saber, a técnica, a formação que são destinadas a um domínio exclusivo, seletivo de um grupo em detrimento dos demais. Não obstante, esses grupos de profissionais intervêm no mercado e se organizam perante o aval do Estado, que os reconhece e regulamenta, chegando a ponto de lhes oferecer o próprio aparato estatal. De acordo com a autora:

Prazos, cargos, funções, editais, concorrências, atestados, hierarquias, enfim, toda a estrutura burocrática do Estado e seus procedimentos típicos podem ser um espaço potencial para o desenvolvimento de uma atuação profissional específica (...) não há contradição entre burocracia e profissionalização (LARSON, 1977 *apud* SANTOS, 2011, p. 33).

Collins (1988 *apud* SANTOS, 2011, p. 33) analisa a interação entre educação e estratificação, em que as profissões surgem como um grupo de *status*. Para esse autor, "as sociedades modernas vão de um sistema de privilégios a uma meritocracia técnica". Essa meritocracia é concebida por ele como uma ideologia carregada pela classe média no intuito de selecionar a sociedade por classes sociais para o mercado de trabalho. A meritocracia esboçaria, então, a tentativa da classe média de realizar a mobilidade social por meio da valorização exacerbada dos diplomas, já que ela não possuía outros meios, como recursos sociais ou políticos para ascender socialmente.

Friedson (1997 *apud* FILIPE, 2008) esclarece que o investimento de teor simbólico sobre a legitimidade das profissões (que se baseia especialmente no diploma) tem como intuito a conservação de privilégios injustificados, além disso, o poder que esses grupos estabelecem ganha prerrogativas de autonomia e controle sobre as condições de trabalho. A partir disso, tais grupos tornam-se capazes de estabelecer limites e controles que perpassam as tarefas e a garantia de qualidade, eles tornam-se capazes de impor a divisão do trabalho, conferindo funções menos desejáveis a outros, resguardando a si àquelas tarefas de maior interesse.

Esses "outros", a quem recaem as funções indesejadas são grupos específicos, identitários, em que

[...] as lutas dos 'novos grupos' de mulheres, de negros, de minorias étnicas ou religiosas para 'entrar na profissão' não suprimem os estereótipos mas deslocam-nos, hierarquizando, nomeadamente, subfunções desvalorizadas (*dirty works*) e subpúblicos que confiam a estes novos grupos (DUBET, 2002 *apud* FILIPE, 2008).

Portanto, essa destinação a outros de funções indesejáveis, mas que se

mantém o controle sobre eles, torna-se resultado da combinação de capitais, ou formas de poder, ligadas aos capitais sociais e culturais convertidos em capital financeiro, o qual se faz dominante por ser objeto das “lutas simbólicas” (BOURDIEU, 1989 *apud* FILIPE, 2008).

O que Bourdieu (1989) denomina como “poder simbólico” pode ser definido como a forma de influência exercida sobre as pessoas e que demanda a cumplicidade daqueles submetidos a ela e daqueles de quem ela emana. Esse poder simbólico é consubstanciado nos sistemas simbólicos, tais como a arte, a religião a língua, entre outros.

### **3.3 Profissões da Saúde**

A formação social do Brasil, no que tange à constituição do trabalho, destaca três principais profissões que estiveram presentes na construção do Estado: medicina, advocacia e engenharia. No decorrer do século XIX e início do século XX, a institucionalização dessas profissões foi de grande importância para a consolidação do Estado brasileiro e, por meio do controle e da regulação deste, elas garantiram sua autonomia, a exclusividade do mercado de seus serviços, bem como um rol de privilégios. De tal modo, o processo de edificação da identidade e posição social desses três grupos de profissionais é pedra angular para estabelecer o padrão das relações de dominação da sociedade brasileira (COELHO, 1999).

A história da medicina é marcada, nas palavras de Coelho (1995, p. 35), por “conflitos em torno de hierarquias emergentes, acirradas disputas por mercado, luta por poder e prestígio, e até mesmo ignorância e má-fé”. A medicina é uma ocupação, uma forma de labuta que também vende serviços no mercado, o diagnóstico e o tratamento. Entretanto, essa ocupação se firma como profissão, uma vez que tem sob seu domínio um arcabouço de conhecimento e a exclusividade na prestação de um serviço. O controle desse arcabouço de saberes proporciona autoridade cultural sob um segmento da realidade, enquanto a exclusividade acarreta em prerrogativas ocupacionais e benefícios materiais (COELHO, 1995).

Uma série de fatores conduzem a medicina para uma posição peculiar,

comparativamente a outras profissões, como: a demanda infinita por serviços médicos, o número limitado de vagas nas escolas de formação de profissionais, os exames rigorosos de admissão e os cursos caros e de longa duração. Assim, produz-se uma escassez relativa desses profissionais no mercado de trabalho e uma expressiva valorização dos serviços médicos (COELHO, 1995).

Em relação à natureza da expertise médica, ela não é uma profissão de origem científica, sendo o seu conteúdo científico mais aparente que real. Na consolidação do seu conhecimento, há uma preponderância da experiência e da tradição clínica em detrimento da educação formal e das ciências básicas (COELHO, 1995).

Para Friedson (1973 *apud* COELHO, 1995, p. 61), há dois tipos de conhecimentos médicos: “o conhecimento teórico, científico e sistemático produzido pelas pesquisas nas ciências biomédicas, e o conhecimento de como aplicar este conhecimento teórico em pacientes concretos em situações sociais concretas”. Assim, o segundo tipo está “corporificado na tradição clínica”, e é por meio dele que o primeiro é posto em prática e perde, desse modo, sua pureza técnica e científica. O conhecimento “operacionalizador” dos procedimentos clínicos rotineiros ou dos tratamentos, não possui base científica, não é dedutível de base teórica e nem validado por qualquer tipo de teste empírico sistemático, gerando, pois, uma base precária para sustentar as reivindicações monopolísticas da medicina.

Coelho (1999) aponta que ao longo da história do país, desde a época colonial à consolidação do Império (1822 a 1889), e principalmente neste último período, havia diferenças latentes entre os médicos da sociedade da corte, os autônomos, os recém-chegados, e aqueles já instaurados, verdadeiros “doutores palacianos”.

As razões para isso perpassam a profissão em si, tocando critérios de distribuição de renda, prestígio e poder, tais como hábitos culturais, condição social da clientela, relações pessoais e outros. Coelho (1999, p. 88), relata que “(...) a maioria dos médicos não se elevava por sua condição material acima da ‘multidão’ e que muitos metiam-se em outras atividades para garantir seu sustento”. Contudo, eles tinham o prestígio, a honra e atraíam o “olhar público”. Esse “olhar público” diz respeito ao círculo estreito de profissionais de renome da área, que já tinham seu *status* constituído perante a sociedade da corte, eram visados, prestigiados e respeitados. Em que pese todo esse

*status*, o prestígio não advinha do êxito das práticas e terapias empregadas ou da competência do profissional, era fruto de outros aspectos socialmente valorizados (domínio do francês, contato com correntes ideológicas da medicina europeia, rede de contatos e o diploma de medicina).

A exemplo da posição estratégica ocupada pelos médicos na sociedade imperial brasileira, com a vinda da Família Real para o Brasil em 1808, é criada a primeira escola de medicina (Escola de Cirurgia da Bahia), inaugurando o ensino superior no país. Na sequência é também criada a primeira associação médica, a Sociedade de Medicina, com o intuito de contribuir na estruturação das faculdades, ela estabelecia estreita relação com o Imperador. Ademais, em 1832 houve uma reformulação das escolas de medicina e, a partir de então, a “arte de curar passava a ser de competência exclusiva dos médicos formados nas faculdades de medicina, ou por elas legitimados” (SANTOS, 1995, p. 101). De tal modo, os médicos desenvolvem uma proteção legal a partir da interação com o setor público, inibindo a prática dos “sem diplomas”. As escolas se firmam como importantes instituições de garantia da exclusividade de competência médica. Assim, esses profissionais vão galgando cada vez mais espaço na sociedade brasileira, consolidando o seu projeto de profissão, bem como garantindo a aderência do Estado e estreitando os seus interesses com os das classes dominantes.

O acesso às escolas de medicina era extremamente excludente, era preciso desembolsar quantias vultuosas de dinheiro para concluir a formação, além disso, o efetivo exercício da profissão demandava o apoio de uma rede de contatos robusta para que os honorários fossem pagos em espécie. Somado a isso, haviam altas taxas cobradas para o exercício da função, tornando os ganhos insuficientes para cobrir os gastos. De tal modo, tinha-se a intenção de impedir que os brasileiros das camadas mais pobres aspirassem a oportunidade de ocupar uma carreira profissional, tornando-a monopolizada pela pequena elite (COELHO, 1999).

Com o Relatório Flexner<sup>3</sup>, é incorporado às universidades de medicina o

---

<sup>3</sup> O Relatório Flexner, publicado em 1910 pela Fundação Carnegie, é considerado um ponto de inflexão na história da medicina, já que definiu: os padrões de admissão para os cursos e ampliou os anos de formação; a utilização do ensino nos laboratórios; o estímulo ao regime de docência em tempo integral; a utilização do ensino clínico nos hospitais; a vinculação das escolas médicas às universidades; a priorização da pesquisa biológica como apoio da prática médica; o estímulo as especializações; a união entre ensino e pesquisa; e o estímulo ao controle profissional pela própria corporação médica (SANTOS, 1995).

ensino padronizado, introduzindo métodos de produção de conhecimentos científicos, a medicina toma, pois, caráter científico, em que a prática médica passa a ser vista como inseparável da ciência.

No que tange à edificação do poder simbólico dos médicos, Coelho (1999, p. 57) afirma que “o reconhecimento oficial dos médicos como peritos é consequência do seu sucesso na construção de uma realidade universalmente válida”. As profissões que conseguiram relacionar os fundamentos científicos em que se baseiam a resultados práticos (evidentes) conquistaram um “crédito social” e uma autoridade cultural projetada virtualmente e que se estabelece independentemente de reconhecimento oficial. Halliday (1987 *apud* COELHO, 1999, p. 67-68) aponta para dois fenômenos paralelos:

[...] de um lado, profissões como a medicina e advocacia transpuseram os limites de sua fase formativa e constituíram um significativo e valioso portfolio de recursos heterogêneos, tangíveis e intangíveis; de outro, os governos viram-se progressivamente em meio a sucessivas crises geradas pela incapacidade de atender a número crescente de demandas não raro contraditórias.

De acordo com esse autor, essas situações evoluíram e tornaram-se convergentes, em que o Estado acabou por fazer uso da perícia dos profissionais e estes, certos de seus privilégios e menos dependentes do Estado, oferecem recursos (perícia, influência política, prestígio, organização e associados) para manter ou aumentar o grau de governabilidade.

Por um outro lado, a história de consolidação da enfermagem possui raízes na Idade Média, marcada pela intervenção contundente da Igreja Católica, que deixou rastros até hoje percebidos nos valores dessa profissão, tais como: altruísmo, compaixão e obediência. A estreita relação entre enfermagem e religião só foi superada, e não de todo, com o Movimento Renascentista do século XV. Em que pese a natureza racional dessa corrente ideológica, apenas séculos mais tarde, na sociedade pós-industrial é que se relaciona o pensamento científico às práticas de enfermagem (GONÇALVES, 2012).

Em consonância ao que se observava no contexto global, no Brasil a enfermagem também passou por um período de cuidados não institucionalizados, tendo como expoentes de seu exercício leigos e irmãs de caridade. O ensino do ofício era realizado de maneira empírica, por meio, principalmente, da observação, não havendo, portanto, exigência de escolaridade ou obtenção de diploma (GONÇALVES, 2012).

No início do século XX, a partir do Relatório de Flexner, o hospital é firmado como espaço indissociável do ensino prático da medicina. Ocorre com isso, uma reorganização hospitalar, em que a figura do médico passa a constituir-se de importância fundamental para o processo de cura do paciente (NIGHTINGALE, 1989 *apud* FLORENTINO & FLORENTINO, 2009). Com base nisso, o médico começa a determinar quais funções seriam atribuídas a outros profissionais, dentro daquelas funções indesejáveis de serem executadas por eles mesmos. É nesse contexto que as funções e atribuições da enfermagem são definidas por médicos, configurando-se como uma atividade complementar à medicina. Dessa maneira, firmam-se diferentes disciplinas de conhecimento científico, estabelecendo:

[...] as relações de saber, de poder e de luta por legitimação no “campo da saúde”. Disciplinas estas que trazem em seu cerne uma relação de dominação, por possuírem capitais diferentes, maneiras diferentes no seu fazer, porém fazem parte do mesmo espaço social (FLORENTINO & FLORENTINO, 2009, p.7).

O processo de especialização da enfermagem é realizado de maneira informal, adquirida durante a experiência de trabalho, exercendo efeitos legais sobre a responsabilidade profissional e as demandas por medidas práticas. Dentro da enfermagem, há uma divisão do trabalho que opera verticalmente a partir da redistribuição de tarefas entre pessoas de diferentes níveis de qualificação, existindo, portanto, três níveis hierárquicos: profissionais, auxiliares e ajudantes (AGUDELO, 1995). Quanto maior a qualificação, maior será o grau de autonomia do profissional internamente, externamente pouco se reflete sobre a imagem desses profissionais frente aos demais grupos da saúde, principalmente no relacionamento com os médicos. No ambiente hospitalar, por exemplo, os profissionais de enfermagem possuem escassa autonomia técnica e administrativa, requerendo iniciativa e criatividade para acompanhar projetos sanitários e tomar decisões diversas (AGUDELO, 1995).

No processo de divisão do trabalho, a enfermagem passou da função do cuidado para o gerenciamento. Suas atuais atividades se distanciaram da preparação técnica recebida, como: administração de pessoas e de recursos materiais, alimentar sistemas de informação, etc. Aqueles profissionais mais qualificados, com alta formação, em sua maioria, ainda estão em condições subalternas de trabalho, marginalizados, com problemas de satisfação profissional. Muito disso se deve às desigualdades existentes

entre o grande número de especialidades médicas e as restritas oportunidades de especialização destinada à enfermagem (AGUDELO, 1995).

Na sua constituição histórico-conceitual, o cuidado tem sido objeto do saber da enfermagem e de sua prática. A divisão social e técnica do trabalho atomiza e dificulta a prática de uma visão global da especificidade de suas intervenções e a construção de um projeto de trabalho que permita pensar e atuar organizadamente na busca de fins específicos na saúde. A assistência direta é, hoje, realizada predominantemente pelos auxiliares de enfermagem, enquanto o planejamento, direção e controle das atividades ficam a cargo do profissional de enfermagem que, dada a insuficiência quantitativa, não pode fazer a cobertura espaço-temporal que suas responsabilidades demandam. Contudo, gerenciar o cuidado e os serviços de enfermagem não se configura como um desvio de função essencial. A dicotomia entre administrar e assistir (que também ocorre com os médicos, mas em menor intensidade) não deriva da prática profissional, mas sim do discurso que se constitui no âmbito acadêmico, o qual não apoia a legitimidade da realidade do trabalho da enfermagem e da saúde como um todo (AGUDELO, 1995). Assim, o ser enfermeira é

[...] uma postura ética e estética frente ao mundo. É um compromisso em estar-no-mundo e contribuir com o bem-estar, com a preservação da natureza, com a promoção das potencialidades e da dignidade humana (WALDOW, MEYER & LOPES, 1998 apud FLORENTINO & FLORENTINO, 2009, p.8).

Há, pois, dois eixos básicos no desempenho das funções de enfermagem, o cuidado da saúde coletiva e a recuperação dos pacientes a nível individual. O primeiro tem ênfase conceitual e política para a enfermidade ou para a saúde. O segundo está determinado por um paradigma clínico, centrado na enfermidade, no corpo humano, com objetivo final de restaurar a saúde ou que a morte seja realizada de uma maneira menos traumática (AGUDELO, 1995). Todavia, essa extrema valorização do cuidar como parte integrante do trabalho da enfermagem configurou sua identidade a estereótipos ligados ao cuidado materno, sacerdócio e subordinação à medicina (Borges & Silva, 2010; Gomes; 2002, Huarcaya, 2003 apud PEREIRA & OLIVEIRA, 2013).

A construção da imagem da enfermagem, legitimada pelo Estado por meio de propagandas, rituais, símbolos, formação escolar, uniformes, etc., cunhou modelos e estereótipos de como o profissional deveria ser, criando uma espécie de *habitus* de seus ocupantes (Barreira; 1993; Barreira, 1998 apud PEREIRA & OLIVEIRA, 2013). Tendo

em vista o predomínio de mulheres em sua composição e pautando-se num determinismo biológico, edifica-se a imagem social da mulher como submissa, exclusiva e inferiorizada, o que se intensifica para a mulher negra (GONÇALVES, 2012).

Neste cenário, estavam as mulheres e em particular as negras que além de cuidar dos serviços domésticos, cabiam também os cuidados com as crianças, a tarefa de serem amas de leite, assistência aos doentes e velhos. Faziam os partos, cuidavam dos recém nascidos junto com as caboclas e as portuguesas e das moléstias de mulheres (OSAWA *et al* 2006, p. 701, *apud* GONÇALVES, 2012).

Desse modo, a história da enfermagem perpassa por questões de gênero e raça e de poder, isto é, pelas relações sociais estabelecidas pelos diferentes segmentos, condicionando fatores biológicos, naturais, às relações de poder, impostas. Cabe ressaltar que as relações de gênero, raça e classe são dinâmicas, estabelecidas de modo transversal, perpassam todas as demais relações sociais (KERGOAT, 1994 *apud* COELHO EAC, 2012).

As representações estabelecidas sobre os diferentes grupos identitários, que subordina distinções biológicas às distinções das relações sociais, configuram-se como um sistema simbólico que impõe condutas específicas aos grupos, as quais passam a ser naturalizadas pelas instituições e paulatinamente incorporadas pela sociedade, resultando em papéis delimitados de gênero e raça. A partir disso, os homens brancos são cada vez mais conduzidos ao mundo público, ao exercício da autoridade e à tomada de decisão, ao passo que, as mulheres são expelidas desse espaço, encaminhadas ao espaço privado. Logo, a elas é atribuído o papel de reprodução, cuidar da casa, da prole e do patriarca (COELHO EAC, 2012). Enquanto os negros são expelidos do convívio social, relegando-lhes o exercício dos papéis não desejáveis pelos grupos dominantes, a eles são destinadas as sobras, as atribuições entendidas como indignas pelo conjunto social imperante.

Dessa maneira, é criado um conjunto de códigos morais que disciplinam os indivíduos, essas normas são construídas e legitimadas social e culturalmente. Tomando como base a articulação estabelecida entre saberes e práticas às identidades sócio-profissionais, tal como ao *locus* do exercício das atividades profissionais, tem-se a divisão social do trabalho. Visto que as práticas de cuidado estão concatenadas à feminilidade, à maternidade, e que as reponsabilidades ligadas ao cuidado doméstico são

subvalorizadas, são igualmente desvalorizados os serviços ligados ao cuidado no mercado de trabalho. Logo, a enfermagem, como uma projeção do papel da mulher do âmbito privado para o público, é tida como uma subprofissão.

Perante a interpretação da perspectiva simbólica de Bourdieu (1989), depreende-se que o dever de cura, ligado ao misticismo, à divindade, ao saber superior, é de propriedade médica, enquanto a função de cuidar, subsidiária da cura, de menor significância, é atribuída à enfermagem. Correlacionando à composição social desses profissionais, tem-se a reafirmação dos padrões de dominação de gênero e raça, em que aos homens brancos detentores também de alto poder aquisitivo, cabe à função mais importante e desejável, de maior *status* e prestígio, ao passo que às mulheres e negras, resguarda-se à função menos relevante, de submissão e de ilegitimidade. Eles, detentores dos capitais simbólicos, elas desprovidas de qualquer acesso aos instrumentos de poder.

Decorre disso que, médicos e enfermeiros possuem funções diferentes e formas distintas de agir na produção da saúde. Conforme Starr (1991 *apud* SANTOS, 2011), aponta em sua análise da sociedade norte-americana, a “autoridade cultural” dos médicos se converteu em privilégios, visto que a institucionalização dessa profissão nessa sociedade acarretou em benefícios dos mais diversos aos profissionais da saúde, em especial a própria classe médica, como: ganhos sociais, econômicos e políticos. Wilensky (1970 *apud* MACHADO, 1995), por sua vez, expressa que a autoridade e a responsabilidade dos médicos, fruto das circunstâncias emergenciais que eles respondem, fíndam-se como o maior nível de prestígio desses profissionais, além disso, pelo grande número de pacientes (clientes) atendidos, eles não se tornam dependentes de casos particulares. Igualmente, Friedson (1978, *apud* MACHADO, 1995, p. 21) afirma que "o que diferencia a profissão médica das paramédicas é o grau de autonomia, prestígio, autoridade e responsabilidade que a profissão médica detém".

Em consonância a essa perspectiva, Starr (1991 *apud* SANTOS, 2011) conclui que esse caminho percorrido pela medicina, tona-se uma interessante forma de controle profissional. Cabe ressaltar que, os detentores de maior capital simbólico - leia-se prestígio, saber, reconhecimento – são os que estabelecem as regras, as normas a serem seguidas (BOURDIEU, 1989). No campo da saúde, o médico se projeta como o profissional de maior capital simbólico, em outras palavras, ele é o profissional que esboça maior legitimidade dentro da estrutura social, moldando condutas, valores e

princípios, retroalimentando o seu prestígio, *status* e ascensão profissional.

Por outro lado, os profissionais de enfermagem encontram-se na contramão da relação de dominação exercida pela medicina na área da saúde, eles buscam o reconhecimento da validade de seu conhecimento, também baseado em preceitos científicos, no seu âmbito de atuação (FLORENTINO & FLORENTINO, 2009).

Assim, essas duas profissões, apesar de se complementarem, apresentam condições contraditórias. A medicina, desde sua gênese, teve seu capital simbólico, advindo do capital intelectual, do diagnóstico, da terapia e da cura, reconhecido socialmente. Ao passo que a enfermagem não teve igual sucesso no reconhecimento de seu capital intelectual, o qual está relacionado ao cuidar/cuidado.

Nessa conjuntura insere-se o conflito entre médicos e profissionais de enfermagem, uma disputa de dominados e dominadores, que configura as relações entre os trabalhadores. Essa relação no campo da saúde, mostra-se como um reflexo das disputas realizadas historicamente na estrutura social brasileira, em que os dominadores são identificados como os homens brancos, sendo esta a composição predominante dos quadros de profissionais médicos, enquanto os dominados são, em sua maioria, mulheres (brancas e negras) pobres, ocupando os cargos de profissionais de enfermagem.

Desse modo, as relações profissionais, que também são de poder, conflitos, autoridade e legitimidade, não deixam de transparecer os ranços de um processo histórico marcado pela exclusão de direitos a certos grupos identitários (especialmente os ligados à raça negra e ao gênero feminino).

Diante dessa conjuntura, buscou-se analisar como se estabelecem as carreiras de Médicos e Profissionais de Enfermagem no âmbito da FHEMIG, como esses profissionais utilizaram (ou não) dos instrumentos burocráticos para se firmarem dentro da instituição e assim consolidarem seu *status*. Além disso, pretendeu-se, através de um recorte de gênero e raça, analisar a reverberação do poder simbólico instituído entre essas profissões, de modo a esclarecer se as origens sociais a que se ligam esses trabalhadores, surtem efeitos na configuração de suas carreiras profissionais, bem como nas relações de poder estabelecidas no contexto de uma Unidade Hospitalar.

## 4 METODOLOGIA

Neste capítulo é explicitado o método de pesquisa selecionado para desenvolver o estudo em tela, bem como são especificados os procedimentos utilizados na coleta e tabulação dos dados que essa pesquisa se propõe a analisar.

A base analítica desse trabalho teve como referência o uso do método dedutivo, uma vez que, a partir da análise das teorias, esperou-se a compreensão dos casos particulares (LAKATOS & MARKONI, 2003), ou seja, partindo-se do que preconiza o campo da Sociologia das Profissões no tocante às relações das profissões e poder, buscou-se compreender as estruturas das carreiras de Médicos e Profissionais de Enfermagem lotados em uma Unidade Hospitalar da FHEMIG, bem como, a origem social desses profissionais e a posição em que se encontram nas carreiras.

Para tanto, a pesquisa se iniciou com a utilização do procedimento de pesquisa bibliográfica como marco referencial (nos Capítulos 2 e 3). Esse procedimento consiste em um apanhado geral sobre os principais trabalhos já realizados, revestidos de importância e capazes de fornecer dados atuais e relevantes relacionados ao tema em análise (LAKATOS & MARKONI, 2003). Foram reunidos os trabalhos dos autores mais expoentes no campo da Sociologia das Profissões, de modo a realizar um marco do desenvolvimento histórico-social das profissões em estudo. No que concerne à literatura sobre Gestão de Recursos Humanos, discutiu-se os Subsistemas de Desenvolvimento e de Compensação e o Plano de Cargos, Carreiras e Remuneração.

Para a análise das estruturas das carreiras de Médicos e Profissionais de Enfermagem da FHEMIG, foi utilizado o procedimento de análise documental. De acordo com Marconi e Lakatos (2003) a pesquisa documental envolve a coleta de dados em materiais que não foi dado tratamento analítico, como: arquivos oficiais, memórias de reuniões, atas, relatórios, decretos, leis, etc. Foram analisadas as legislações competentes, bem como estatutos e regimentos que regulam as carreiras em voga. Por meio da pesquisa documental pretendeu-se realizar uma análise de cunho quantitativo e outra de cunho qualitativo.

Quanto à análise quantitativa, foram elaborados quadros, tabelas e gráficos

que permitem a descrição e análise do perfil socioeconômico dos Profissionais de Enfermagem e Médicos de uma Unidade Hospitalar da FHEMIG. O uso de tabelas e gráficos consiste em um método “estatístico e sistemático”, nos dizeres de Lakatos e Markoni (2003, p.169-170), pois auxiliam “o investigador na distinção de diferenças, semelhanças e relações, por meio da clareza e destaque que a distribuição lógica e a apresentação gráfica oferecem às classificações”. A natureza dessa análise foi quantitativa, pois considera o aspecto quantificável, buscando traduzir em números opiniões e informações para classificá-las e analisá-las (MENEZES & SILVA, 2001).

Para a análise das semelhanças e diferenças entre as carreiras em relevo, foi realizado um estudo comparativo de natureza qualitativa. O estudo comparativo permite: a descrição para destacar analogias ou elementos de uma estrutura; classificações, pela construção de tipologias; podendo até mesmo apontar vínculos causais entre os fatores (LAKATOS & MARCONI, 2003). Essa comparação foi realizada em observância dos planos de cargos, das estruturas remuneratórias, das trajetórias profissionais e das cargas horárias de trabalho.

A pesquisa de campo exploratória foi realizada por meio da aplicação de questionários fechados (vide Apêndice C). Os questionários possuem como principais vantagens: a economia de tempo, viagens e a obtenção de um grande número de dados; um maior número de pessoas atingidas simultaneamente; abrange uma área geográfica mais ampla; economia de pessoal; respostas mais rápidas e mais precisas; maior liberdade nas respostas, em razão do anonimato; maior segurança, pelo fato de as respostas não serem identificadas; menor risco de distorção, pela não influência do pesquisador; maior tempo para responder e em hora mais favorável; maior uniformidade na avaliação, pela natureza impessoal do instrumento; e a obtenção de respostas que materialmente seriam inacessíveis (LAKATOS & MARKONI, 2003).

A construção do questionário teve como base a literatura de técnicas de elaboração e aplicação de formulários<sup>4</sup>, e a correspondência aos objetivos da pesquisa. A opção por questionário fechado se deu pela maior facilidade que esse tipo de formulário permite para a análise dos dados, tendo em vista que se objetivava delinear o perfil

---

<sup>4</sup> Foram utilizados como base as obras de MENEZES e SILVA (2001), LAKATOS e MARKONI (2003), GÜNTHER (2003), MACEDO, PÓVOA e AMARO (2005) e VIEIRA (2009).

socioeconômico de Médicos e Profissionais de Enfermagem, as questões objetivas possibilitariam maior facilidade no manuseio das informações, permitindo compará-las em grande escala.

O público escolhido para o estudo correspondeu a servidores em efetivo exercício, ocupantes das carreiras de MED e PENF da Fundação Hospitalar. Já a Unidade Hospitalar selecionada foi o Hospital de Pronto-Socorro João XXIII. Esse hospital foi fundado em 1973, pertencendo a extinta Fundação Estadual de Assistência Médico de Urgências (Feamur) e tinha como intuito também prestar serviços em emergência na Região Metropolitana de Belo Horizonte, já que o Hospital Maria Amélia Lins não estava conseguindo atender à crescente demanda de pacientes da capital. Em 1977, foi incorporado à recém-criada FHEMIG<sup>5</sup>.

Um dos motivos pela escolha foi por essa Unidade se localizar na cidade de Belo Horizonte, capital do estado de Minas Gerais. Além disso, foi também por ela estar inserida no Complexo de Urgência e Emergência, o que faz com que ela possua um robusto contingente de pessoal, sendo o Hospital com maior número de servidores da Fundação. Estes estão distribuídos nas seguintes categorias profissionais: AUAS (Auxiliar de Apoio à Saúde), AGAS (Analista de Gestão e Assistência à Saúde), PENF (Profissional de Enfermagem), MED (Médico) e TOS (Técnico Operacional em Saúde). Prestando atendimentos em diversas especialidades na área da saúde, tais como: Cirurgia Geral, Clínica Médica, Pediatria, Neurologia, Neurocirurgia, Ortopedia, Cirurgia Plástica Reparadora, Cirurgia e Traumatologia Bucomaxilofaciais, Otorrinolaringologia, Medicina Intensiva, Anestesiologia, Cirurgia Cardiovascular, Oftalmologia, CTI (Centro de Terapia Intensiva) e UTI (Unidade de Terapia Intensiva).

Ademais, o João XXIII presta os seguintes serviços: atendimento a vítimas de grandes queimaduras (contando com 35 leitos); atendimento de urgência para vítimas de ataques de animais; atendimento em urgência de clínica médica (patologias agudas); atendimento médico de urgência para traumas ortopédicos em vítimas de acidentes em estado grave; atendimento médico em casos de envenenamento ou intoxicação grave; atendimento médico-hospitalar a feridos em casos de grandes catástrofes; cirurgias de

---

<sup>5</sup> Disponível em: <http://www.fhemig.mg.gov.br/pt/atendimento-hospitalar/complexo-de-urgencia-e-emergencia/hospital-joao-xxiii>

urgência para pacientes com risco de morte; informações e tratamento em casos de intoxicação química e picadas de escorpião e outros animais peçonhentos; e tratamento médico para adultos que necessitam de cuidados intensivos e intermediários.

A estrutura organizacional do HJXXIII conta com a Diretoria (topo da hierarquia), seguido de: Núcleo de Ensino e Pesquisa; Assessoria de Gestão; Núcleo de Risco; Coordenação de Residência; Coordenação de Gestão Estratégica; e Apoio Administrativo em Plantão. Além disso, conta com cinco Gerências que executam os serviços prestados pela Unidade, quais sejam: Ortopedia Galba Veloso; Assistencial; Apoio diagnóstico e terapêutico; Administrativa; e Gestão da informação.

O João XXIII é considerado o maior centro público de trauma da América Latina, além de ser referência estadual no atendimento ao politraumatizado e às urgências clínicas cirúrgicas, está também cadastrado pelo Ministério da Saúde como o maior Centro de Queimados e de Toxicologia do País (FHEMIG, 2010). O HJXXIII tem papel de grande relevância na assistência à saúde para a Região Metropolitana de Belo Horizonte (RMBH), para Minas Gerais e outros estados do Brasil. Desse modo, a análise do perfil socioeconômico dos profissionais desse Hospital possibilitaria uma visão mais próxima da situação generalizada das carreiras em estudo no Complexo de Urgência e Emergência da FHEMIG.

O cálculo amostral foi baseado na técnica Amostragem Aleatória Simples (AAS) com população finita (MINGOTI, 2004, p. 10), em que foi utilizada a seguinte fórmula para o cálculo:

$$n = \frac{N\sigma^2}{(N-1)\left(\frac{d}{z_{\alpha/2}}\right)^2 + \sigma^2}$$

Onde: n = tamanho da amostra; N = tamanho da população; d = erro amostral;  $\sigma$  = desvio-padrão da medida de interesse; e z = nível de confiança.

Por meio do Relatório do B.O. (*Business Object*), retirado do SISAP (Sistema Integrado de Administração Pessoal), foram levantados os seguintes dados do

número total de servidores efetivos lotados no HJXXIII:

Médicos	546
Auxiliares de Enfermagem	214
Técnicos de Enfermagem	937
Enfermeiros	198

A partir da aplicação desses dados na fórmula de ASS, chegou-se aos seguintes valores:

Cargo	Tamanho da População (N)	Erro 0,06 Tamanho da Amostra (n)	Erro 0,07 Tamanho da Amostra (n)	Erro 0,08 Tamanho da Amostra (n)
Médicos	546	140	110	89
Não médicos	1349	165	125	98
TOTAL		305	236	187

Com isso, optou-se pela amostra cujo total correspondesse a 187 questionários, em que 89 seriam respondentes Médicos e 98 Profissionais de Enfermagem.

Após elaborada a amostra e o questionário, foi aplicado um pré-teste com 10 servidores das carreiras de MED e PENF da Administração Central da FHEMIG, a fim de validar o formulário.

Depois de validado o questionário (vide apêndice B), teve início a aplicação em campo. A técnica de pesquisa utilizada foi a observação participante, a qual consiste na interação real entre pesquisador e grupo pesquisado, possibilitando o pesquisador “vivenciar o que eles [grupo pesquisado] vivenciam e a trabalhar dentro do sistema de referência deles” (MANN, 1970 *apud* LAKATOS & MARKONI, 2003, p. 90). Assim, por meio artificial (sem pertencer à mesma comunidade pesquisada), a pesquisadora foi integrada ao grupo com o intuito de obter informações.

Foram muitas as dificuldades encontradas nessa etapa e que acabaram por impedir que a amostra fosse alcançada. A princípio houve uma dificuldade em conseguir um apoio interno do Hospital para que se pudesse entender o funcionamento da instituição e proporcionar o contato com o público-alvo.

A demora em conseguir estabelecer um contato com “pessoas-chave” prejudicou o andamento da pesquisa, que atrasou em começar de fato (a primeira aplicação). O próprio ambiente hospitalar inibia o desenvolvimento da pesquisa, já que por se tratar de uma Unidade do Complexo de Urgência e Emergência, a rotina diária de trabalho é sempre muito intensa e devido à grande relevância desse Hospital no contexto regional-metropolitano, os trabalhadores, no geral, são frequentemente requisitados, o que dificultava uma abordagem direta (eles estavam sempre andando de um lado para o outro, pelos corredores e salas).

A própria forma de organização interna, com plantões alternados, regulares, diaristas, diferentes cargas horárias de trabalho semanal, contribuía para dificultar o contato com os servidores. Além disso, a grande maioria dos profissionais que trabalham no hospital não possui uma sala própria, o trabalho é realizado entre os diversos consultórios, enfermarias, setores, blocos, e tendo em vista o porte da unidade (o maior da FHEMIG, conta com 10 andares), era desafiador conseguir estabelecer interações com os servidores.

A aplicação de questionários só começou de fato após o estabelecimento do contato com a Coordenação da Enfermagem. Essas profissionais foram cruciais para os resultados obtidos. Por meio do contato com a Coordenadora em exercício foi possível capilarizar o acesso às demais chefes e coordenadoras de enfermagem, as quais indicavam e até mesmo entregavam os formulários aos servidores. Além disso, elas atuaram como pontos de entrega de formulários, uma vez que os questionários eram autoaplicáveis e devido à intensa rotina do ambiente organizacional, na maioria das vezes os respondentes deixavam para entregar os formulários preenchidos após um período de tempo (entre os intervalos de trabalho).

Em relação aos Médicos, a aplicação foi mais conturbada. Nem após reunião com o responsável por esses profissionais, foi possível obter um maior número de respondentes. Não foi feita uma indicação de quem procurar ou uma explicação de como funcionava o ambiente. As tentativas de abordagem direta com esses profissionais eram, na vasta maioria das vezes, frustradas. Havia sempre muita desconfiança em relação à pesquisa, à origem da pesquisadora e ao que se faria com os dados.

O termo de consentimento (vide Apêndice B) foi um grande inibidor para

conseguir respondentes médicos, muitos entendiam que a assinatura do termo corresponderia à identificação do participante e uma possível ameaça, já que o questionário continha questões como faixa salarial, satisfação com a instituição e com a chefia imediata. A abordagem com os médicos só era efetiva se fosse indireta, isto é, se houvesse o respaldo de um outro profissional de medicina como quem indicou a pesquisa ou no intermédio entre pesquisadora e respondente.

A questão sobre a satisfação com a chefia imediata também começou a se tornar um inibidor para os PENF, já que na maior parte das vezes eram as próprias chefes de setores quem entregavam os formulários às equipes, assim, os servidores começaram a não aderir à pesquisa por receio de que a chefia lesse a resposta dada e pudesse haver algum tipo de retaliação.

Por conta de todos esses fatores, tornou-se cada vez mais e mais difícil conseguir com que os questionários fossem preenchidos. Não obstante, o curto período de tempo destinado para o desenvolvimento da pesquisa também impediu que se criasse vínculos com o público-alvo para que se conseguisse dar maior credibilidade à pesquisa e transmitir maior confiança aos servidores.

Ao final, foram 65 questionários preenchidos, 22 de médicos e 43 de Profissionais de Enfermagem. Por conseguinte, os resultados obtidos com a tabulação dos formulários não têm caráter estatístico. A amostra não foi atingida, logo os dados não podem fazer inferências representativas da população global. Contudo, essas informações podem ilustrar aspectos relevantes da realidade desses profissionais, podendo apresentar percepções importantes sobre os respondentes.

Cabe salientar que o não atingimento da amostra é também um indicativo para o estudo. Isso explicita a complexidade do ambiente organizacional, da cultura dos diferentes segmentos profissionais e das relações simbólicas estabelecidas.

Desse modo, o levantamento e a análise dos dados permitiu o delineamento do perfil socioeconômico dos profissionais das duas carreiras em estudo, mesmo que os resultados estatísticos esperados não tenham sido alcançados, foi possível depreender importantes análises dessa realidade.

## **5 ANÁLISE DO DESENHO DAS CARREIRAS DE MÉDICOS E PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM**

A lei nº 15.462, de 13 de janeiro de 2005, é responsável por instituir as carreiras do Grupo de Atividades de Saúde do Poder Executivo do estado de Minas Gerais. Os incisos IX e X do artigo 1º, estabelecem, respectivamente, as carreiras de Profissional de Enfermagem (PENF) e de Médico (MED) como componentes desse Grupo de Atividades. No inciso I do artigo 2º, a Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais (FHEMIG) consta como um dos órgãos que compõe o Sistema Estadual de Gestão da Saúde, encarregados da prestação de serviços de saúde no âmbito estadual.

Ainda no artigo 2º da referida lei, são pontuados alguns conceitos relevantes que envolvem a administração das carreiras no serviço público mineiro, como: grupo de atividades que diz respeito ao agrupamento de carreiras de acordo com suas devidas áreas de atuação; carreira, que é o agregado de cargos de mesma natureza e complexidade, com provimento efetivo, e estruturados em níveis e graus conforme as responsabilidades e atribuições de sua competência; cargo de provimento efetivo que corresponde a uma unidade de ocupação funcional pertencente ao quadro de pessoal estável, sendo que tanto sua origem, remuneração, quantitativo, atribuições e responsabilidades estão vinculadas à lei e ao regime estatutário; quadro de pessoal que engloba o conjunto dos cargos efetivos e comissionados de um determinado órgão; nível que refere-se à posição vertical dentro da estrutura escalonada dos cargos em que se encontra o servidor (geralmente em algarismos romanos); e grau que corresponde à posição horizontal no escalonamento dos cargos em que se encontra o servidor (geralmente em letras do alfabeto).

Para fins de facilitar a compreensão da análise realizada com base nas carreiras MED e PENF, o presente capítulo foi subdividido nas seguintes seções: atribuições, estrutura da carreira, carga horária e vencimento-base (vencimento).

## 5.1 Atribuições

O artigo 4º da Lei Nº 15.462/2005 prevê, no Anexo II, as atribuições gerais concernentes às carreiras da FHEMIG. Ao Profissional de Enfermagem compete: o planejamento, a coordenação, a execução, a supervisão e a avaliação das atividades e ações de enfermagem conforme a complexidade que envolve o trabalho, as particularidades ligadas à sua formação técnica-profissional e as normas de exercício da profissão, assim como a participação em programas de saúde pública e o desempenho em tarefas auxiliares. Já ao Médico cabe: a participação em todos os atos que envolvam o exercício da Medicina, a realização de exames, diagnósticos, a prescrição e administração de tratamentos para doenças, perturbações e lesões do paciente, a aplicação de métodos e protocolos médicos aceitos e reconhecidos cientificamente, bem como a prática de cirurgias e procedimentos correlatos, a emissão de laudos e pareceres e a participação em processos educativos e de vigilância em saúde.

A princípio percebe-se que as atribuições correlatas a cada carreira já apontam para a configuração com papéis bem delineados, em conformidade à distinção cura/cuidado, tal como aponta Agudelo (1995). Ao médico é atribuída a função de cura, o papel ativo nos processos que envolvem a análise do quadro clínico e o delineamento dos procedimentos a serem adotados para a recuperação do paciente. Ao passo que à enfermagem é destinado o cuidado, mas este como uma função subsidiária, nos próprios termos da lei, lhe é incumbida “desempenhar tarefas auxiliares”, bem como tarefas de teor administrativo (planejamento, supervisão, coordenação, avaliação). Logo, já se percebe o início do delineamento da divisão do trabalho na FHEMIG.

## 5.2 Estrutura das carreiras

O concurso público para o ingresso nessas carreiras possui natureza eliminatória e classificatória, além de poder englobar as seguintes etapas: obrigatoriamente, provas ou provas e títulos; quando necessárias, prova de aptidão psicológica e psicotécnica, prova prática e curso de formação técnico-profissional. O edital do concurso estabelecerá, no mínimo, o número de vagas, as matérias das provas, o desempenho mínimo exigido, os critérios de avaliação de títulos, o caráter eliminatório

e classificatório do processo, os requisitos para a inscrição, a escolaridade mínima exigida e a carga horária de trabalho. Após o encerramento do concurso e a homologação dos resultados, os candidatos aprovados serão nomeados conforme a ordem de classificação, obedecendo ao prazo de validade do certame.

Para o ingresso nessas carreiras, conforme estabelece o artigo 10º da lei das carreiras do Grupo de Atividades de Saúde, é preciso aprovação em concurso público de provas ou de provas de títulos e, então, o candidato poderá ocupar o primeiro grau do nível que corresponde à formação exigida ao cargo. Contudo, nos concursos da FHEMIG, até hoje promovidos, constaram para as carreiras de MED e PENF apenas a etapa de provas ou provas e títulos.

O ingresso, na carreira de Médico, em conformidade com as alíneas do inciso V do artigo 11 da Lei nº 15.462/2005, alteradas pela Lei nº 20.336/2012, exige a comprovação de habilitação mínima em: graduação em Medicina para o nível I; graduação em Medicina somada à residência médica ou à pós-graduação *lato sensu* para o nível III; e graduação em Medicina somada à pós-graduação *stricto sensu* ou à residência médica II para o nível VI.

O parágrafo 3º do artigo 18, estabelece que os títulos de especialidade médica devem estar devidamente reconhecidos por convênio entre o Conselho Federal de Medicina (CFM), a Associação Médica Brasileira (AMB) e a Comissão Nacional de Residência Médica (CNRM), equivalendo tanto à residência médica quanto à pós-graduação *lato sensu*. Desse modo, caso o profissional não tenha residência médica, mas apresente o título de especialidade reconhecido por convênio com uma destas instituições, este será considerado válido tal como residência.

Já em relação à carreira de Profissional de Enfermagem, em conformidade com o inciso VI do artigo 11 da Lei nº 15.462/2015, alterado pelo artigo 6º da Lei nº 15.786/2005, exige-se: nível intermediário para o nível I; nível intermediário com formação em curso de educação profissional para o nível II; nível superior para o nível IV; e pós-graduação *lato sensu* para o nível VI. De acordo com o parágrafo 4º do artigo 18 da Lei nº 15.462/2015, os certificados e diplomas de cursos de educação profissional devem ser reconhecidos pelo Conselho Regional de Enfermagem (COREN) e pelo Conselho Federal de Enfermagem (COFEN).

O desenvolvimento nessas carreiras é realizado por meio da progressão e da promoção, tal como estabelecem os artigos de 16 a 22 ainda da Lei nº 5.462/2005.

A progressão corresponde à passagem consecutiva de um grau para outro, dentro de um mesmo nível de uma dada carreira. Constam como critérios exigidos ao servidor para tal movimentação: estar em efetivo exercício, ter cumprido o interstício de dois anos no mesmo grau e ter obtido duas avaliações de desempenho individual satisfatórias desde a última<sup>6</sup> progressão. Conforme estabelecido nos incisos I e II do § 4º do artigo 2º do Decreto nº 44.558/2007, para que uma avaliação de desempenho seja considerada como satisfatória, é preciso que se obtenha nota maior ou igual a 70 na Avaliação Individual de Desempenho, ou média do somatório das notas maior ou igual a 70 na Avaliação Especial de Desempenho.

A promoção é a passagem de um nível para outro subsequente, desde que o servidor: esteja em efetivo exercício, tenha cumprido o interstício de cinco anos de efetivo exercício em um mesmo nível, tenha cinco avaliações de desempenho individual satisfatórias desde a última promoção, comprove a escolaridade mínima exigida ao nível almejado e comprove a participação e aprovação em atividade de formação e aperfeiçoamento (desde que haja disponibilidade financeira e orçamentária para o desenvolvimento destas ações). Na promoção, o servidor é reposicionado no primeiro grau do nível para o qual foi promovido na estrutura de escalonamento de sua carreira, em um novo vencimento básico, superior aquele percebido até então.

Durante o período aquisitivo, caso o servidor sofra punição disciplinar de suspensão, exoneração ou destituição do cargo em comissão ou função gratificada que ocupar, ou seja, caso seja afastado das funções de seu cargo (exceto os casos permitidos pelo Estatuto do Servidor), perderá o direito à progressão e à promoção. Tal imposição aponta para um caráter disciplinador da legislação, com o intuito de cercear a conduta dos profissionais mediante algumas exigências mínimas para a consecução de direitos.

---

<sup>6</sup>A primeira progressão só pode ser realizada após a conclusão do estágio probatório, em que o servidor deve estar: em efetivo exercício, posicionado no Grau “A” do respectivo Nível em que ingressou na carreira, considerado apto com a conclusão de seu estágio probatório e com parecer satisfatório da Avaliação Especial de Desempenho (Decreto nº 44.682/2001, artigo 2º, incisos I, II, III e IV). Desse modo, o interstício entre a primeira progressão e o ingresso é de no mínimo três anos, enquanto para a promoção é de oito.

Para a promoção de Médico para o nível VI, o parágrafo 6º do artigo 18 da Lei nº 15.462/2005 (acrescentado pelo artigo 8º da Lei 20.336/2012), reduz o interstício de cinco anos para quatro, desde que o servidor comprove a conclusão da Residência Médica II. Ou seja, esse profissional apresentaria uma condição de promoção diferenciada frente aos demais profissionais de saúde, tendo a exigência de um tempo menor como critério para concessão da promoção. Contudo, apesar da redução do interstício para 4 (quatro) anos, ainda existe a obrigatoriedade das 5 (cinco) avaliações de desempenho satisfatórias. Desse modo, a tentativa de redução do interstício para a consecução da promoção não se faz efetiva, já que a necessidade das avaliações de desempenho acaba por não alterar o tempo para a realização da promoção em cinco anos e gera mais insatisfação dos servidores.

No tocante à carreira de PENF, conforme interpretação do artigo 26 da Lei 15.786 de 27/10/2005, a evolução para o nível IV só ocorre para aqueles profissionais que concluírem a graduação em Enfermagem, assim, os demais servidores dessa carreira (com outras graduações) ficam estagnados no nível III.

Os quadros a seguir (1 e 2) ilustram a estrutura dessas carreiras.

Quadro 1 - Estrutura da carreira de Médico com carga horária de 12 ou 24 horas semanais, FHEMIG

Nível	Nível de escolaridade	Grau									
		A	B	C	D	E	F	G	H	I	J
I	Superior	I-A	I-B	I-C	I-D	I-E	I-F	I-G	I-H	I-I	I-J
II	Superior	II-A	II-B	II-C	II-D	II-E	II-F	II-G	II-H	II-I	II-J
III	Pós-graduação <i>lato sensu</i> /Residência Médica I	III-A	III-B	III-C	III-D	III-E	III-F	III-G	III-H	III-I	III-J
IV	Residência Médica I	IV-A	IV-B	IV-C	IV-D	IV-E	IV-F	IV-G	IV-H	IV-I	IV-J
V	Residência Médica I	V-A	V-B	V-C	V-D	V-E	V-F	V-G	V-H	V-I	V-J
VI	Pós-graduação <i>stricto sensu</i> /Residência Médica II	VI-A	VI-B	VI-C	VI-D	VI-E	VI-F	VI-G	VI-H	VI-I	VI-J

Fonte: Lei 15.462/2005, alterada pelo Anexo II da Lei nº 20.336/2012.

Quadro 2 - Estrutura da carreira de Profissional de Enfermagem com carga horária de 20, 30 ou 40 horas semanais, FHEMIG

Nível	Nível de escolaridade	Grau									
		A	B	C	D	E	F	G	H	I	J
T	Fundamental	T-A	T-B	T-C	T-D	T-E	T-F	T-G	T-H	T-I	T-J
I	Intermediário	I-A	I-B	I-C	I-D	I-E	I-F	I-G	I-H	I-I	I-J
II	Intermediário	II-A	II-B	II-C	II-D	II-E	II-F	II-G	II-H	II-I	II-J
III	Intermediário	III-A	III-B	III-C	III-D	III-E	III-F	III-G	III-H	III-I	III-J
IV	Superior	IV-A	IV-B	IV-C	IV-D	IV-E	IV-F	IV-G	IV-H	IV-I	IV-J
V	Superior	V-A	V-B	V-C	V-D	V-E	V-F	V-G	V-H	V-I	V-J
VI	<i>Lato ou stricto sensu</i>	VI-A	VI-B	VI-C	VI-D	VI-E	VI-F	VI-G	VI-H	VI-I	VI-J
VII	<i>Lato ou stricto sensu</i>	VII-A	VII-B	VII-C	VII-D	VII-E	VII-F	VII-G	VII-H	VII-I	VII-J
VIII	<i>Lato ou stricto sensu</i>	VIII-A	VIII-B	VIII-C	VIII-D	VIII-E	VIII-F	VIII-G	VIII-H	VIII-I	VIII-J

Fonte: Lei 15.462/2005, alterada pelo art. 7º da Lei nº 20.518/2012.

Ao observar os Quadros 1 e 2 referentes a estrutura das carreiras de Médicos e Profissionais de Enfermagem da Fundação Hospitalar, depreende-se uma configuração escalonada de modo vertical e linear, com graus e níveis dispostos de modo ascendente e possuindo um único caminho a ser percorrido. Dessa forma, quanto maior o nível e o grau ocupado pelo profissional dentro dessa disposição, maior a sua “evolução” na carreira.

Tal como salientado por Dutra (2012), esse tipo de disposição é também denominado carreira tradicional, a qual se vincula à estrutura organizacional que possui estruturas de maior hierarquia e rigidez institucional. Kilimnik e outros (2006) apontam três limitadores desse modelo e que se fazem presentes nas estruturas analisadas, que são: o progresso verticalizado, ligado a um aumento na posição hierárquica e, conseqüentemente, de *status*; a vinculação da estrutura a uma única profissão, no caso médicos e enfermeiros; e a estabilidade, que dá perenidade à continuidade dos servidores nas carreiras.

Conforme a disposição apresentada no Quadro 1, a carreira de Médico possui 6 (seis) níveis e 10 (dez) graus. Todavia, desde 2005 não há mais concursos para o ingresso nos níveis I e II, apenas a partir do nível III, isso significa que o corpo

profissional de médicos que ingressou nos últimos 11 (onze) anos possui maior qualificação, já que os requisitos de escolaridades exigem algum tipo de pós-graduação *lato sensu* ou Residência Médica I.

Por sua vez, a estrutura da carreira de Profissionais de Enfermagem observada no Quadro 2, possui 9 (nove) níveis e, igualmente aos médicos, 10 (dez) graus. Essa carreira engloba todas as categorias de profissionais de enfermagem: Atendente de Enfermagem (nível T); Auxiliar de Enfermagem e Técnico em Enfermagem (níveis I, II e III); e Enfermeiro (do nível IV ao VIII). O nível “T”, fundamental, não possui mais ingresso.

Assim, o Enfermeiro (nível IV) teria correspondência de nível de escolaridade com o médico, ambos superiores. Entretanto, o enfermeiro possui cinco níveis de evolução na carreira (IV ao VIII), um a menos que o médico.

Como destacado por Longo (2007), o desenvolvimento das pessoas na organização integra especialmente os processos de promoção e formação. Contudo, conforme observado na estrutura das carreiras estudadas, há um enfoque exacerbado no primeiro processo, o qual se encontra engessado em critérios estabelecidos por uma legislação estadual, enquanto o segundo processo é esquecido, restrito a condicionalidade de disposição financeira pelo órgão.

Em que pese o caráter legalista dos atos da Administração Pública, em respeito ao Princípio da Legalidade, a vinculação da gestão das carreiras a uma série de normas legais confere pouca margem de manobra aos gestores das políticas de recursos humanos dos órgãos públicos, no caso, para a Diretoria de Gestão de Pessoas (DIGEPE) da FHEMIG. Esses gestores ficam limitados aos parâmetros estabelecidos pela legislação, o que impede a adequação das ferramentas de gestão às particularidades de cada carreira e mesmo à efetivação do Princípio da Equidade, já que as normas são padronizadas e não se pode tratar os desiguais na medida de suas desigualdades (LONGO, 2007).

Um dos critérios exigidos para a consecução de promoção e progressão está baseado no tempo de serviço dos profissionais na instituição, o que estagna as pessoas em uma mesma posição durante um período mínimo de tempo, mas não curto, no caso da progressão por dois anos e da promoção por cinco.

Além disso, há certa tensão relacionada aos critérios especiais de promoção, como ocorre com a redução do interstício, no caso dos médicos que concluíram a Residência II. Esta redução interfere na percepção de equidade interna dentro da organização, pois os demais trabalhadores, que não são da carreira de Médico, podem perceber a desigualdade de acesso à evolução, em que os médicos têm a prerrogativa legal de necessitarem de quatro anos para se promoverem e ingressarem no último nível da carreira, ao passo que outras profissões, como a enfermagem, devem aguardar cinco anos.

Somado a isso, o artigo 112 da Lei nº 15.961/2005, alterou o artigo 19 da Lei nº 15.786/2005, estabelecendo que aqueles ocupantes da carreira de Médico que possuíssem na data de publicação da Lei 15.462/2005, certificado de conclusão de Residência Médica ou título de especialidade médica reconhecido pelas entidades credenciadoras (CFM, AMB e CNRM), seriam posicionados a partir do nível III, grau A, na estrutura da carreira. De tal modo, esses profissionais não precisariam esperar os cinco anos ou realizar as avaliações requisitadas.

As prerrogativas detidas por um grupo em detrimento de outros, tendem a contribuir para a insatisfação do pessoal não contemplado por determinadas medidas, para com a instituição, visto que se sentem injustiçados, frente a não observância da isonomia.

O segundo requisito para a evolução nas carreiras é a obtenção de nota satisfatória na avaliação de desempenho, duas notas para a progressão e cinco para a promoção. Apesar da tentativa de integrar evolução ao desempenho dos servidores, a abordagem acaba por perder o seu sentido de ser, vista que são necessárias várias avaliações consecutivas anuais para que o trabalhador possa vir a desfrutar do empenho empregado em seu serviço. Em outras palavras, apenas após dois e cinco anos de desempenho satisfatório, é que os profissionais serão reconhecidos na estrutura de encareiramento, o que acaba por reafirmar o critério “tempo” na evolução.

A exigência de comprovação da participação e da aprovação em ações de formação e aperfeiçoamento é tida como um critério secundário na evolução. Tendo em vista que, a própria legislação confere a condicionalidade de disposição financeira-orçamentária do órgão para que a formação seja entendida como um requisito, depreende-se que ele é também dispensável ou tido como de menor importância que os demais

critérios, já que não é obrigatório. Essa visão contrasta ao que Longo (2007) defende, da importância essencial das políticas de formação para que os trabalhadores detenham os conhecimentos necessários para o atingimento dos objetivos organizacionais e não de que essas atividades sejam entendidas como dispensáveis.

Ademais, em ambas as carreiras, é exigida uma escolaridade mínima tanto para o ingresso quanto para o acesso a outros níveis. Junto a isso, é imposta a comprovação do credenciamento de instituições que legitimam o saber detido pelos grupos profissionais, tais como o Conselho Federal de Medicina (CFM), a Associação Médica Brasileira (AMB) e o Comissão Nacional Residência Médica (CNRM) para os médicos e o COREN (Conselho Regional de Enfermagem) e o COFEN (Conselho Federal de Enfermagem) para a enfermagem.

Desse modo, percebe-se a apropriação de determinados domínios do saber por meio da ratificação, isto é, algumas instituições exercem o poder simbólico creditando os indivíduos no exercício de determinadas ocupações. Tal como salienta Friedson (1997 *apud* FILIPE, 2008) a legitimidade realizada por essas organizações atua na conservação de certos privilégios aos grupos profissionais a quem correspondem, acarretando em maior autonomia e controle sobre as condições de trabalho.

O controle realizado pelas exigências de credenciais incide sobre a possibilidade de evolução nas carreiras. No caso dos médicos de nível superior (que possuem apenas a graduação), a não formação em Residência Médica I ou em pós-graduação, refletirá em estagnação do profissional nos níveis I ou II, sem possibilidade de acesso aos níveis subsequentes.

Isso ocorre nos demais níveis, em que a não formação em Residência II ou obtenção do título de especialização *strictu sensu*, inviabilizará o trabalhador a atingir os níveis mais altos da carreira ou chegar ao seu teto.

De modo semelhante, essa situação ocorre com os PENF, em que a não formação em curso superior na área de Enfermagem, imobiliza a pessoa nos níveis I, II ou III da carreira. Já para os profissionais de nível superior dessa carreira, a não obtenção de algum dos títulos de pós-graduação (*lato* ou *strictu sensu*) acaba por paralisar os

servidores nos níveis IV e V, sem possibilidade de acesso aos três últimos níveis da carreira (VI, VII e VIII)<sup>7</sup>.

Como visto, as credenciais interferem nos critérios de acesso e desenvolvimento nas carreiras, formando e, assim, controlando os indivíduos aptos a exercerem as atribuições da profissão por meio da projeção da imagem de qualidade atribuída à certificação.

### 5.3 Carga horária

Em relação à carga horária desses servidores, o inciso II do artigo 9º da Lei nº 15.462 de 2005, alterado pelo artigo 5º da Lei nº 17.618/2008, estabelece que a carreira de Profissional de Enfermagem possui jornada de trabalho semanal de 20, 30 e 40 horas destinada aos ocupantes de cargo de nível superior e de 30 ou 40 horas para o nível intermediário.

A carreira dos Médicos, por sua vez, possui carga horária semanal de 24 horas a ser exercida em regime normal (diarista) ou de plantão. O parágrafo 1º do citado artigo 9º, concede aos Médicos que cumpriam carga horária de 12 horas semanais (antes da publicação da referida lei) a opção de extensão de carga horária para 24 horas, com reajuste no vencimento de maneira proporcional à carga horária, desde que por interesse da Administração Pública e mediante aprovação da Câmara de Coordenação Geral, Planejamento, Gestão e Finanças do Estado (atual Câmara de Orçamento e Finanças – COF). O parágrafo 7º do mesmo artigo abre aos Profissionais de Enfermagem que cumprem a jornada de 40 horas semanais a opção de redução de carga horária para 30 horas, com redução proporcional do vencimento percebido, desde que manifesto o

---

<sup>7</sup> Cabe ressaltar que os títulos e diplomas exigidos em ambas as carreiras analisadas, seja Residência I, Residência II, graduação ou pós-graduação, precisam ser apresentados uma única vez para se ter acesso ao nível almejado. Isso quer dizer que, por exemplo, o Profissional de Enfermagem do nível V para ascender ao nível VI de sua carreira, no que incide o critério escolaridade, precisa comprovar sua pós-graduação apenas para ingressar nesse nível, nos níveis subsequentes não há necessidade de apresentar outro diploma ou de se obter outra formação. Caso o profissional conquiste outros títulos, eles não serão contabilizados ou reconhecidos para sua evolução na estrutura da carreira (Lei 15.462 de 2005, artigo 22, parágrafo 2º).

interesse da Administração Pública e mediante aprovação do dirigente do órgão de lotação do servidor.

Na enfermagem, é possível observar um primeiro indício de segmentação interna na carreira, em que os profissionais de ensino superior (não podem escolher, a carga horária é definida pelo edital do concurso) estão submetidos a três tipos de carga horária de trabalho (20, 30 ou 40), enquanto aqueles de nível intermediário apenas a duas (30 ou 40). Cabendo ressaltar que uma das opções, a de 20 horas semanais, corresponde à metade da outra, 40 horas. Todavia, nos editais dos concursos para PENF promovidos pela FHEMIG até hoje, foi estabelecida a carga horária de 40 horas tanto para o nível superior como para o intermediário.

Em comparação aos médicos, as discrepâncias são ainda mais acentuadas. Um profissional de medicina apresenta carga horária semanal máxima de 24 horas, isto é, 16 horas a menos que o máximo permitido aos Profissionais de Enfermagem. Essa situação contribui para o acirramento de conflitos entre os profissionais, que perante a desigualdade justificada na certificação, em que quanto maior a escolaridade maiores são as vantagens à disposição dos servidores, aqueles desprovidos desses privilégios sentem-se em situação desfavorável aos demais, contribuindo, assim, para a insatisfação com a instituição, com a carreira e para a percepção de inequidade interna.

#### **5.4 Vencimento-básico**

O artigo 46 da Lei nº 15.462/2005 institui as tabelas de vencimento básico para as carreiras de MED e PENF, e o seu § 1º determina que nas tabelas seja observada a proporcionalidade entre a carga horária de trabalho do servidor e o vencimento percebido. Desse modo, a carreira de MED possui duas tabelas de vencimento (12 e 24 horas), enquanto a de PENF possui três (20, 30 e 40 horas), conforme ilustram os Quadros (3, 4, 5, 6 e 7) a seguir, baseados na atualização realizada pela Lei nº 21.726/2015.

Quadro 3 - Salário-base de Médicos servidores da FHEMIG, carga horária de 12 horas semanais

<b>GRAU</b>										
<b>NÍVEL</b>	<b>A</b>	<b>B</b>	<b>C</b>	<b>D</b>	<b>E</b>	<b>F</b>	<b>G</b>	<b>H</b>	<b>I</b>	<b>J</b>
<b>I</b>	2.075,09	2.131,64	2.189,89	2.249,89	2.311,69	2.375,34	2.440,90	2.508,42	2.577,98	2.649,61
<b>II</b>	2.489,81	2.558,80	2.629,87	2.703,06	2.778,46	2.856,11	2.936,09	3.018,48	3.103,33	3.190,73
<b>III</b>	2.995,77	3.079,94	3.166,64	3.255,94	3.347,92	3.442,65	3.540,23	3.640,74	3.744,26	3.850,89
<b>IV</b>	3.613,04	3.715,73	3.821,50	3.930,44	4.042,66	4.158,24	4.277,28	4.399,90	4.526,20	4.656,29
<b>V</b>	4.468,80	4.597,16	4.729,37	4.865,56	5.005,82	5.150,30	5.299,11	5.452,38	5.610,25	5.774,07
<b>VI</b>	5.538,49	5.698,95	5.864,22	6.034,44	6.209,78	6.390,37	6.576,38	6.767,97	6.965,31	7.170,09

Fonte: Lei nº 21.726/2015

Quadro 4 - Salário-base de Médicos servidores da FHEMIG, carga horária de 24 horas semanais

<b>GRAU</b>										
<b>NÍVEL</b>	<b>A</b>	<b>B</b>	<b>C</b>	<b>D</b>	<b>E</b>	<b>F</b>	<b>G</b>	<b>H</b>	<b>I</b>	<b>J</b>
<b>I</b>	3.960,16	4.073,26	4.189,76	4.309,76	4.433,34	4.560,65	4.691,76	4.826,82	4.965,92	5.109,20
<b>II</b>	4.789,59	4.927,58	5.069,71	5.216,10	5.366,88	5.522,19	5.682,15	5.846,92	6.016,62	6.191,42
<b>III</b>	5.801,50	5.969,85	6.143,24	6.321,84	6.505,79	6.695,27	6.890,43	7.091,44	7.298,48	7.511,74
<b>IV</b>	7.036,03	7.241,41	7.452,95	7.670,84	7.895,27	8.126,43	8.364,52	8.609,76	8.862,35	9.122,52
<b>V</b>	8.747,54	9.004,27	9.268,69	9.541,05	9.821,59	10.110,53	10.408,15	10.714,69	11.030,44	11.355,65
<b>VI</b>	10.886,92	11.207,83	11.538,37	11.878,82	12.229,48	12.590,67	12.962,69	13.345,87	13.740,54	14.147,06

Fonte: Lei nº 21.726/2015

Quadro 5 - Salário-base de Profissionais de Enfermagem servidores da FHEMIG, carga horária de 20 horas semanais

<b>GRAU</b>										
<b>NÍVEL</b>	<b>A</b>	<b>B</b>	<b>C</b>	<b>D</b>	<b>E</b>	<b>F</b>	<b>G</b>	<b>H</b>	<b>I</b>	<b>J</b>
<b>T</b>	831,79	851,04	870,87	891,30	912,34	934,01	956,33	979,32	1.002,00	1.027,39
<b>I</b>	992,23	1.016,30	1.041,09	1.066,62	1.092,92	1.120,01	1.147,91	1.176,65	1.206,25	1.236,73
<b>II</b>	1.192,79	1.222,88	1.253,86	1.285,78	1.318,65	1.352,51	1.387,39	1.423,31	1.460,31	1.498,42
<b>III</b>	1.443,49	1.481,10	1.519,83	1.559,72	1.600,81	1.643,14	1.686,73	1.731,64	1.777,88	1.825,52
<b>IV</b>	1.827,21	1.876,33	1.926,92	1.979,03	2.032,70	2.087,98	2.144,92	2.203,56	2.263,97	2.326,19
<b>V</b>	2.187,40	2.247,32	2.309,04	2.372,61	2.438,09	2.505,53	2.574,00	2.646,55	2.720,25	2.796,15
<b>VI</b>	2.626,83	2.699,93	2.775,23	2.852,79	2.932,67	3.014,95	3.099,70	3.186,99	3.276,90	3.369,51
<b>VII</b>	3.162,93	3.252,12	3.343,98	3.438,60	3.536,06	3.636,44	3.739,83	3.846,33	3.956,02	4.068,00
<b>VIII</b>	3.906,16	4.017,65	4.132,48	4.250,75	4.372,57	4.498,05	4.627,29	4.760,41	4.897,52	5.038,75

Fonte: Lei nº 21.726/2015

Quadro 6 - Salário-base de Profissionais de Enfermagem servidores da FHEMIG, carga horária de 30 horas semanais

<b>GRAU NÍVEL</b>	<b>A</b>	<b>B</b>	<b>C</b>	<b>D</b>	<b>E</b>	<b>F</b>	<b>G</b>	<b>H</b>	<b>I</b>	<b>J</b>
<b>T</b>	939,61	962,10	985,26	1.009,12	1.033,69	1.059,00	1.085,07	1.111,92	1.139,58	1.168,07
<b>I</b>	1.152,68	1.181,56	1.211,31	1.241,95	1.273,51	1.306,01	1.339,49	1.373,98	1.409,50	1.446,08
<b>II</b>	1.393,35	1.429,46	1.466,64	1.504,94	1.544,39	1.585,02	1.626,87	1.669,97	1.714,37	1.760,10
<b>III</b>	1.694,19	1.739,32	1.785,80	1.833,67	1.882,98	1.933,77	1.986,09	2.039,97	2.047,97	2.152,63
<b>IV</b>	2.645,82	2.719,49	2.795,38	2.873,54	2.954,05	3.036,97	3.122,38	3.210,35	3.300,96	3.394,29
<b>V</b>	3.186,10	3.275,98	3.368,56	3.463,92	3.562,14	3.663,30	3.767,50	3.874,82	3.985,37	4.099,23
<b>VI</b>	3.845,24	3.954,90	4.067,84	4.184,18	4.304,01	4.427,43	4.554,55	4.685,48	4.820,35	4.959,26
<b>VII</b>	4.649,39	4.783,18	4.920,97	5.062,90	5.209,09	5.359,66	5.514,75	5.674,49	5.839,03	6.008,50
<b>VIII</b>	5.764,24	5.931,47	6.103,71	6.281,12	6.463,86	6.652,07	6.845,94	7.045,61	7.251,28	7.463,12

Fonte: Lei nº 21.726/2015

Quadro 7 - Salário-base de Profissionais de Enfermagem servidores da FHEMIG, carga horária de 40 horas semanais

<b>GRAU NÍVEL</b>	<b>A</b>	<b>B</b>	<b>C</b>	<b>D</b>	<b>E</b>	<b>F</b>	<b>G</b>	<b>H</b>	<b>I</b>	<b>J</b>
<b>T</b>	1.186,97	1.216,88	1.247,69	1.279,42	1.312,10	1.345,76	1.380,44	1.416,15	1.452,93	1.490,82
<b>I</b>	1.473,58	1.512,09	1.551,75	1.592,60	1.634,68	1.678,02	1.722,66	1.768,64	1.815,00	1.864,78
<b>II</b>	1.755,96	1.802,94	1.851,32	1.901,16	1.952,50	2.005,37	2.059,83	2.115,93	2.173,71	2.233,22
<b>III</b>	2.100,48	2.157,80	1.785,80	2.277,63	2.340,26	2.404,77	2.471,21	2.539,65	2.610,14	2.682,74
<b>IV</b>	3.464,43	3.562,66	3.663,84	3.768,05	3.875,39	3.985,96	4.099,83	4.217,13	4.337,94	4.462,38
<b>V</b>	4.184,80	4.304,64	4.428,08	4.555,22	4.686,18	4.821,07	4.959,00	5.103,10	5.250,49	5.402,31
<b>VI</b>	5.063,65	5.209,86	5.360,46	5.515,57	5.675,34	5.839,90	6.009,40	6.183,98	6.363,80	6.549,01
<b>VII</b>	6.135,86	6.314,23	6.497,96	6.687,20	6.882,12	7.082,88	7.289,67	7.502,66	7.722,04	7.947,00
<b>VIII</b>	7.622,32	7.845,29	8.074,95	8.311,50	8.555,14	8.806,10	9.064,58	9.330,82	9.605,04	9.887,50

Fonte: Lei nº 21.726/2015

À primeira vista, denotam-se diferenças substantivas nos valores das respectivas retribuições percebidas por ambas as carreiras. Em que pese as distintas jornadas de trabalho semanais atribuídas a cada segmento ocupacional, não há uma relação de proporcionalidade com os vencimentos.

Enquanto um servidor iniciante na carreira de Médico, ocupante do nível I e grau A, com carga horária de 12 horas semanais, recebe como salário-base R\$

2.075,09, os profissionais da enfermagem recém ingressos, 20 horas semanais, no grau A de formação fundamental, intermediária e superior, recebem, respectivamente: R\$ 831,79; R\$ 992,23; e R\$ 1.827,21<sup>8</sup>. É substancial, portanto, a diferença de salários entre os profissionais, principalmente em comparação com os diferentes níveis de escolaridade, em que o salário de um médico em relação ao de um profissional de enfermagem de nível fundamental, é maior cerca de 150% e em comparação com um profissional de enfermagem de nível intermediário chega a ser 120,33% maior, com carga horária de trabalho de oito horas a menos. A diferença, entre o médico e o enfermeiro (nível superior), nesse caso, não é tão destoante, sendo 13% maior o valor recebido pelo médico, contudo, o enfermeiro ainda possui carga horária superior.

Além disso, o aumento no vencimento-base da carreira MED da jornada de 12 horas semanais para a 24 horas corresponde a um aumento salarial de cerca 91%, do nível I grau A. Em contrapartida, a ampliação da jornada de trabalho de PENF de 20 horas semanais para 30, equivale a um aumento de 44%, no nível IV grau A e para a carga horária de 40 horas o aumento é ainda menor, equivalendo a 31%. Se comparado ao nível I grau dessa carreira, o aumento do vencimento passa de 20 para 30 horas a equivaler um acréscimo de 16% e de 30 para 40 a 3%. Portanto, há desigualdades significativas nas estruturas salariais, em que a ampliação da jornada de trabalho não é devidamente proporcional aos ganhos salariais para os profissionais de enfermagem.

Com o intuito de facilitar o exame dos montantes destinados a cada carreira, realizou-se a comparação entre os diferentes valores distribuídos no escalonamento das estruturas das carreiras e o valor/hora recebido (vide Apêndice A - Tabelas A, B, C, D e E). As Tabelas 1 e 2 expressam os vencimentos-básicos, por hora, destinados a cada carreira, de acordo com as distintas cargas horárias de trabalho. Foram selecionados, os níveis de ingresso para as diferentes escolaridades exigidas em cada carreira, bem como o teto do salário-base das mesmas.

---

<sup>8</sup> Apesar de não haver mais ingresso nos níveis I e II da carreira de Médico e no nível T da carreira de Profissional de Enfermagem, para termos comparativos, ainda assim serão utilizados os valores salariais atribuídos aos respectivos cargos, com o intuito de demonstrar as diferentes valorizações estabelecidas pela instituição aos diferentes cargos.

Tabela 1 - Vencimento-base por hora, MED

Carga horária	Nível I grau A	Nível III grau A	Nível VI grau A	Nível VI grau J
12 horas	172,92	249,65	461,54	597,51
24 horas	165,01	241,73	453,62	589,46

Fonte: Elaboração própria

Tabela 2 - Vencimento-base por hora, PENF

Carga horária	Nível T grau A	Nível I grau A	Nível IV grau A	Nível VI grau A	Nível VIII grau J
20 horas	41,59	49,61	91,36	131,34	251,94
30 horas	31,32	38,42	88,19	128,17	248,77
40 horas	29,67	36,84	86,61	126,59	247,19

Fonte: Elaboração própria

Na análise dos valores salariais para cada carga horária, percebe-se uma relação inversamente proporcional, isto é, quanto menor a jornada de trabalho semanal, maior o valor-hora pago nas duas carreiras, como se pode perceber: médico nível I, grau A e jornada de 12 horas semanais, recebe R\$ 172,92 pela hora trabalhada, enquanto outro profissional na mesma carreira, nível e grau, mas com jornada de 24 horas, recebe R\$ 165,01 por hora.

Esta mesma relação é observada na carreira de enfermagem, nas diferentes escolaridades de ingresso (fundamental, intermediário e superior). Assim, os trabalhadores que dedicam mais tempo à instituição, os que dispendem mais horas de serviço, são menos retribuídos. Gera-se, desse modo, uma percepção de inequidade dentro das carreiras.

Ao passo que, a relação entre escolaridade/especialização é diretamente proporcional à quantia recebida pela hora de trabalho, logo, quanto maior a formação, maior também será o valor-hora a ser pago, a exemplo: profissional de enfermagem, jornada de 40 horas semanais: grau A, fundamental (nível T) - R\$ 29,67; intermediário (nível I) - R\$ 36,84 e superior (nível IV) - R\$ 86,61. A discrepância dos valores pagos, por hora, aos enfermeiros (superior), acima de duas vezes o valor pago aos profissionais

de nível fundamental e intermediário, explicita a valorização que o desenho da carreira atribui à escolaridade.

No que tange ao valor-hora de vencimento-base recebido nos diferentes níveis de ingresso, tem-se para os médicos de carga horária semanal equivalente a 12 horas: nível I - R\$ 172,92; nível III - R\$ 249,65; nível VI - R\$ 461,54 e no teto da carreira R\$ 597,51. A tomar a carreira da enfermagem de 20 horas semanais (a menor carga horária), tem-se: nível T - R\$ 41,59; nível I - R\$ 49,61; nível IV - R\$ 91,36; nível VI - R\$ 131,34 e o teto - R\$ 251,94.

Comparando-se os valores destacados, torna-se nítida a diferença dos valores percebidos pelos distintos grupos de profissionais. Um médico no nível I grau A, isto é, com apenas ensino superior, recebe aproximadamente 32% a mais que um profissional de enfermagem com pós-graduação (nível VI), 89% a mais que um enfermeiro (nível IV - superior).

Em relação ao valor-hora pago no teto das carreiras, na carreira MED essa quantia equivale a R\$ 597,51 (carga horária de 12 horas semanais) e R\$ 589,46 (24 horas semanais), já na carreira PENF os valores são R\$ 251,94 (20 horas), R\$ 248,77 (30 horas) e R\$ 247,19 (40 horas). Comparando-se os valores pelas médias dos tetos recebidos, observa-se que os médicos recebem 138% a mais que a carreira de enfermagem, isto é, mais que o dobro pago aos enfermeiros, ambos no último nível e grau de suas carreiras.

No tocante à variação do salário-base conforme a evolução nas carreiras (vide Apêndice A - Tabelas F, G, H, I, J, K, L e M), as tabelas a seguir retratam a alteração nos vencimentos, fixando o valor do primeiro nível e grau de cada carreira.

Tabela 3 - Média da variação do salário-base tomando IA como valor fixo, MED

	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J
<b>I</b>	0,00	2,79	5,67	8,63	11,68	14,82	18,05	21,38	24,82	28,35
<b>II</b>	20,46	23,87	27,38	30,99	34,71	38,54	42,49	46,55	50,74	55,05
<b>III</b>	45,43	49,59	53,86	58,27	62,81	67,48	72,30	77,26	82,37	87,63
<b>IV</b>	75,89	80,96	86,18	91,56	97,09	102,80	108,67	114,72	120,95	127,37
<b>V</b>	118,12	124,46	130,98	137,70	144,62	151,75	159,09	166,66	174,45	182,50
<b>VI</b>	170,91	178,83	186,98	195,38	204,03	212,94	222,12	231,58	241,32	251,38

Fonte: Elaboração própria

Tabela 4 - Média da variação do valor do salário-base, PENF

	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J
<b>T</b>	0,00	2,41	4,89	7,45	10,08	12,79	15,58	18,46	21,38	24,48
<b>I</b>	22,04	25,11	28,27	31,53	34,88	38,34	41,90	45,56	49,31	53,23
<b>II</b>	46,54	50,35	54,27	58,31	62,46	66,75	71,16	75,70	80,38	85,20
<b>III</b>	76,94	81,65	74,41	91,52	96,67	101,98	107,45	113,08	117,20	124,86
<b>IV</b>	0,00	2,77	5,62	8,56	11,59	14,70	17,91	21,22	24,63	28,13
<b>V</b>	20,31	23,69	27,17	30,75	34,44	38,25	42,14	46,20	50,35	54,63
<b>VI</b>	45,09	49,21	53,45	57,83	62,33	66,97	71,75	76,67	81,74	86,96
<b>VII</b>	75,31	80,34	85,52	90,86	96,35	102,01	107,84	113,85	120,03	126,37
<b>VIII</b>	117,22	123,50	129,98	136,65	143,52	150,59	157,88	165,38	173,12	181,08

**Fonte:** Elaboração própria

**Nota:** Entre os níveis T e III a variação foi calculada tomando como base fixa o vencimento do nível T, grau A. A partir do nível VI, o cálculo da variação dos salários teve como base fixa o vencimento do nível IV grau A.

A partir dessas tabelas pode-se observar a média de variação (entre as diferentes cargas horárias) do salário-base ao decorrer do escalonamento dessas carreiras, tomando como parâmetro o vencimento do nível I e grau A para os médicos, o vencimento nível T e grau A para os profissionais de enfermagem de escolaridade fundamental e intermediária, e o vencimento nível IV grau A para os enfermeiros com formação superior.

Observa-se, portanto, que em ambas as carreiras, as variações mais significativas ocorrem nas promoções, enquanto nas progressões os ganhos são menos intensos, a exemplo: o aumento salarial de um médico grau A para B no primeiro nível da carreira é de 2,79% e para o grau C é de 5,67%, ao passo que a mudança do nível I para o II acarreta aumento de 20,46%, para o nível III 45,43% e em relação ao teto da carreira é de 252,38%; ao mesmo tempo que, para os profissionais de enfermagem no nível T, do grau A para o B é de 2,41% e para o grau C é de 4,89%, já a mudança do nível T grau A para o nível I é de 22,04%, para o II é 46,54% e para nível III grau J (teto para os que não concluírem o curso superior) é 124,86%; e no caso dos enfermeiros (ingresso no nível superior) o crescimento salarial do nível IV, do grau A para o grau B é de 2,77% e para o grau C de 5,62%, e do nível IV para o nível V é de 20,31%, para o nível VI de 45,09% e para o teto de 181,08%.

Esses números refletem que, além das médias de variação de promoção serem maiores que as de progressão, ao serem comparadas entre as duas carreiras, há ainda maior discrepância nas variações. Os aumentos salariais dos médicos são maiores que os dos demais profissionais, em que no teto das carreiras, a evolução salarial desse trabalhador relativamente ao primeiro nível e cargo de ingresso, chega a ser maior que o dobro de um profissional de enfermagem de escolaridade fundamental e intermediária, e mais de 38% em relação ao aumento para os enfermeiros de nível superior. Logo, mais que o vencimento bruto ser maior, o percentual de crescimento desse vencimento também atinge valores maiores para médicos em detrimento das demais ocupações. Isso corrobora ainda mais para insatisfações dos Profissionais de Enfermagem em relação ao plano de carreira, além de intensificar o sentimento de inequidade interna.

Tal como enunciam Longo (2007), Chiavenato (2003 e 2009) e Dutra (2012), a remuneração é um dos elementos mais importantes da GRH (Gestão de Recursos Humanos) para que a organização atinja os seus objetivos, pois é por meio dela que a instituição retribui seu corpo orgânico pelo trabalho realizado.

A remuneração fixa ou, no caso, o vencimento-básico, é instrumento fundamental no processo de interação estabelecido entre trabalhadores e organização, ele representa o valor que a instituição atribui ao indivíduo que, ao ser estruturado em uma carreira ligada a um segmento ocupacional, esse salário-base expressa o valor dessa profissão para a organização, isto é, para o Estado de Minas Gerais (já que a FHEMIG é um órgão do Poder Executivo estadual). É, pois, a partir desse vencimento-básico que a remuneração total do servidor é baseada.

Assim, as discrepâncias observadas nas estruturas das carreiras de Médico e Profissional de Enfermagem, tais como, as diferenças de carga horária, salários, critérios de desenvolvimento, proporção dos valores de progressão e promoção, refletem nos valores recebidos pelos servidores das referidas carreiras e sobre a percepção de equidade desses servidores. Nesse contexto, a noção de equidade encontra-se vulnerável, visto que, perante as análises realizadas, esses diversos elementos assentam sobre uma relação de desigualdade, isto é, há forte iniquidade salarial entre as carreiras em voga.

No que compete à Sociologia das Profissões (vide Capítulo 3), pode-se inferir que todas essas relações de desigualdade firmadas entre os dois grupos, Médicos

e Profissionais de Enfermagem, é senão uma relação de dominação. A apropriação dos instrumentos burocráticos, como o amparo legal no estabelecimento de situações favoráveis ao grupo e a estrutura de um plano de carreira que lhes projeta a uma situação superior aos demais, acaba por firmar uma ordem entre os indivíduos. Essa ordem é estabelecida de modo a centralizar o exercício da assistência à saúde na medicina.

Os médicos são tidos como os principais atores responsáveis pelo processo de cura do paciente. Eles se legitimam através do monopólio do saber científico ligado à cura. Mais que isso, eles se organizam em instituições de credenciamento (AMB, CNRM, CFM), que autorizam e controlam o manuseio desse saber.

Com isso, eles se apossam desse capital e o transformam em poder simbólico, legitimando o seu domínio dentro da organização. Mesmo que os Profissionais de Enfermagem também se organizem e estabeleçam o domínio sobre o ramo do cuidado, ao analisar as carreiras, percebe-se que na de PENF há uma defasagem estrutural perante a carreira de MED, bem como e a sua subvalorização expressa pelos menores salários.

## 6 ANÁLISE DOS RESULTADOS

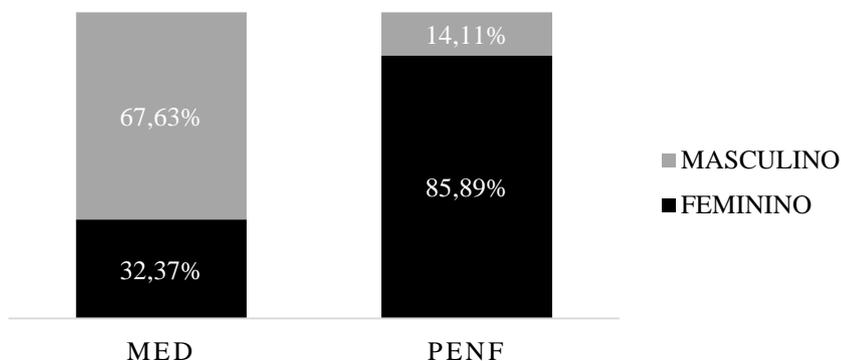
O presente capítulo tem como intuito analisar os resultados obtidos por meio das informações dos servidores da FHEMIG levantadas em um banco de dados, bem como da pesquisa de campo realizada com os Médicos e Profissionais de Enfermagem do Hospital de Pronto Atendimento João XXIII (HJXXIII). Para tanto, o conteúdo foi dividido em duas seções: análise do banco de dados e análise dos questionários.

### 6.1 Análise do Banco de Dados

O banco de dados utilizados para esta análise contemplou todos os servidores em efetivo exercício das carreiras em tela. Logo, os dados apresentados representam o universo global dos profissionais lotados no João XXIII.

O HJXXIII possui um total de 1.663 servidores efetivos dispostos nas carreiras de MED e PENF, em que 380 são médicos e 1.283 são profissionais de enfermagem, logo, o contingente de PENF é mais que três vezes o de MED. Tal como se observa no Gráfico 1, esses profissionais estão distribuídos por gênero da seguinte maneira:

Gráfico 1 – Composição de Gênero das Carreiras de MED e PENF do HJXXIII



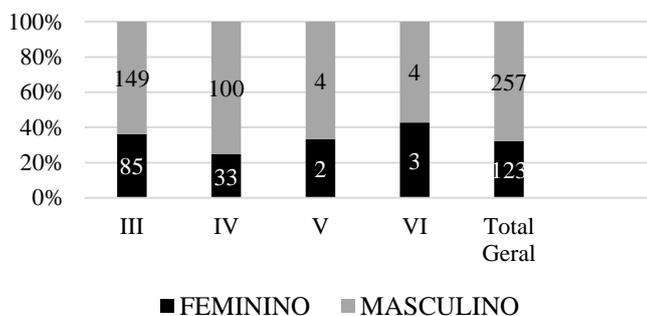
Fonte: Elaboração própria.

Como observado, há predomínio do gênero masculino na composição da carreira de MED, equivalendo a 67,63%, enquanto o gênero feminino equivale a 32,37%, isto é, mais de dois terços dos médicos são homens. Por outro lado, em relação aos Profissionais de Enfermagem, cerca de 85,89% dos profissionais são do gênero feminino, ao passo que 14,1% do masculino, assim, percebe-se que a grande maioria desses profissionais são mulheres.

A preponderância de mulheres na carreira de PENF reforça, assim como enuncia Gonçalves (2012), o estereótipo de gênero em que o feminino é ligado ao cuidado, à obediência, à subalternidade, enquanto o masculino, na figura dos médicos, é o detentor do saber e do poder de decisão, é ele quem tem a centralidade no processo de cura.

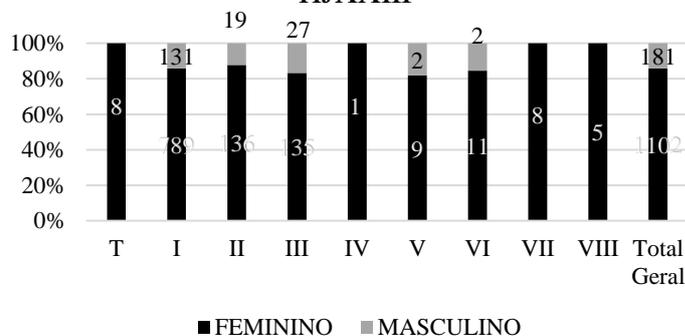
Em seqüência, os gráficos 2 e 3 ilustram a distribuição por nível e gênero dos conjuntos profissionais em estudo:

Gráfico 2-Distribuição por nível e gênero dos servidores da carreira de MED do HJXXIII



Fonte: Elaboração própria.

Gráfico 3-Distribuição por nível e gênero dos servidores da carreira de PENF do HJXXIII



Fonte: Elaboração própria.

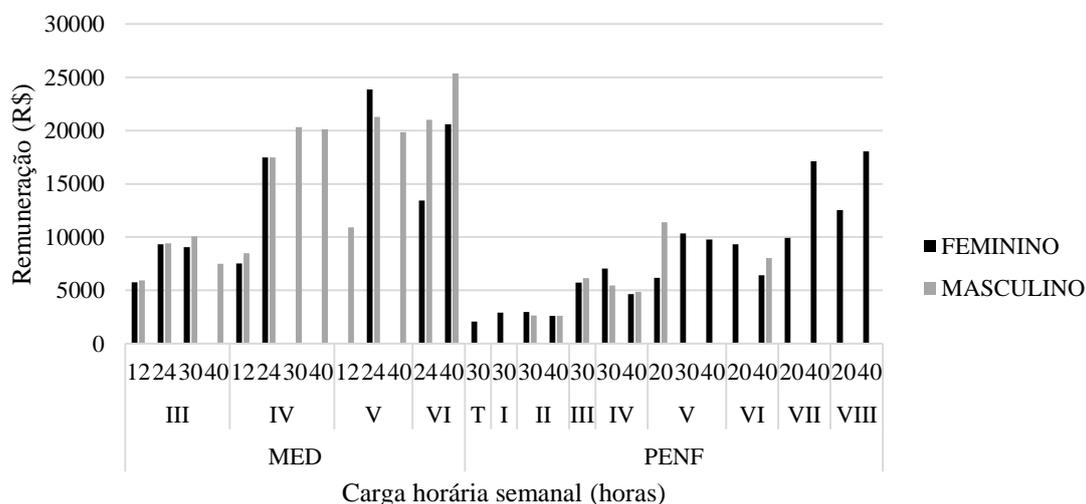
Tal como se pode observar, não existem médicos lotados nos dois primeiros níveis da carreira, havendo profissionais a partir do nível III, o qual exige um nível de capacitação além da formação superior (tal como enunciado no capítulo anterior, exigindo-se pós-graduação *lato sensu* ou Residência I). A grande parte desses trabalhadores se concentra nos níveis III e IV, em que a variação do número de mulheres

em cada nível se mantém entre 24% a pouco mais de 40%, apresentando certa constância de representação nos níveis (III ao VI).

Ao passo que a carreira de PENF, possui pessoal em todos os níveis da carreira, com predominância no nível I, o qual corresponde aos níveis intermediários (Técnico e Auxiliar de Enfermagem). É também notável que quanto maior o nível da carreira, menor o contingente de pessoal lotado. Ademias, o percentual de homens não ultrapassa os 20% em nenhum dos níveis da carreira, logo, a representatividade feminina é predominante em todos os níveis.

A seguir é apresentada, graficamente, a média de remuneração das carreiras de PENF e MED por nível e carga horária semanal. Antes da análise cabe a realização de um adendo, para explicitar a distinção entre vencimento-base (visto no capítulo anterior) e remuneração. O salário-base corresponde ao valor fixado em legislação para retribuir ao servidor pelo exercício de seu efetivo serviço, já a remuneração engloba todo o conjunto de benefícios percebidos pelo servidor, como gratificações, abonos, vantagens, somados ao próprio vencimento-base (MASP, 2015).

Gráfico 4- Média da remuneração de MED e PENF por carga horária e nível



Fonte: Elaboração própria.

Nota: Apesar do limite máximo de carga horária semanal dos profissionais de medicina ser de 24 horas semanais, contudo, para fins de cálculo do pagamento de Função Gratificada eles são considerados pelo sistema, SISAP, com carga horária superior, de 30 e 40 horas. Isso ocorre só para fins de cálculo da vantagem (o que está estabelecido por legislação própria), na prática eles continuam cumprindo a carga máxima semanal estabelecida.

A partir da análise do Gráfico 4, depreende-se que a remuneração média de MED aumenta consideravelmente acompanhando o aumento da carga horária, com exceção à carga horária de 40 horas, em que não se observa mesma proporcionalidade. Essa situação é semelhante ao que ocorre com o vencimento-base (visto no capítulo predecessor).

Em relação ao recorte de gênero, é visto que as mulheres têm média de remuneração inferior à dos homens em todos os níveis e cargas horárias, em que apenas um caso foge a essa regra (nível V, 24 horas semanais). Tal fato explicita a dominação masculina dentro da profissão, em que homens e mulheres dispostos nos mesmo cargos e níveis de carreira, recebem salários diferentes.

No caso dos Profissionais de Enfermagem, a relação entre o aumento de carga horária e o aumento da remuneração não apresenta um comportamento padrão, havendo variações recorrentes. No tocante ao gênero, observa-se que apesar da expressiva representatividade feminina na composição desse quadro de pessoal, a média de remuneração entre homens e mulheres dessa carreira esboça certas desigualdades. Comparativamente aos PENF, os MED apresentam média de remuneração superior em todos os níveis e cargas horárias (mesmo com horas semanais desiguais), conforme discutido anteriormente.

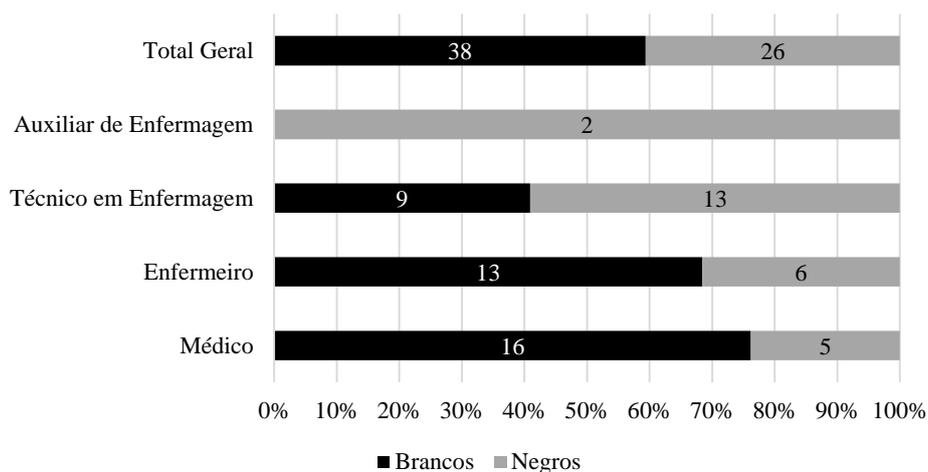
## **6.2 Análise dos questionários**

Os resultados obtidos por meio da aplicação dos questionários com servidores efetivos da FHEMIG, lotados no Hospital João XXIII, das carreiras de Médico e Profissionais de Enfermagem, apresentam caráter estritamente ilustrativo. Todas as inferências realizadas a seguir não podem ser tomadas como representativas da realidade, são apenas interpretações do universo que se conseguiu atingir com a pesquisa de campo. As análises são, portanto, sugestivas do que se pôde observar com as informações levantadas.

Os questionários contaram com a participação de 64 respondentes, 21 médicos e 43 Profissionais de Enfermagem. Dentre os PENF, 2 (dois) Auxiliares, 22 Técnicos e 19 Enfermeiros.

O Gráfico 5 ilustra a composição racial dos profissionais que participaram da pesquisa.

Gráfico 5- Composição racial dos respondentes



Fonte: Elaboração própria.

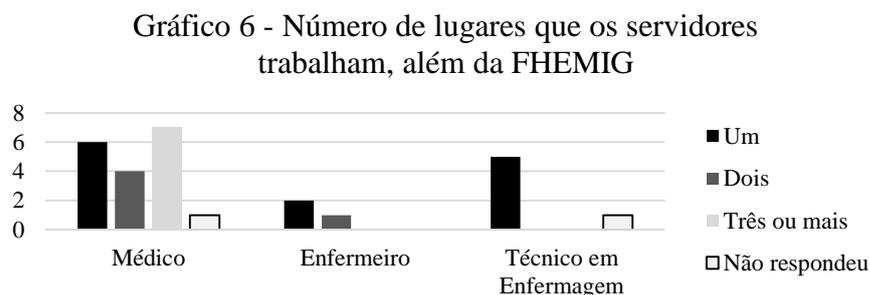
Conforme pode-se observar, do total de servidores respondentes, cerca 58,3% se autodeclararam brancos, enquanto 42,7% negros<sup>9</sup>. Na carreira MED, há predominância de brancos, com cerca de 76,19% dos respondentes, enquanto entre os PENF 51,16%, um pouco mais da metade, são de brancos. Ao analisar os diferentes cargos da enfermagem, tem-se uma maior proporção de negros nos primeiros níveis da carreira, em que 100% dos Auxiliares e 59,09% dos Técnicos de Enfermagem se declararam negros, ao passo que entre os Enfermeiros esse número corresponde a 31,58%.

Tendo em vista que, as carreiras em voga possuem critérios de ascensão baseados na qualificação por meio do credenciamento, as informações permitem inferir que conforme aumenta-se a necessidade de maior qualificação há menor presença de pessoas negras na composição do quadro de pessoal. Isso poderia ajudar a explicar o porquê da carreira MED ter prevalência de brancos, ao mesmo tempo que a carreira de

<sup>9</sup> De acordo com a definição do Instituto Brasileiro de Estatística e Geografia (IBGE), negros correspondem ao conjunto étnico-racial derivado do somatório dos grupos de cor pretos e pardos/mulatos.

PENF possui maior concentração relativa da população negra nos níveis em que o grau de escolaridade é mais baixo (fundamental e intermediário). Desse modo, a configuração social estabelecida no terreno da saúde, expressa que de um lado se tem a medicina, com representantes homens e brancos e de outro a enfermagem, com representantes mulheres e negros.

O seguinte gráfico elucidado sobre o número de instituições que os servidores respondentes trabalham além da FHEMIG.



Fonte: Elaboração própria.

De acordo com o Gráfico 6, em um total de 27 servidores que responderam trabalhar em outro lugar, apenas 9 (nove), isto é, um terço, não é médico. 11 dos 18 médicos respondentes, o que corresponde a cerca de 61,11% trabalham em dois ou mais lugares, comparativamente aos Profissionais de Enfermagem, essa proporção cai para 11,11%.

Pode-se inferir a partir disso que, para os respondentes, os médicos conseguem se inserir com maior intensidade em outras organizações, o que lhes permite potencializar o retorno financeiro obtido com o trabalho desenvolvido na FHEMIG, isto é, eles podem complementar a renda retribuída pela Fundação trabalhando em outros lugares.

Dentre os possíveis fatores que permitem a esse grupo profissional ocupar outros espaços de trabalho, supõe-se que podem estar relacionados à reduzida carga horária deles frente aos PENF, uma vez que a carga horária semanal de MED é de 12 ou 24 horas, enquanto a de PENF pode ser de 20, 30 ou 40 horas, assim, os médicos em sua carga máxima trabalham 16 horas a menos que o outro grupo, tomando igualmente a carga máxima deste (40 horas).

Desse modo, infere-se que para além da desigualdade na jornada de trabalho, as diferentes estruturas de horas trabalhadas corroboram para tencionar as desigualdades de oportunidades, limitando os servidores com maiores jornadas ao vínculo exclusivo com a instituição, bem como, reforçando a desigualdade de renda entre os grupos ocupacionais, uma vez que além de serem melhor retribuídos (como se percebe nos quadros de vencimento-base e na remuneração percebida), os médicos têm maior possibilidade de complementação da renda.

As tabelas em sequência correspondem ao percentual de satisfação dos respondentes quanto a alguns tópicos estabelecidos como importantes na estruturação das carreiras de PENF e MED.

Tabela 5 - Satisfação dos Médicos

Satisfação	Extrem.	Muito	Razoav.	Pouco	Q. N.	Nada
Colegas de Equipe	14,29	57,14	23,81	4,76	-	-
Chefia Imediata	19,05	42,86	33,33	-	4,76	-
Plano de Carreira	-	-	28,57	28,57	9,52	33,33
Promoção e Progressão	-	4,76	19,05	33,33	4,76	38,10
Jornada de Trabalho	4,76	14,29	47,62	19,05	9,52	4,76
Equipamentos	4,76	4,76	52,38	19,05	9,52	9,52
Treinamento/capacitação	4,76	9,52	23,81	23,81	4,76	33,33

Fonte: Elaboração própria.

Tabela 6 - Satisfação dos Profissionais de Enfermagem

Satisfação	Extrem.	Muito	Razoav.	Pouco	Q. N.	Nada	N.R.
Colegas de Equipe	9,30	23,26	41,86	18,60	-	2,33	4,65
Chefia Imediata	23,26	44,19	25,58	4,65	-	2,33	-
Plano de Carreira	-	4,65	11,63	30,23	11,63	39,53	2,33
Promoção e Progressão	2,33	-	16,28	13,95	27,91	37,21	2,33
Jornada de Trabalho	2,33	13,95	11,63	23,26	18,60	25,58	4,65
Equipamentos	-	13,95	30,23	34,88	6,98	11,63	2,33
Treinamento/capacitação	-	16,28	27,91	34,88	18,60	-	2,33

Fonte: Elaboração própria.

Como se pode intuir tomando como base as Tabelas 5 e 6, em relação à satisfação dos profissionais com os colegas de equipe, os médicos se mostram relativamente mais satisfeitos que os Profissionais de Enfermagem. Cerca de 71,4% dos MED responderam estar extremamente

ou muito satisfeitos com os colegas frente aos 32,56% dos PENF que também responderam dessa maneira, enquanto 20,93% de PENF se mostrou pouco ou nada satisfeitos. Para a satisfação com a chefia imediata, ambas as categorias ocupacionais demonstraram satisfação positiva, aproximadamente 62% dos médicos e 67,5% dos Profissionais de Enfermagem sinalizaram estar extremamente ou muito satisfeitos com os chefes.

Todavia, nos quesitos que fazem referência ao desenho e estruturação das carreiras, ambos grupos demonstraram baixa satisfação, cerca de 71,42% dos médicos e 81,4% dos PENF demonstraram estar pouco, quase nada e nada satisfeitos com seus planos de carreiras. Como visto, apesar dos dois segmentos demonstrarem insatisfação, os PENF demonstraram estar ainda mais insatisfeitos, havendo comentários dos servidores relatando desconhecer os mesmos.

Nesse mesmo sentido, 76,19% de médicos e 79,09% dos Profissionais de enfermagem também demonstraram estar pouco, quase nada e nada satisfeitos com as formas de promoção e progressão de suas carreiras. Sobre a jornada de trabalho, a maioria, 47,62% dos médicos respondentes demonstraram estar razoavelmente satisfeitos, ao passo que 67,44% dos PENF demonstraram, pouca, quase nada e nada de satisfação com a carga horária a qual estão submetidos. A razoável satisfação dos médicos pode estar ligada ao fato de possuírem carga horária menor e, por isso, tem mais possibilidades de outras oportunidades profissionais. Nos comentários dessa questão foi salientado o desejo de redução de carga horária para 30 horas semanais. No que concerne aos equipamentos de manuseio no trabalho, mais da metade dos médicos demonstraram razoável satisfação (52,38%) e boa parte dos PENF, 53,49%, apresentaram baixa satisfação (pouca, quase nada e nada).

Por fim, no tocante às oportunidades de treinamento e capacitações oferecidas pela instituição aos servidores, em ambas categorias há predomínio de uma satisfação negativa, em que 61,9 e 53,49% de MED e PENF, respectivamente, demonstraram pouca, quase nada e nada satisfeitos. Essa insatisfação pode sinalizar a falta de investimentos da instituição em políticas de qualificação do seu quadro de pessoal.

A Tabela 7 delinea a percepção dos servidores MED e PENF respondentes quanto à própria remuneração percebida e à de seus colegas de trabalho.

Tabela 7 - Percepção sobre a remuneração

		Extrem.	Muito	Razoav.	Pouco	Q. N.	Nada	N.R.
MED	Própria remuneração	4,76	-	28,57	47,62	19,05	-	-
	Remuneração dos colegas	-	-	19,05	57,14	4,76	19,05	-
PENF	Própria remuneração	-	-	32,56	39,53	23,26	2,33	2,33
	Remuneração dos colegas	-	2,33	30,23	27,91	18,60	16,28	4,65

Fonte: Elaboração Própria

Aproximadamente 67% dos médicos respondentes consideram sua remuneração pouco ou quase nada condizente com as funções por eles exercidas. De modo similar, cerca de 65% dos profissionais de enfermagem veem a própria remuneração como pouco, quase nada ou nada condizente com as tarefas desenvolvidas.

Essa percepção é intensificada quando os médicos consideram o salário dos colegas de trabalho sendo que, para 80,95% deles, existe pouca, quase nada ou nada de compatibilidade com as funções desempenhadas. Já para os PENF a situação se altera em menor intensidade (cerca de 62,79% tem a mesma percepção dos médicos). A percepção sobre a compatibilidade entre remuneração e atribuições exercidas está diretamente relacionada à percepção de justiça interna no ambiente de trabalho, tal como preconiza Chiavenato (2009). Logo, o descompasso nessa relação, assim como o observado, tende a tencionar o clima organizacional e corrobora para intensificar a insatisfação, já observada, para com a instituição. Além disso, em que pese a remuneração dos médicos ser melhor, a percepção que eles possuem é de ser pior, isso corrobora para reforçar a ideia de “superioridade simbólica” da profissão, pois eles acreditam que deveriam ganhar mais do que recebem se comparado aos profissionais de enfermagem.

No que se refere à percepção sobre o preconceito ou discriminação sofridos pelos profissionais médicos e de enfermagem, a Tabela 8 elucida a visão dos participantes da pesquisa.

Tabela 8 - Percepção sobre preconceito

		MED		PENF	
		Branco	Negro	Branco	Negro
Preconceito por colegas	Várias	6,25	20,00	-	-
	Algumas	6,25	-	-	9,52
	Poucas	12,50	60,00	27,27	14,29
	Nunca	75,00	20,00	72,73	76,19
Preconceito por pacientes	Várias	0,00	-	4,55	-
	Algumas	6,25	20,00	9,09	9,52
	Poucas	6,25	-	9,09	28,57
	Nunca	87,50	80,00	77,27	61,90

Fonte: Elaboração Própria

Como se pode observar, 75% dos médicos brancos respondentes nunca sofreram qualquer tipo de preconceito por parte de colegas de trabalho e 87,5% destes também nunca sofreram por parte de pacientes. Dos Profissionais de Enfermagem, cerca de 72,73% e 77,27% dos brancos, relatam nunca terem sofrido preconceito ou discriminação seja por parte de colegas ou de pacientes. Também nesse ponto os médicos estão sobre uma melhor situação.

Entre os que sofreram preconceito, sejam poucas, algumas ou várias vezes, 80% dos médicos negros dizem ter sofrido preconceito ou discriminação por parte dos colegas de trabalho e 20% por parte de pacientes. Já no caso dos PENF negros, a grande maioria, aproximadamente 76,2% e 61,9% diz nunca ter sofrido preconceito por parte de colegas ou pacientes. Dentre os tipos de preconceitos ou discriminação elencados por aqueles que sofreram, aparece a condição social, deficiência física e, o de maior reincidência, o racial.

A partir das informações apresentadas nesse capítulo, pôde-se melhor delinear o perfil social dos ocupantes das carreiras de MED e PENF do HJXXIII. A carreira de Médico é composta predominantemente por homens, potencialmente brancos com formação superior somada a um título de especialização (Residência ou pós-graduação). Os Profissionais de Enfermagem são, em sua maioria, mulheres e negras, e de formação, principalmente, intermediária (ensino médio ou técnico).

Os médicos são melhor recompensados financeiramente pela Fundação Hospitalar (possuem maiores salários) e possivelmente trabalham em mais de uma instituição (devido à menor carga horária semanal a que estão submetidos), o que tende a proporcionar maior renda a esse grupo, em comparação aos demais, que possuem

jornadas mais extensas e são retribuídos com valores financeiros menores, pendendo a uma maior dependência da instituição a que se vinculam.

Para além das desigualdades estruturais que se assentam as carreiras desses agrupamentos ocupacionais, a citar, defasagens nas políticas de promoção e progressão, desenho de carreira engessado, jornadas de trabalho discrepantes, entre outros, é possível também identificar disparidades que abarcam o gênero e a raça (mesmo que as análises de raça não sejam estatisticamente representativas) dos profissionais.

Mais do que identificar as desigualdades salariais, de valorização na hierarquia, e mesmo de ocorrências de casos de discriminação e preconceito, é possível depreender a forte relação existente entre a composição social dos conjuntos profissionais e a forma como se é estruturada a profissão dentro da organização. Logo, é observável como a burocracia é usada como legitimadora e reprodutora das relações de domínio entre as diferentes classes identitárias que compõem a área da saúde.

## 7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo procurou analisar os reflexos da estrutura social no desenho das carreiras de Médicos e Profissionais de Enfermagem da FHEMIG, a luz de duas importantes disciplinas: a Sociologia das Profissões e a Gestão de Recursos Humanos. Para tanto, foram apresentadas as estruturas das carreiras de MED e PENF, bem como foram realizadas comparações entre as peculiaridades existentes nos desenhos de cada uma. Em sequência, foi delineado o perfil socioeconômico desses profissionais e analisada a percepção dos mesmos frente suas próprias carreiras.

Foram constatadas importantes diferenças estruturais entre as carreiras em tela. Notou-se nítidas disparidades entre as atribuições, corroborando para a conformação da divisão social do trabalho na área da saúde. De um lado os médicos com a cura e de outro os profissionais de enfermagem com o cuidado.

O exercício da medicina é posto na centralidade do processo de cura/recuperação do paciente. O fazer médico é o que legitima as ações dos profissionais, as tomadas de decisão sobre a vida do usuário do serviço de saúde e sobre o trabalho dos demais profissionais envolvidos na área. Os atributos da enfermagem e de todas as categorias ocupacionais abarcadas na carreira PENF (Atendente de Enfermagem, Auxiliar de Enfermagem, Técnico em Enfermagem) são tidos como funções subsidiárias nesse processo. O papel desses profissionais tem caráter auxiliar, relegado aos comandos do médico, quem possui o domínio formal sobre o saber científico que embasa o processo de cura. Logo, o cuidado é tido como uma função secundária na prestação de serviço de saúde, assim como os responsáveis pelo desenvolvimento dessa função, isto é, os profissionais de enfermagem.

Os desenhos das estruturas dessas carreiras apenas refletem as relações estabelecidas entre os distintos segmentos ocupacionais. Na verdade, os detentores do capital simbólico, isto é, poder, prestígio, *status*, capital financeiro e intelectual, apropriam-se da estrutura burocrática e fazem dela instrumento de reverberação do seu domínio dentro do ambiente organizacional. Nesse sentido, as desigualdades observadas em relação à estrutura das carreiras de MED e PENF ilustram tal situação.

As distintas jornadas de trabalho estabelecidas para cada grupo profissional, os diferentes vencimentos-base e remunerações percebidas, bem como as condicionalidades de desenvolvimento no escalonamento dos níveis e graus das estruturas de cada carreira, estão

relacionadas à valorização do trabalhador, ou melhor, dos diferentes agrupamentos profissionais, perante à instituição.

De tal modo, a organização por meio do uso de mecanismos de interação com os trabalhadores, acaba por perpetuar as relações de dominação estabelecidas entre os grupos. Ela contribui para a legitimação do poder simbólico exercido pelos grupos dominantes, na medida em que hierarquiza em sua estrutura os agrupamentos profissionais atribuindo-lhes valores díspares. A título de exemplo, tem-se o que ocorre com o valor-hora pago aos profissionais, os quais refletem o quanto vale para a instituição a hora de trabalho dispendida pelos servidores, ou mesmo as diferentes cargas horárias semanais destinadas a cada carreira e a não proporcionalidade entre o aumento da jornada e o vencimento percebido, pior, é a desigualdade de proporção nos valores retribuídos se comparadas ao aumento das cargas horárias semanais de MED e PENF.

Quando se observa os mecanismos de promoção e progressão estabelecidos a cada estrutura de carreira, nota-se o exercício do poder simbólico das instituições credenciadoras. Elas influenciam diretamente o processo de desenvolvimento no escalonamento das carreiras, já que para se ascender e ocupar determinados níveis na estrutura das carreiras é preciso apresentar formação e estar devidamente credenciado por essas instituições, caso contrário, a conformação aos demais critérios (tempo, avaliação de desempenho, etc.) não se fazem suficientes para realizar a evolução do trabalhador na estrutura, e o mesmo fica preso no nível e não consegue atingir o teto.

Desse modo, os critérios relacionados à escolaridade além de legitimar o saber dos especialistas, exerce controle sobre os parâmetros legais do exercício das profissões, creditando o monopólio sobre determinadas áreas a grupos específicos de profissionais. Ao fazer isso, estabelece-se, portanto, a segmentação dos grupos, aqueles que podem e os que não podem, os que tem jurisdição para agir sobre determinadas áreas e os que não tem. Essa aceção reforça os papéis destinados a cada conjunto ocupacional. Mais que isso, ela legitima as relações de dominação estabelecidas entre os grupos, ela coloca os médicos em posição de dominação, como detentores do capital simbólico, enquanto os profissionais de enfermagem são a eles subordinados.

Ao analisar o perfil socioeconômico desses segmentos profissionais torna-se latente a perpetuação das relações de desigualdade. É constatado que o cenário de domínio e exercício do poder simbólico constituído no campo do trabalho é extrapolado e reverberado nas relações sociais e na estrutura social que advém esses profissionais. Ao delinear o perfil social dos médicos do Hospital João XXIII da FHEMIG, tem-se uma predominância de ocupantes do gênero masculino e, por mais que a pesquisa de campo não possa fazer inferências estatísticas, ela sugere

que haja também maioria branca. Na contramão desse perfil, os Profissionais de Enfermagem são predominantemente do gênero feminino e, possivelmente, negros, isto é, são mulheres negras.

Assim, é fundamental o entendimento que o processo de formação histórico-social do Brasil, gerou ranços que se fazem presentes nas mais diversas relações sociais estabelecidas entre os indivíduos e não seria diferente com as relações entre médicos e profissionais de enfermagem. Não é à toa que a medicina é considerada uma profissão imperial. Ela galgou importante espaço dentro da sociedade brasileira desde os tempos de corte. Conquistou prestígio e *status*, isto é, capitais simbólicos extremamente relevantes para a consolidação e legitimação de sua imagem perante a sociedade. Com isso, os representantes dessa categoria, homens brancos da elite, trataram de perpetuar seu *status quo* e se apropriaram dos instrumentos burocráticos para manterem condições privilegiadas frente a outras profissões principalmente dentro da área da saúde.

Nesse sentido, aqueles papéis que não lhes eram desejados, foram destinados aos outros, ou seja, àqueles destituídos de capitais simbólicos e poder. Desse modo, não é coincidência que a enfermagem se estabeleça sob o papel do cuidado, mais do que isso, que essa função seja inferiorizada, haja vista que sua composição é predominantemente de mulheres, brancas e negras. Estas carregam os estereótipos ligados à maternidade, cuidado, obediência, inferioridade e submissão.

Logo, as estruturas das carreiras de Médicos e Profissionais de Enfermagem apenas reproduzem as relações assimétricas de poder existentes entre os grupos sociais que compõem essas profissões. Em que pese os avanços sociais no campo dos direitos conquistados em prol da igualdade de gênero e raça nos últimos anos, é ainda perceptível e constatada a desigualdade estabelecida entre esses grupos, o que na área da saúde, acirra os conflitos entre esses segmentos profissionais e tende a prejudicar a qualidade dos serviços e os usuários.

É, portanto, imprescindível o entendimento dessas relações por parte da administração pública, a qual deve intervir de modo a tentar proporcionar uma relação de maior equidade entre os profissionais e superação dos conflitos, para que, assim, os serviços de saúde do Estado de Minas Gerais vislumbrem um cenário mais harmonioso, refletindo em ganhos para a Fundação Hospitalar, como também para os usuários atendidos.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AGUDELO, Maria Consuelo Castrillon. **El trabajo em enfermería**. MACHADO, Maria Helena (Org.). **Profissões de Saúde: uma abordagem sociológica**. Rio de Janeiro: Fiocruz. 1995.

BERGUE, Sandro Trecastro. **Gestão Estratégica de Pessoas no Setor Público**. 1. ed. São Paulo: Atlas. v. 1. p. 312. 2014.

BOURDIEU, Pierre. **O Poder Simbólico**. Tradução de Fernando Tomaz. Rio de Janeiro: Bertrant Brasil. 1989.

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição Federativa do Brasil**. São Paulo: Rideel, 2006.

\_\_\_\_\_. Lei Complementar nº101/200, de 4 de maio de 2000. Estabelece normas de finanças públicas voltadas para a responsabilidade na gestão fiscal e dá outras providências. Disponível em: [http://www.planalto.br/ccivil\\_03/leis/lcp/lcp101.htm](http://www.planalto.br/ccivil_03/leis/lcp/lcp101.htm). Acesso em: 20.08.2016.

CHANLAT, J. **Quais carreiras e para qual sociedade?** (I). In: RAE – Revista da Administração de Empresas. São Paulo: v.35, n. 6, p. 67-75, nov./dez., 1995.

CHIAVENATO, Idalberto. **Remuneração, Benefícios e Relações de Trabalho: como reter talentos na organização**. Barueri, SP: Manole, 2009. – (Série recursos humanos). 6.ed. Rev.

\_\_\_\_\_. **Introdução à teoria geral da administração: uma visão abrangente da moderna administração das organizações**. 7. ed, rev. e atual. Rio de Janeiro: Elsevier, 2003 - 6 reimp.

COELHO EAC, Edméia de Almeida. **A Invisibilidade da Mulher Negra na Enfermagem Profissional Brasileira**. Revista Eletrônica Multidisciplinar Pindorama do IFBA. n. 2, ano 3, jun. 2012.

COELHO, Edmundo Campos. **As Profissões Imperiais: medicina, engenharia e advocacia no Rio de Janeiro, 1822-1930**. Rio de Janeiro: Record. 1999.

COELHO, Edmundo Campos. **Físicos, sectários e charlatães: a medicina em perspectiva histórico-comparada.** MACHADO, Maria Helena (Org.). **Profissões de Saúde: uma abordagem sociológica.** Rio de Janeiro: Fiocruz. 1995.

CRUZ, Paulo Emílio; PEREIRA, Cecília; BATISTA, Rosalina. **Plano de cargos e salários metodologia e análise dos benefícios para a organização.** [S.l.]. [Unijorge]. [200-].

DUTRA, Joel Souza. **Gestão de pessoas: modelo, processos, tendências e perspectivas.** 1. Ed. 6 reimpr. São Paulo: Atlas, 2014.

\_\_\_\_\_. **Administração de carreiras: uma proposta para repensar a gestão de pessoas.** 1. Ed. 13 reimpr. São Paulo: Atlas, 2012.

FILIPE, José Pombeiro. **Profissões, Culturas e Saberes Profissionais em Campos Sociais.** Capítulo 3 da Tese de doutoramento em Sociologia da Educação, Lisboa, Faculdade de Ciências, Universidade de Lisboa. 2008.

FLORENTINO, Fátima Rejane Ayres; FLORENTINO, José Augusto. **As relações sociais e profissionais entre enfermeiros e médicos no campo da saúde.** Revista Travessias. n. 2, vol. 3, 2009.

FHEMIG. **Complexo de Urgência e Emergência.** Editado pela Assessoria de Comunicação Social. Catálogo Telefônico. Minas Gerais. 2010.

GALLI, Lesley Carina do Lago Attadia. **Gestão Estratégica de Pessoas.** [S.l.]: UniSEB Interativo, 2010.

GONÇALVES, Maria Emília dos S. **A Invisibilidade da Mulher Negra na Enfermagem Profissional Brasileira.** Revista Eletrônica Multidisciplinar Pindorama do IFBA. n. 2. ano 3. Jun. 2012.

GÜNTHER, Hurtmut. **Como elaborar um Questionário.** Universidade de Brasília, Instituto de Psicologia, Laboratório de Psicologia Ambiental. Série: Planejamento de pesquisa nas Ciências Sociais. n 1. 2003.

JUSTEN FILHO, Marçal. **Curso de direito administrativo**. São Paulo: Editora Revista dos Tribunais, 2014. 10. Ed. Ver., atual e ampl.

KILIMNIK, Zélia Miranda; CASTILHO, Isolda Veloso; SANT'ANNA, Anderson de Souza. **Carreiras em Transformação e seus Paradoxais Reflexos nos Indivíduos: Metáforas de Carreira e de Competências**. Revista Comportamento Organizacional e Gestão. n. 2. vol. 12. p. 257-280. 2006.

LAKATOS, Eva Maria; MARCONI, Marina de Andrade. **Fundamentos de metodologia científica**. 5. ed. São Paulo: Atlas, 2003.

LONGO, Francisco. **Mérito e flexibilidade: a gestão das pessoas no setor público**. São Paulo: FUNDAP. 2007. 284p.

MACHADO, Maria Helena (Org.). **Profissões de Saúde: uma abordagem sociológica**. Rio de Janeiro: Fiocruz. 1995.

MACEDO, Lúcia; PÓVOA, Andréia; AMARO, Ana. **A arte de fazer questionários**. Relatório do curso de Mestrado em Química para o Ensino, Faculdade de Ciências da Universidade do Porto. Lisboa, 2005.

MASP. **Catálogo de orientações básicas relativas à administração de pessoal**. Superintendência Central de Administração de Pessoal, Minas Gerais. 14 ed. 2015.

MENEZES, Eстера Muskat e SILVA, Edna Lúcia da. **Metodologia da pesquisa e elaboração de dissertação**. 3. ed. rev. atual. – Florianópolis: Laboratório de Ensino a Distância da UFSC, 2001.

MINAS GERAIS. Lei nº 15.462, de 13 de janeiro de 2005. Institui as carreiras do Grupo de Atividades de Saúde do Poder Executivo. Disponível em: <<http://www.almg.gov.br/consulte/legislacao/completa/completa-nova-min.html?tipo=LEI&num=15462&comp=&ano=2005&texto=consolidado>> Acesso em: 01 de nov. 2016.

\_\_\_\_\_. Lei nº 15.786, 27 de outubro de 2005. Estabelece as tabelas de vencimento básico das carreiras do Grupo de Atividades de Saúde, de que trata a Lei n.º 15.462, de 13 de janeiro de 2005, dispõe sobre a Vantagem Temporária Incorporável VTI e sobre o

posicionamento dos servidores nas referidas carreiras e altera a Lei n.º 15.462, de 2005. Disponível em: <<http://www.almg.gov.br/consulte/legislacao/completa/completa-nova-min.html?tipo=LEI&num=15786&comp=&ano=2005&texto=consolidado>> Acesso em: 01 de nov. 2016.

\_\_\_\_\_. Lei n.º 15.788, de 27 de outubro 2005. Altera as Leis n.ºs 14.694 e 14.695, de 30 de julho de 2003, 15.293, de 5 de agosto de 2004, 15.301 e 15.303, de 10 de agosto de 2004, 15.304, de 11 de agosto de 2004; 15.462, 15.463, 15.464, 15.465, 15.467, 15.468, 15.469 e 15.470, de 13 de janeiro de 2005, e 11.403, de 21 de janeiro de 1994, revoga dispositivos das Leis n.ºs 11.171, de 29 de julho de 1993, 12.582 e 12.584, de 17 de julho de 1997, 13.085, de 31 de dezembro de 1998, 14.693, de 30 de julho de 2003, e 15.467, de 13 de janeiro de 2005, e das Leis Delegadas n.ºs 38, de 26 de setembro de 1997, e 39, de 3 de abril de 1998, e dá outras providências. Disponível em: <<http://www.almg.gov.br/consulte/legislacao/completa/completa-nova-min.html?tipo=LEI&num=15788&comp=&ano=2005&texto=consolidado>> Acesso em: 01 de nov. 2016.

MINAS GERAIS. Lei n.º 23 de junho de 2006. Altera as leis delegadas n.º 49, de 2 de janeiro de 2003, n.º 55, n.º 61, n.º 63, n.º 69, n.º 98 e n.º 108, de 29 de janeiro de 2003, e n.º 109, de 30 de janeiro de 2003, as leis n.º 6.762, de 23 de dezembro de 1975, n.º 10.623, de 16 de janeiro de 1992, n.º 11.171, de 29 de julho de 1993, n.º 11.258, de 28 de outubro de 1993, n.º 11.539, de 22 de julho de 1994, n.º 14.695, de 30 de julho de 2003, n.º 15.293, de 5 de agosto de 2004, n.º 15.298, de 6 de agosto de 2004, n.º 15.301, de 10 de agosto de 2004, n.º 15.462, n.º 15.463, n.º 15.464, n.º 15.466, n.º 15.467, n.º 15.468 e n.º 15.470, de 13 de janeiro de 2005, n.º 15.474, de 28 de janeiro de 2005, n.º 15.784, n.º 15.785, n.º 15.786, n.º 15.787 e n.º 15.788, de 27 de outubro de 2005, e n.º 15.961, de 30 de dezembro de 2005, e dá outras providências. Disponível em: <<http://www.almg.gov.br/consulte/legislacao/completa/completa.html?tipo=LEI&num=16192&ano=2006>> Acesso em: 01 de nov. 2016.

\_\_\_\_\_. Lei n.º 17618, de 7 de julho de 2008. Altera as Leis n.º 13.317, de 24 de setembro de 1999, n.º 15.462, de 13 de janeiro de 2005, n.º 15.474, de 28 de janeiro de 2005, n.º 15.786, de 27 de outubro de 2005, n.º 17.351, de 17 de janeiro de 2008, e n.º 17.357, de 18 de janeiro de 2008, e as Leis Delegadas n.º 127, de 25 de janeiro de 2007, e n.º 175, de 26 de janeiro de 2007, e dá outras providências. Disponível em:

<<http://www.almg.gov.br/consulte/legislacao/completa/completa-nova-min.html?tipo=LEI&num=17618&comp=&ano=2008&texto=consolidado#texto>>

Acesso em: 01 de nov. 2016.

\_\_\_\_\_. Decreto nº 44.558, de 29 de junho de 2007. Altera os Decretos nº 44.291, de 8 de maio de 2006, nº 44.306, de 2 de junho de 2006, nº 44.307, de 2 de junho de 2006, nº 44.308, de 2 de junho de 2006, nº 44.333, de 26 de junho de 2006, nº 44.334, de 26 de junho de 2006. Disponível em: <[http://www.almg.gov.br/consulte/legislacao/completa/completa.html?tipo=DEC&num=44558&comp=&ano=2007&aba=js\\_textoOriginal#texto](http://www.almg.gov.br/consulte/legislacao/completa/completa.html?tipo=DEC&num=44558&comp=&ano=2007&aba=js_textoOriginal#texto)> Acesso em: 01 de nov. 2016.

MINAS GERAIS. Decreto nº 44.682, 19 de dezembro de 2007. Dispõe sobre a primeira progressão do servidor ocupante de cargo de provimento efetivo das carreiras do Poder Executivo, considerado apto após a conclusão do período de estágio probatório. Disponível em: <[http://www.almg.gov.br/consulte/legislacao/completa/completa.html?tipo=DEC&num=44682&comp=&ano=2007&aba=js\\_textoAtualizado#texto](http://www.almg.gov.br/consulte/legislacao/completa/completa.html?tipo=DEC&num=44682&comp=&ano=2007&aba=js_textoAtualizado#texto)> Acesso em: 01 de nov. 2016.

\_\_\_\_\_. Lei nº 19.973, 27 de novembro de 2011. Estabelece diretrizes e parâmetros para a política remuneratória dos servidores públicos da administração direta, autárquica e fundacional do Poder Executivo e dos militares e dá outras providências. Disponível em: <[http://www.almg.gov.br/consulte/legislacao/completa/completa.html?tipo=LEI&num=19973&comp=&ano=2011&aba=js\\_textoAtualizado#texto](http://www.almg.gov.br/consulte/legislacao/completa/completa.html?tipo=LEI&num=19973&comp=&ano=2011&aba=js_textoAtualizado#texto)> Acesso em: 01 de nov. 2016.

MINGOTI, Sueli Aparecida, ANTUNCAR, Gregório Saravia, NOGUEIRA, Maria Lourdes Granha, SILVA, Rodrigo Carazolli. **Métodos de Amostragem com aplicações na área empresarial**. Belo Horizonte, 2004.

PEREIRA, Juliana Guisardi; OLIVEIRA, Maria Amélia de Campos. **Identidade profissional da enfermeira**: possibilidades investigativas a partir da sociologia das profissões. nº especial. 2º Congresso luso-brasileiro em investigação qualitativa. *Indagatio Didactica*, vol. 5(2). Out. 2013.

PONTES, Benedito Rodrigues. **Administração de Cargos e Salários**. 10. ed. São Paulo: LTr, 2004.

RABELO-SANTOS, Angelino. **Sistemas de Remuneração, Justiça e Suporte Organizacional**. PANJOTA, Maria Júlia; CAMÕES, Marizaura Reis de Souza; BERGUE, Sandro Trecastró, Organizadores. *Gestão de Pessoas: bases teóricas e experiências no setor público*. Brasília: ENAP. p. 219-262. 2010.

REGO, Sergio. **O processo de socialização profissional na medicina**. MACHADO, Maria Helena (Org.). **Profissões de Saúde: uma abordagem sociológica**. Rio de Janeiro: Fiocruz. 1995.

SANTOS, André Filipe Pereira Reid. **Principais abordagens sociológicas para análise das profissões**. São Paulo: BIB. n 71. 1 sem. p. 25-43. 2011.

SANTOS, Pedro Miguel dos. **Profissão médica no Brasil**. MACHADO, Maria Helena (Org.). **Profissões de Saúde: uma abordagem sociológica**. Rio de Janeiro: Fiocruz. 1995.

SOUZA, Maria Zélia de Almeida; BITTENCOURT, Francisco Rage; PEREIRA FILHO, João Lins. **Cargos, Carreiras e Remuneração**. Rio de Janeiro: Editora FGV. P.160 reimp. 2006.

VIEIRA, Sônia. **Como elaborar questionários**. São Paulo: Atlas. 2009.

## APÊNDICE

## APÊNDICE A - TABELAS SALARIAIS

Tabela A - Vencimento-base por tempo (valor pago por cada hora trabalhada), MED, 12 horas semanais

	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J
I	172,92	177,64	182,49	187,49	192,64	197,95	203,41	209,04	214,83	220,80
II	207,48	213,23	219,16	225,26	231,54	238,01	244,67	251,54	258,61	265,89
III	249,65	256,66	263,89	271,33	278,99	286,89	295,02	303,40	312,02	320,91
IV	301,09	309,64	318,46	327,54	336,89	346,52	356,44	366,66	377,18	388,02
V	372,40	383,10	394,11	405,46	417,15	429,19	441,59	454,37	467,52	481,17
VI	461,54	474,91	488,69	502,87	517,48	532,53	548,03	564,00	580,44	597,51

Fonte: Elaboração própria

Tabela B - Vencimento-base por tempo (valor pago por cada hora trabalhada), MED, 24 horas semanais

	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J
I	165,01	169,72	174,57	179,57	184,72	190,03	195,49	201,12	206,91	212,88
II	199,57	205,32	211,24	217,34	223,62	230,09	236,76	243,62	250,69	257,98
III	241,73	248,74	255,97	263,41	271,07	278,97	287,10	295,48	304,10	312,99
IV	293,17	301,73	310,54	319,62	328,97	338,60	348,52	358,74	369,26	380,11
V	364,48	375,18	386,20	397,54	409,23	421,27	433,67	446,45	459,60	473,15
VI	453,62	466,99	480,77	494,95	509,56	524,61	540,11	556,08	572,52	589,46

Fonte: Elaboração própria

Tabela C - Vencimento-base por tempo (valor pago por cada hora trabalhada), PENF, 20 horas semanais

	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J
T	41,59	42,55	43,54	44,57	45,62	46,70	47,82	48,97	50,10	51,37
I	49,61	50,82	52,05	53,33	54,65	56,00	57,40	58,83	60,31	61,84
II	59,64	61,14	62,69	64,29	65,93	67,63	69,37	71,17	73,02	74,92
III	72,17	74,06	75,99	77,99	80,04	82,16	84,34	86,58	88,89	91,28
IV	91,36	93,82	96,35	98,95	101,64	104,40	107,25	110,18	113,20	116,31
V	109,37	112,37	115,45	118,63	121,90	125,28	128,70	132,33	136,01	139,81
VI	131,34	135,00	138,76	142,64	146,63	150,75	154,99	159,35	163,85	168,48
VII	158,15	162,61	167,20	171,93	176,80	181,82	186,99	192,32	197,80	203,40
VIII	195,31	200,88	206,62	212,54	218,63	224,90	231,36	238,02	244,88	251,94

Fonte: Elaboração própria

Tabela D - Vencimento-base por tempo (valor pago por cada hora trabalhada), PENF, 30 horas semanais

	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J
<b>T</b>	31,32	32,07	32,84	33,64	34,46	35,30	36,17	37,06	37,99	38,94
<b>I</b>	38,42	39,39	40,38	41,40	42,45	43,53	44,65	45,80	46,98	48,20
<b>II</b>	46,45	47,65	48,89	50,16	51,48	52,83	54,23	55,67	57,15	58,67
<b>III</b>	56,47	57,98	59,53	61,12	62,77	64,46	66,20	68,00	68,27	71,75
<b>IV</b>	88,19	90,65	93,18	95,78	98,47	101,23	104,08	107,01	110,03	113,14
<b>V</b>	106,20	109,20	112,29	115,46	118,74	122,11	125,58	129,16	132,85	136,64
<b>VI</b>	128,17	131,83	135,59	139,47	143,47	147,58	151,82	156,18	160,68	165,31
<b>VII</b>	154,98	159,44	164,03	168,76	173,64	178,66	183,83	189,15	194,63	200,28
<b>VIII</b>	192,14	197,72	203,46	209,37	215,46	221,74	228,20	234,85	241,71	248,77

Fonte: Elaboração própria

Tabela E - Vencimento-base por tempo (valor pago por cada hora trabalhada), PENF, 40 horas semanais

	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J
<b>T</b>	29,67	30,42	31,19	31,99	32,80	33,64	34,51	35,40	36,32	37,27
<b>I</b>	36,84	37,80	38,79	39,82	40,87	41,95	43,07	44,22	45,38	46,62
<b>II</b>	43,90	45,07	46,28	47,53	48,81	50,13	51,50	52,90	54,34	55,83
<b>III</b>	52,51	53,95	44,65	56,94	58,51	60,12	61,78	63,49	65,25	67,07
<b>IV</b>	86,61	89,07	91,60	94,20	96,88	99,65	102,50	105,43	108,45	111,56
<b>V</b>	104,62	107,62	110,70	113,88	117,15	120,53	123,98	127,58	131,26	135,06
<b>VI</b>	126,59	130,25	134,01	137,89	141,88	146,00	150,24	154,60	159,10	163,73
<b>VII</b>	153,40	157,86	162,45	167,18	172,05	177,07	182,24	187,57	193,05	198,68
<b>VIII</b>	190,56	196,13	201,87	207,79	213,88	220,15	226,61	233,27	240,13	247,19

Fonte: Elaboração própria

Tabela F - Variação do salário-base tomando IA como valor base, MED, 12 horas

	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J
<b>I</b>	0,00	2,73	5,53	8,42	11,40	14,47	17,63	20,88	24,23	27,69
<b>II</b>	19,99	23,31	26,74	30,26	33,90	37,64	41,49	45,46	49,55	53,76
<b>III</b>	44,37	48,42	52,60	56,91	61,34	65,90	70,61	75,45	80,44	85,58
<b>IV</b>	74,11	79,06	84,16	89,41	94,82	100,39	106,13	112,03	118,12	124,39
<b>V</b>	115,35	121,54	127,91	134,47	141,23	148,20	155,37	162,75	170,36	178,26
<b>VI</b>	166,90	174,64	182,60	190,80	199,25	207,96	216,92	226,15	235,66	245,53

Fonte: Elaboração própria

Tabela G - Variação do salário-base tomando IA como valor base, MED, 24 horas

	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J
<b>I</b>	0,00	2,86	5,80	8,83	11,95	15,16	18,47	21,88	25,40	29,01
<b>II</b>	20,94	24,43	28,02	31,71	35,52	39,44	43,48	47,64	51,93	56,34
<b>III</b>	46,50	50,75	55,13	59,64	64,28	69,07	73,99	79,07	84,30	89,68
<b>IV</b>	77,67	82,86	88,20	93,70	99,37	105,20	111,22	117,41	123,79	130,36
<b>V</b>	120,89	127,37	134,05	140,93	148,01	155,31	162,82	170,56	178,54	186,75
<b>VI</b>	174,91	183,01	191,36	199,96	208,81	217,93	227,33	237,00	246,97	257,23

Fonte: Elaboração própria

Tabela H - Variação de salário-base tomando TA como valor base, PENF, 20 horas

	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J
<b>T</b>	0,00	2,31	4,70	7,15	9,68	12,29	14,97	17,74	20,46	23,52
<b>I</b>	19,29	22,18	25,16	28,23	31,39	34,65	38,00	41,46	45,02	48,68
<b>II</b>	43,40	47,02	50,74	54,58	58,53	62,60	66,80	71,11	75,56	80,14
<b>III</b>	73,54	78,06	82,72	87,51	92,45	97,54	102,78	108,18	113,74	119,47
<b>IV</b>	119,67	125,58	131,66	137,92	144,38	151,02	157,87	164,92	172,18	179,66
<b>V</b>	162,98	170,18	177,60	185,24	193,11	201,22	209,45	218,18	227,04	236,16
<b>VI</b>	215,80	224,59	233,65	242,97	252,57	262,47	272,65	283,15	293,96	305,09
<b>VII</b>	280,26	290,98	302,02	313,40	325,11	337,18	349,61	362,42	375,60	389,07
<b>VIII</b>	369,61	383,01	396,82	411,04	425,68	440,77	456,31	472,31	488,79	505,77

Fonte: Elaboração própria

Tabela I - Variação de salário-base tomando IV A como valor base, PENF, 20 horas semanais

	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J
<b>IV</b>	0,00	2,69	5,46	8,31	11,25	14,27	17,39	20,60	23,90	27,31
<b>V</b>	19,71	22,99	26,37	29,85	33,43	37,12	40,87	44,84	48,87	53,03
<b>VI</b>	43,76	47,76	51,88	56,13	60,50	65,00	69,64	74,42	79,34	84,41
<b>VII</b>	73,10	77,98	83,01	88,19	93,52	99,02	104,67	110,50	116,51	122,63
<b>VIII</b>	113,78	119,88	126,16	132,64	139,30	146,17	153,24	160,53	168,03	175,76

Fonte: Elaboração própria

Tabela J - Variação de salário-base tomando TA como valor base, PENF, 30 horas

	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J
<b>T</b>	0,00	2,39	4,86	7,40	10,01	12,71	15,48	18,34	21,28	24,31
<b>I</b>	22,68	25,75	28,92	32,18	35,54	38,99	42,56	46,23	50,01	53,90
<b>II</b>	48,29	52,13	56,09	60,17	64,37	68,69	73,14	77,73	82,46	87,32
<b>III</b>	80,31	85,11	90,06	95,15	100,40	105,81	111,37	117,11	117,96	129,10
<b>IV</b>	181,59	189,43	197,50	205,82	214,39	223,22	232,31	241,67	251,31	261,24
<b>V</b>	239,09	248,65	258,51	268,66	279,11	289,87	300,96	312,39	324,15	336,27
<b>VI</b>	309,24	320,91	332,93	345,31	358,06	371,20	384,73	398,66	413,02	427,80
<b>VII</b>	394,82	409,06	423,72	438,83	454,39	470,41	486,92	503,92	521,43	539,47
<b>VIII</b>	513,47	531,27	549,60	568,48	587,93	607,96	628,59	649,84	671,73	694,28

Fonte: Elaboração própria

Tabela K - Variação de salário-base tomando IV A como valor base, PENF, 30 horas semanais

	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J
<b>IV</b>	0,00	2,78	5,65	8,61	11,65	14,78	18,01	21,34	24,76	28,29
<b>V</b>	20,42	23,82	27,32	30,92	34,63	38,46	42,39	46,45	50,63	54,93
<b>VI</b>	45,33	49,48	53,75	58,14	62,67	67,34	72,14	77,09	82,19	87,44
<b>VII</b>	75,73	80,78	85,99	91,35	96,88	102,57	108,43	114,47	120,69	127,09
<b>VIII</b>	117,86	124,18	130,69	137,40	144,30	151,42	158,75	166,29	174,07	182,07

Fonte: Elaboração própria

Tabela L - Variação de salário-base tomando TA como valor base, PENF, 40 horas

	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J
<b>T</b>	0,00	2,52	5,12	7,79	10,54	13,38	16,30	19,31	22,41	25,60
<b>I</b>	24,15	27,39	30,73	34,17	37,72	41,37	45,13	49,00	52,91	57,10
<b>II</b>	47,94	51,89	55,97	60,17	64,49	68,95	73,54	78,26	83,13	88,14
<b>III</b>	76,96	81,79	86,45	91,89	97,16	102,60	108,19	113,96	119,90	126,02
<b>IV</b>	191,87	200,15	208,67	217,45	226,49	235,81	245,40	255,29	265,46	275,95
<b>V</b>	252,56	262,66	273,06	283,77	294,80	306,17	317,79	329,93	342,34	355,13
<b>VI</b>	326,60	338,92	351,61	364,68	378,14	392,00	406,28	420,99	436,14	451,74
<b>VII</b>	416,93	431,96	447,44	463,38	479,81	496,72	514,14	532,09	550,57	569,52
<b>VIII</b>	542,17	560,95	580,30	600,23	620,75	641,90	663,67	686,10	709,21	733,00

Fonte: Elaboração própria

Tabela M - Variação de salário-base tomando IV A como valor base, PENF, 40 horas semanais

	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J
<b>IV</b>	0,00	2,84	5,76	8,76	11,86	15,05	18,34	21,73	25,21	28,81
<b>V</b>	20,79	24,25	27,82	31,49	35,27	39,16	43,14	47,30	51,55	55,94
<b>VI</b>	46,16	50,38	54,73	59,21	63,82	68,57	73,46	78,50	83,69	89,04
<b>VII</b>	77,11	82,26	87,56	93,02	98,65	104,45	110,41	116,56	122,89	129,39
<b>VIII</b>	120,02	126,45	133,08	139,91	146,94	154,19	161,65	169,33	177,25	185,40

Fonte: Elaboração própria

Tabela N - Variação do salário-base conforme o escalonamento (base móvel), MED, 12 horas semanais

	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J
<b>I</b>	0,00	2,73	2,73	2,74	2,75	2,75	2,76	2,77	2,77	2,78
<b>II</b>	-6,03	2,77	2,78	2,78	2,79	2,79	2,80	2,81	2,81	2,82
<b>III</b>	-6,11	2,81	2,81	2,82	2,82	2,83	2,83	2,84	2,84	2,85
<b>IV</b>	-6,18	2,84	2,85	2,85	2,86	2,86	2,86	2,87	2,87	2,87
<b>V</b>	-4,03	2,87	2,88	2,88	2,88	2,89	2,89	2,89	2,90	2,92
<b>VI</b>	-4,08	2,90	2,90	2,90	2,91	2,91	2,91	2,91	2,92	2,94

Fonte: Elaboração própria

Tabela O - Variação do salário-base conforme o escalonamento (base móvel), MED, 24 horas semanais

	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J
<b>I</b>	0,00	2,86	2,86	2,86	2,87	2,87	2,87	2,88	2,88	2,89
<b>II</b>	-6,26	2,88	2,88	2,89	2,89	2,89	2,90	2,90	2,90	2,91
<b>III</b>	-6,30	2,90	2,90	2,91	2,91	2,91	2,91	2,92	2,92	2,92
<b>IV</b>	-6,33	2,92	2,92	2,92	2,93	2,93	2,93	2,93	2,93	2,94
<b>V</b>	-4,11	2,93	2,94	2,94	2,94	2,94	2,94	2,95	2,95	2,95
<b>VI</b>	-4,13	2,95	2,95	2,95	2,95	2,95	2,95	2,96	2,96	2,96

Fonte: Elaboração própria

Tabela P - Variação do salário-base conforme o escalonamento (base móvel), PENF, 20 horas semanais

	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J
<b>T</b>	0,00	2,31	2,33	2,35	2,36	2,38	2,39	2,40	2,32	2,53
<b>I</b>	-3,42	2,43	2,44	2,45	2,47	2,48	2,49	2,50	2,52	2,53
<b>II</b>	-3,55	2,52	2,53	2,55	2,56	2,57	2,58	2,59	2,60	2,61
<b>III</b>	-3,67	2,61	2,61	2,62	2,63	2,64	2,65	2,66	2,67	2,68
<b>IV</b>	0,09	2,69	2,70	2,70	2,71	2,72	2,73	2,73	2,74	2,75
<b>V</b>	-5,97	2,74	2,75	2,75	2,76	2,77	2,73	2,82	2,78	2,79
<b>VI</b>	-6,06	2,78	2,79	2,79	2,80	2,81	2,81	2,82	2,82	2,83
<b>VII</b>	-6,13	2,82	2,82	2,83	2,83	2,84	2,84	2,85	2,85	2,83
<b>VIII</b>	-3,98	2,85	2,86	2,86	2,87	2,87	2,87	2,88	2,88	2,88

Fonte: Elaboração própria

Tabela Q - Variação do salário-base conforme o escalonamento (base móvel), PENF, 30 horas semanais

	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J
<b>T</b>	0,00	2,39	2,41	2,42	2,43	2,45	2,46	2,47	2,49	2,50
<b>I</b>	-1,32	2,51	2,52	2,53	2,54	2,55	2,56	2,57	2,59	2,60
<b>II</b>	-3,65	2,59	2,60	2,61	2,62	2,63	2,64	2,65	2,66	2,67
<b>III</b>	-3,74	2,66	2,67	2,68	2,69	2,70	2,71	2,71	0,39	5,11
<b>IV</b>	22,91	2,78	2,79	2,80	2,80	2,81	2,81	2,82	2,82	2,83
<b>V</b>	-6,13	2,82	2,83	2,83	2,84	2,84	2,84	2,85	2,85	2,86
<b>VI</b>	-6,20	2,85	2,86	2,86	2,86	2,87	2,87	2,87	2,88	2,88
<b>VII</b>	-6,25	2,88	2,88	2,88	2,89	2,89	2,89	2,90	2,90	2,90
<b>VIII</b>	-4,07	2,90	2,90	2,91	2,91	2,91	2,91	2,92	2,92	2,92

Fonte: Elaboração própria

Tabela R - Variação do salário-base conforme o escalonamento (base móvel), PENF, 40 horas semanais

	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J
<b>T</b>	0,00	2,52	2,53	2,54	2,55	2,57	2,58	2,59	2,60	2,61
<b>I</b>	-1,16	2,61	2,62	2,63	2,64	2,65	2,66	2,67	2,62	2,74
<b>II</b>	-5,84	2,68	2,68	2,69	2,70	2,71	2,72	2,72	2,73	2,74
<b>III</b>	-5,94	2,73	-17,24	27,54	2,75	2,76	2,76	2,77	2,78	2,78
<b>IV</b>	29,14	2,84	2,84	2,84	2,85	2,85	2,86	2,86	2,86	2,87
<b>V</b>	-6,22	2,86	2,87	2,87	2,87	2,88	2,86	2,91	2,89	2,89
<b>VI</b>	-6,27	2,89	2,89	2,89	2,90	2,90	2,90	2,91	2,91	2,91
<b>VII</b>	-6,31	2,91	2,91	2,91	2,91	2,92	2,92	2,92	2,92	2,91
<b>VIII</b>	-4,09	2,93	2,93	2,93	2,93	2,93	2,94	2,94	2,94	2,94

Fonte: Elaboração própria

## APÊNDICE B - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Gostaria de convidá-lo (a) a participar de uma pesquisa chamada “**ANÁLISE DOS REFLEXOS DA ESTRUTURA SOCIAL NO DESENHO DAS CARREIRAS DE MÉDICOS E PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM DA FHEMIG**”. Essa pesquisa será desenvolvida por mim, Nathália Caroline de Souza Reis, graduanda em Administração Pública pela Escola de Governo Professor Paulo Neves de Carvalho da Fundação João Pinheiro (FJP), sob a orientação da Professora Kamila Pagel.

Sua participação não é obrigatória. Caso aceite participar, você fará parte da aplicação de um questionário sobre sua origem social, o seu perfil profissional e as relações profissionais que realiza no seu dia a dia. Os desconfortos que poderão ocorrer durante o preenchimento do questionário são aqueles relativos à ocorrência de fatos desagradáveis sobre as origens sociais e as relações no local de trabalho. Espera-se que esta pesquisa possa contribuir para melhor compreender as formas ou estratégias da estrutura das carreiras de Médicos e Profissionais de Enfermagem e o ambiente de trabalho no que diz respeito às relações estabelecidas.

Em qualquer fase da pesquisa você poderá fazer perguntas, caso tenha dúvidas, e sair da pesquisa, além de não permitir a utilização dos dados, sem nenhum ônus ou prejuízo. Esclareço também que você não terá nenhum gasto e nem receberá qualquer valor através da pesquisa.

Se estiver de acordo e as informações forem satisfatórias, favor assinar o presente termo, dando seu consentimento para a realização da pesquisa em questão.

Atenciosamente,

Nathália Caroline de Souza Reis.

Declaro ter recebido informações suficientes e estou de acordo em participar desta pesquisa.

---

Entrevistado (Nome Legível/Assinatura)

---

Entrevistador – Nathália Caroline de Souza Reis (Nome legível e/Assinatura)

Estudante de Administração Pública da EG/ FJP

CEP-FHEMIG: Alameda Álvaro Celso, 100, Sta. Efigênia, BH-MG. Telefone: (31) 3239-9552.

Contatos do pesquisador: Nathália Caroline de Souza Reis. Belo Horizonte - MG. Telefone: (31) 99400-0122. E-mail: nathaliacsreis@gmail.com

Contatos da EG/ FJP – Belo Horizonte MG (31) 3448-9400 e 3448-9572.

## APÊNDICE C - QUESTIONÁRIO PARA SERVIDORES DA FHEMIG

Caro (a) Servidor (a),

Este questionário constitui um instrumento importante para delinear o perfil socioeconômico e profissional dos trabalhadores da FHEMIG e para você avaliar diversos aspectos do seu ambiente de trabalho, bem como de sua carreira.

Sua contribuição é extremamente relevante para a pesquisa de campo realizada pela estudante de Administração Pública da Fundação João Pinheiro, que tem como objetivo analisar os reflexos da estrutura social no desenho das carreiras de Médicos e Profissionais de Enfermagem da FHEMIG.

As respostas às questões serão analisadas em conjunto, preservando, **rigorosamente**, o sigilo da identidade dos participantes. Para responder, basta assinalar um “X” no espaço entre parênteses da alternativa desejada.

Agradeço, desde já, pela sua atenção e valiosa colaboração!

Atenciosamente,

Nathália Reis

---



*Satisfação com o trabalho*

19. Qual o seu grau de **satisfação** com os **colegas** de equipe?
- A.  Extremamente satisfeito/a  
 B.  Muito satisfeito/a  
 C.  Razoavelmente satisfeito/a  
 D.  Pouco satisfeito/a  
 E.  Quase nada satisfeito/a  
 F.  Nada satisfeito/a  
 Comentários: \_\_\_\_\_
20. Qual o seu grau de **satisfação** com sua **chefia** imediata?
- A.  Extremamente satisfeito/a  
 B.  Muito satisfeito/a  
 C.  Razoavelmente satisfeito/a  
 D.  Pouco satisfeito/a  
 E.  Quase nada satisfeito/a  
 F.  Nada satisfeito/a  
 Comentários: \_\_\_\_\_
21. Qual o seu grau de **satisfação** com o **plano de carreiras** da instituição?
- A.  Extremamente satisfeito/a  
 B.  Muito satisfeito/a  
 C.  Razoavelmente satisfeito/a  
 D.  Pouco satisfeito/a  
 E.  Quase nada satisfeito/a  
 F.  Nada satisfeito/a  
 Comentários: \_\_\_\_\_
22. Qual o seu grau de satisfação com as formas de **promoção e progressão** da sua carreira?
- A.  Extremamente satisfeito/a  
 B.  Muito satisfeito/a  
 C.  Razoavelmente satisfeito/a  
 D.  Pouco satisfeito/a  
 E.  Quase nada satisfeito/a  
 F.  Nada satisfeito/a  
 Comentários: \_\_\_\_\_
23. Você considera que a **sua remuneração** (todos os ganhos) é compatível com as funções que você exerce?
- A.  Extremamente compatível  
 B.  Muito compatível  
 C.  Razoavelmente compatível  
 D.  Pouco compatível  
 E.  Quase nada compatível  
 F.  Nada compatível  
 Comentários: \_\_\_\_\_
24. Você considera que a **remuneração** (salário) dos seus **colegas** é compatível com as funções exercidas?
- A.  Extremamente compatível  
 B.  Muito compatível  
 C.  Razoavelmente compatível  
 D.  Pouco compatível  
 E.  Quase nada compatível  
 F.  Nada compatível  
 Comentários: \_\_\_\_\_
25. Qual o seu grau de satisfação com a **jornada** de trabalho?
- A.  Extremamente satisfeito/a  
 B.  Muito satisfeito/a  
 C.  Razoavelmente satisfeito/a  
 D.  Pouco satisfeito/a  
 E.  Quase nada satisfeito/a  
 F.  Nada satisfeito/a  
 Comentários: \_\_\_\_\_
26. Qual o seu grau de satisfação com os **equipamentos** utilizados em seu trabalho?
- A.  Extremamente satisfeito/a  
 B.  Muito satisfeito/a  
 C.  Razoavelmente satisfeito/a  
 D.  Pouco satisfeito/a  
 E.  Quase nada satisfeito/a  
 F.  Nada satisfeito/a  
 Comentários: \_\_\_\_\_
27. Você tem **autonomia** para realizar seu trabalho?
- A.  Extrema autonomia  
 B.  Muita autonomia  
 C.  Razoável autonomia  
 D.  Pouca autonomia  
 E.  Muito pouca autonomia  
 F.  Nenhuma autonomia  
 Comentários: \_\_\_\_\_
28. Você já sofreu algum tipo de **preconceito ou discriminação** (devido à sua raça, gênero ou condição social) por parte de colegas de trabalho?
- A.  Várias vezes  
 B.  Algumas vezes  
 C.  Poucas vezes  
 D.  Nunca  
**Qual?** \_\_\_\_\_
29. Você já sofreu algum tipo de **preconceito ou discriminação** (devido à sua raça, gênero ou condição social) por parte de pacientes?
- E.  Várias vezes  
 F.  Algumas vezes

G.  Poucas vezes

H.  Nunca

Qual? \_\_\_\_\_

30. Qual o seu grau de satisfação com as **oportunidades de treinamento/capacitação** oferecidas pela instituição?

A.  Extremamente satisfeito/a

B.  Muito satisfeito/a

C.  Razoavelmente satisfeito/a

D.  Pouco satisfeito/a

E.  Quase nada satisfeito/a

F.  Nada satisfeito/a

Comentários: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

31. Você pretende **trabalhar** por muito tempo nessa instituição?

A.  Certamente sim

B.  Provavelmente sim

C.  Pouco provável.

D.  Provavelmente não.

E.  Certamente não.

32. Você desejaria ter **outra profissão**?

A.  Sim. Qual? \_\_\_\_\_

B.  Não

33. Você teria alguma sugestão de melhoria ou comentário que gostaria de fazer em relação a sua carreira?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Muito obrigada pela sua colaboração!**