

Ministério da Saúde

FIOCRUZ

Fundação Oswaldo Cruz

Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca

Departamento de Administração e Planejamento em Saúde

Mestrado Profissional em Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde – Saúde Pública.



“A flexibilização do trabalho do enfermeiro na Estratégia Saúde da Família: limites e possibilidades para a gestão do trabalho e a educação em saúde.”

Por

Tereza Cristina da Fonseca Guimarães

Dissertação a ser apresentada com vistas à obtenção do título de Mestre em Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde na área de Saúde Pública.

Orientadora: Maria Alicia Dominguez Ugá

Co-orientador: Antenor Amâncio Filho

Rio de Janeiro, Novembro 2009

Ficha Catalográfica

Sumário

Resumo

Abstract

Lista de Ilustrações

Lista de Siglas

Capítulo 1. Introdução

Capítulo 2. Aspectos Metodológicos

Capítulo 3. Considerações Teóricas.

3.1. Considerações Gerais da Regulação do Trabalho nas sociedades capitalistas.

3.2. A Reforma do Estado e o Mercado de Trabalho em Saúde

Capítulo 4. Contexto do Estudo

4.1. Diretrizes Políticas da Gestão da Educação em Saúde – DEGES/SGTES/MS

4.2. Diretrizes Políticas da Gestão e da Regulação do Trabalho no SUS -

DEGERTS/SGTES/MS

4.3. Estratégia Saúde da Família – ESF

4.4. Enfermeiro uma Profissão na ESF

Capítulo 5. Discussão

Capítulo 6. Considerações Finais

Anexos

Referências

Bibliografia

Dedicatória:

*Aos “afetos” que fui perdendo ao longo do caminho e que plasmaram com seu amor o que **fui** o que **sou** e o que ainda poderei **Ser** ofereço minha eterna gratidão.*

Agradecimentos.

Este Mestrado foi uma grande viagem de encontros, afetos e desafios. Por não ter desfrutado sozinha dessa maravilhosa oportunidade, agradeço:

Ao Ministério da Saúde/Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde pela iniciativa de proporcionar esse Mestrado Profissional aos gestores e áreas técnicas das Secretárias de Saúde e Escolas Técnicas dos SUS.

À equipe do NERHUS/DAPS/ENSP/FIOCRUZ pelo apoio e incentivo em todos os momentos e aí vai um carinho especial para as queridas *Cíntia Maria*, *Profª Drª Ana Luíza Stiebler*, pela arte de finalizar por determinação e *Eliane Oliveira* pela mão estendida no auxílio precioso e a todos os mestres e doutores que nos proporcionaram belas reflexões e conhecimentos sem fim.

Ao coordenador co-orientador e grande mestre *Antenor Amâncio Filho* por trazer conhecimento, muito humor e poesia no caminho do mestrado, a *Luzimar* que não só secretariou o mestrado, mas nos brindou com seu carinho e sorriso constantes e ao *Profº. Drº Sergio Pacheco* pelo uso de muita *tecnologia* do saber ser.

À minha querida orientadora *Maria Alícia Ugá* pelo compromisso e capacidades intelectual e pedagógica de me acalmar e confiar.

À Profª. Doutora *Maria Helena Machado* por sempre me desafiar a ir além das forças que pensava ter e por ser meu referencial teórico na escrita dissertativa.

Ao meu referencial moral, ético, amoroso, que como uma grande mestre, amiga e mãe me levou pelas mãos não me deixando desistir jamais – *Neuza Maria Nogueira Moisés*.

À minha família de “ELs” – *Alfeu*, meu marido, meus filhos *Raphael*, que me ensinou a gostar do inglês, *Gabriel* que teve paciência com meus desajustes e *Daniel* que se

enfeitou para que eu o percebesse mais do que à minha dissertação, a minha irmã *Ana Paula* que me concedeu seu espaço para isolamento durante a escrita.

Aos meus amigos-irmãos que perifericamente respeitaram minha reclusão – *Cristina Restier* sempre pronta a me ouvir, servir e acalmar, *Amedéa* (minha prima) pelas preces de calma e incentivo, *Ana Cristina e Flávio* pelo socorro nos momentos mais difíceis, *Leonardo Ferrari Migon* que teve coragem e sabedoria de encaminhar minha outra responsabilidade nessa encarnação, *Julienne Miguez* com sua objetividade cativante, *Luzileide Rodriguez* pelos depoimentos de amor e louvor, *Odina* por sua mão forte me induzindo o caminho, *Bruna* – my beautiful teacher, *Wanda* meu apoio emocional, a Profª amiga *Sonia Alves* pela melhor e mais difícil indicação e aos 29 amigos alunos da Iª Turma do Mestrado Profissional em Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde, fizemos mais que um mestrado, fizemos amizade superando as adversidades - e foram muitas - e uma linda história profissional. A todos que ficaram de longe torcendo em silêncio pela superação de todos os obstáculos.

Por último e por isso *mais importante* eu agradeço a *DEUS* e aos meus guias de luzes que me empurraram quando pensei em parar e me protegeram das investidas do mal visível e invisível, a *Iêmanjá* doce mãe que me levou em suas ondas de fé e esperança.

“Quem planta flores, planta beleza e perfumes para alguns dias. Quem planta árvores,
planta sombra e frutos por anos, talvez séculos.
Mas quem planta **idéias verdadeiras**, planta para a eternidade.”

Jesus

Resumo

Este estudo trata das questões que envolvem a flexibilização com precarização dos vínculos de trabalho dos enfermeiros do Programa Saúde da Família – PSF, procurando confrontar com os limites e possibilidades oferecidos pelas ações e políticas de Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde do Ministério da Saúde. O tema da flexibilização que não é setorial afeta a economia brasileira como um todo e, portanto há que se entender o processo histórico da Reforma de Estado no Brasil, a Regulação do Trabalho em Saúde e o Mercado de Trabalho em Saúde. A categoria de Enfermagem ocupa uma função estratégica na política de organização da Atenção Básica no PSF, o que inviabiliza vinculações precárias, pois fragiliza sua fixação no exercício profissional. Para analisar e discutir a precarização para os enfermeiros foram utilizados dados retirados de pesquisas realizadas pela Estação de Pesquisa e Sinais de Mercado de Trabalho em Saúde - Observatórios de Recursos Humanos em Saúde – NESCON/UFMG, 2001 e 2006 e a Pesquisa do NERHUS/ENSP/FIOCRUZ, ambas em torno do PSF e sua equipe. Consolidamos as informações que mais particularmente afetavam aos enfermeiros e foram produzidos gráficos e tabelas que apuram a situação da seleção, vinculação, percentual de permanência, salários carga horária e qualificação desses profissionais. A pesquisa conclui que embora a categoria de enfermagem não seja a que evidencie em maior percentual sua vinculação precária com as secretarias de saúde, sua situação, no entanto não é de total amparo social. As políticas eleitas como prioritárias no âmbito da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde muito embora sejam adequadas para a abordagem em desprecarização e em qualificação da força de trabalho em saúde não adquiriram ainda total adesão por parte da gestão estadual e municipal de saúde.

Palavras – Chaves: Políticas de Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde, Flexibilização do trabalho, Precarização do trabalho, Programa Saúde da Família, Enfermeiro.

Abstract

This study treats the questions that involve flexibility with growing instability of nurses' work links in the Family Health Program – PSF, trying to confront with the limits and possibilities offered by Work Management and Education in Health actions and politics provided by Health Ministry. The subject of flexibility, which is not sectorial, affects Brazilian economy as a whole. Therefore, we can understand the historical process of the State Reform in Brazil, the Work Regulation in Health and the labor market in Health. The Nursing category occupies a strategic function in the organizational politics of the Basic Attention in the PSF – it does not permit precarious contractual forms, because it weakens its fixation in the professional service. To analyze and discuss growing instability for nurses, it was used retired data of researches carried out by Inquiry Station and Labor Market Signs in Health - Human Resources Observatories in Health – NESCON/UFGM, 2001 and 2006 and NERHUS/ENSP/FIOCRUZ Inquiry, both about PSF and its team. We consolidate the information which was more particularly affecting the nurses and it was produced graphs and charts that check the situation of selection, contractual forms, percentage of permanence, salaries, workload and qualification of these professionals. The inquiry ends presenting that nursing category is not the one which shows in a big percentage its precarious links with the general health offices, however its situation does not have total social support. The elected politics as a priority in the context of Work Management and Education in Health General Office are right for betterment and health workforce qualification approach, but they have not acquired total adhesion for part of the State and Municipal Health Management yet.

Keywords: Work Management and Education in Health Politics, Work Flexibility, Work Growing Instability, Family Health Program, Nurse.

Lista de Ilustrações:

FIGURA 1. Ilustração da dinâmica que configura a aplicação das políticas de educação do DEGES/SEGTS/MS.

FIGURA 2. Ilustração de Configuração das Políticas de Gestão do Trabalho DEGERTS/SEGTS/MS.

GRÁFICO 1. Meta e Evolução da Implantação das Equipes Saúde da Família - BRASIL - 1998 - JUNHO/2009.

GRÁFICO 2. Área de Atuação dos Enfermeiros do PSF – Brasil, jun/1999.

GRÁFICO 3. Enfermeiros do PSF, por Forma de Seleção – Brasil, jun/1999.

GRÁFICO 4. Enfermeiros do PSF segundo Modalidade de Contratação – Brasil, jun/1999.

GRÁFICO 5. Enfermeiros do PSF 1999 por Modalidade de Contratação/região – Brasil, jun/1999.

GRÁFICO 6. Jornada de Trabalho dos Enfermeiros do PSF – Brasil, jun/1999.

GRÁFICO 7. Enfermeiros do PSF por outro vínculo empregatício segundo grandes regiões – Brasil, jun/1999.

GRÁFICO 8. Enfermeiros do PSF segundo Renda Média Mensal Nacional (em dólares) - Brasil, jun/1999.

GRÁFICO 9. Os Municípios e sua organização da Atenção Básica no Sistema de Saúde local – Brasil, jun/1999.

GRÁFICO 10. Percentual de municípios que utilizam o recrutamento dos profissionais do PSF por Seleção Pública por regiões geográficas – Brasil, 2006.

GRÁFICO 11. Percentual de municípios que utilizam a via de contratação CLT para os profissionais do PSF segundo regiões geográficas - Brasil, 2006.

GRÁFICO 12. Percentual de municípios que utilizam a modalidade de prestador de serviço para a equipe do PSF/regiões geográficas brasileiras, com ênfase para o enfermeiro.

GRÁFICO 13. Percentual de municípios segundo os Incentivos oferecidos por categoria profissional do PSF – Brasil, 2006.

GRÁFICO 14. Percentual de municípios segundo faixa salarial dos enfermeiros do PSF - Brasil, 2006.

GRÁFICO 15. Percentual de municípios segundo faixa salarial do enfermeiro do PSF por regiões geográficas – Brasil, 2006.

GRÁFICO 16. Média Salarial dos enfermeiros do PSF por regiões geográficas – Brasil, 2006.

GRÁFICO 17. Média de salários dos enfermeiros do PSF por porte populacional dos municípios – Brasil, 2006.

TABELA 1. Síntese de Evolução da Expansão do PSF.

TABELA 2. Síntese da expansão de equipes e cobertura populacional do PSF.

TABELA 3. Formação dos Enfermeiros do PSF – Brasil, jun/1999.

TABELA 4. Quadro demonstrativo de prioridade nas escolhas por capacitação pelos Enfermeiros do PSF - Brasil, jun/1999.

TABELA 5. Alterações positivas citados pelos enfermeiros no PSF – Brasil, jun/1999.

TABELA 6. Enfermeiros do PSF por renda mensal declarada (em dólares) segundo regiões geográficas - Brasil, jun/1999.

TABELA 7. Percentual de Enfermeiros do PSF segundo Piso Salarial por grandes regiões - Brasil, jun/1999.

TABELA 8. Coordenador de PSF – Brasil, jun/1999.

TABELA 9. Coordenadores de PSF segundo categoria Profissional – Brasil, jun/1999.

TABELA 10. Evolução das equipes de PSF nos municípios anos 2001 e 2006 segundo porte populacional – Brasil, jun/1999.

TABELA 11. Municípios segundo a Forma de Contratação dos Profissionais de nível superior - Brasil, 2006.

TABELA 12. Municípios segundo Percentual de profissionais com a “Livre Contratação” como forma de recrutamento para o PSF, por categoria profissional, segundo região – Brasil, 2006.

TABELA 13. Municípios segundo percentual de Profissionais do PSF que são contratados por Concurso Público – Brasil, 2006.

TABELA 14. Percentual de Municípios que utilizam Seleção Pública para os profissionais do PSF, segundo porte populacional – Brasil, 2006.

TABELA 15. Percentual de Municípios que utilizam Seleção Pública para os profissionais do PSF, segundo porte populacional – Brasil, 2006.

TABELA 16. Percentual de municípios e os agentes contratantes utilizados para os profissionais do PSF - Brasil, 2006.

TABELA 17. Percentual de municípios cujo agente contratante da equipe do PSF é a prefeitura segundo modalidade de Contratação é Estatutária por região geográfica - Brasil, 2006.

TABELA 18. Percentual de municípios cujo agente contratante da equipe do PSF é a prefeitura segundo a modalidade de contratação CLT por região geográfica - Brasil, 2006.

TABELA 19. Percentual de municípios cujo agente contratante da equipe do PSF é a prefeitura segundo modalidade de contratação CLT por porte populacional - Brasil, 2006.

TABELA 20. Percentual de municípios cujo agente contratante da equipe do PSF é a prefeitura segundo a modalidade de Contrato Temporário por região geográfica - Brasil, 2006.

TABELA 21. Percentual de municípios cujo agente contratante da equipe do PSF é a prefeitura segundo modalidade Contrato Temporário por porte populacional - Brasil, 2006.

TABELA 22. Percentual de municípios segundo agentes contratantes dos profissionais do PSF em 2001, 2006 e variação em percentual por categoria profissional.

TABELA 23. Percentuais de participação direta da Prefeitura na contratação dos profissionais do PSF em 2001, 2006 e variação em percentual por região geográfica segundo categoria profissional.

TABELA 24. Percentuais de participação direta da Prefeitura na contratação dos profissionais do PSF em 2001, 2006 e Variação em percentual por Porte populacional segundo categoria profissional.

TABELA 25. Percentuais de contratação dos enfermeiros do PSF via administração direta (prefeitura) e de outros agentes contratantes (indireta) por porte populacional – Brasil, 2001 e 2006.

TABELA 26. Percentuais da Utilização de Modalidade de Contratação de Enfermeiros no PSF em 2001, 2006 e Variação percentual por região geográfica – Brasil, 2006.

TABELA 27. Percentuais da utilização de modalidades de contratação de enfermeiros do PSF em 2001, 2006 e Variação em percentual por porte populacional.

TABELA 28. Média salarial dos enfermeiros do PSF praticadas pelas Prefeituras (administração direta) e por outros agentes contratantes em 2001, 2006 e Variação em percentual por regiões geográficas para o enfermeiro.

TABELA 29. Média salarial dos enfermeiros do PSF praticadas pelas Prefeituras (administração direta) e por outros agentes contratantes em 2001, 2006 e Variação em percentual por porte populacional para o enfermeiro.

TABELA 30. Tempo de Permanência do Enfermeiro do PSF nos municípios/ tipo de Contratação (Direta e Indireta) / região geográfica.

TABELA 31. Tempo de Permanência do Enfermeiro do PSF nos municípios/ tipo de Contratação (Direta e Indireta) / porte populacional.

Lista de Siglas e Abreviaturas

AB – Atenção Básica em Saúde

ACS – Agente Comunitário de Saúde

CF – Constituição Federal

CIES – Comissão Permanente de Integração Ensino e Serviço

CLT – Consolidação das Leis do Trabalho

CNS – Conselho Nacional de Saúde

CONASEMS – Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde

CONASS – Conselho Nacional de Secretários de Saúde

COSEMS – Conselhos de Secretários Municipais de Saúde

CTRH – Câmara técnica de Recursos Humanos

DATASUS – Banco de Dados do SUS

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

DEGES – Departamento de Gestão da Educação na Saúde

DF – Distrito Federal SUS

DL – Decreto Lei

EAD – Educação à Distância

ENSP - Escola Nacional de Saúde Pública

EP – Educação Permanente

ESP – Estratégia Saúde da Família

EPSJV – Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio

ET- SUS – Escolas Técnicas do SUS

FHC – Presidente da República do Brasil – Fernando Henrique Cardoso

GERUS – Desenvolvimento Gerencial de Unidades Básicas do SUS.

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

INAMPS – Instituto Nacional de Assistência Médica Previdenciária Social

LRF – Lei de Responsabilidade Fiscal

MNNP – SUS – Mesa Nacional de Negociação Permanente do SUS

OIT – Organização Internacional do Trabalho

OMS – Organização Mundial de Saúde

ONG – Organização não Governamental

OPAS – Organização Pan Americana de Saúde

OSCIP – Organização da Sociedade Cível de Interesse Público

PACS – Programa de Agentes Comunitários de Saúde

PCCS – Plano de Carreiras, Cargos e Salários

PEPS – Pólos de Educação Permanente da Política de Educação Permanente do MS

PET – SAÚDE – Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde

PROFAE – Projeto de Profissionalização dos Trabalhadores da Área de Enfermagem.

PROFAPS – Programa de Formação de Profissionais de nível médio em Saúde

PRÓ-SAÚDE – Programa Nacional de Reorientação da Formação de Profissionais de Saúde

PSF – Programa Saúde da Família

RH – Recursos Humanos

RJU – Regime Jurídico Único

RORHS – Rede de Observatório de Recursos Humanos em Saúde

SE – Secretarias Estaduais de Educação

SES – Secretaria Estadual de Saúde

SGTES – Secretaria de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde

SIAB – Sistema de Informação da AB

SIG-PET – SAÚDE – Sistema de informações Gerenciais

SINNP – SUS – Sistema de Negociação Permanente do SUS

SMS – Secretaria Municipal de Saúde

UNA – SUS – Universidade Aberta do SUS.

Capítulo 1. Introdução:

A área de Recursos Humanos em saúde vem amadurecendo suas teses ao longo do processo de evolução e consolidação do Sistema Único Saúde - SUS. O movimento e Reforma Sanitária que teve como ápice a realização da 8ª Conferência Nacional de Saúde (8ª CNS/1986) incluiu um conjunto de formulações para a área de recursos humanos. A Constituição Federal (1988) incorpora as recomendações da 8ª Conferência Nacional de Saúde (CNS), estabelecendo a saúde como direito de todos e dever do Estado (art.196, CF) e ainda o ordenamento da formação de recursos humanos na área da saúde (artigo nº: 200, inciso III) como sendo uma ação da saúde de extrema importância.

Uma das ações mais estruturantes da área de recursos humanos, de certo, foi a criação (em 2003), no primeiro mandato do presidente Luis Inácio Lula da Silva, no âmbito do Ministério da Saúde, da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde (SGTES), com dois departamentos o de Gestão e Regulação do Trabalho em Saúde (DEGERTS) e o de Gestão da Educação em Saúde (DEGES). É sobre a ação dos departamentos que este estudo irá tratar no que diz respeito as suas diretrizes políticas, seus limites e possibilidades de intervir, tendo em vista os efeitos oriundos do processo de flexibilização dos vínculos de trabalho no SUS para os enfermeiros na ESF.

A flexibilização é um processo construído no paradoxo de uma política de estado mínimo e a existência de um sistema de saúde único, universal e integral.

A questão, a saber, são quais os limites e possibilidades de uma política de recursos humanos no setor saúde, tendo em vista o processo de flexibilização com precarização dos vínculos que não é setorial, mas da economia brasileira como um todo e que também não assola somente os enfermeiros, é multiprofissional.

Durante minha trajetória profissional, desenvolvi tarefas no âmbito da gestão municipal e estadual oras em bases loco regionais de pequeno porte e outras de grande complexidade como a estrutura de Recursos Humanos da Secretaria de Estado de Saúde do Rio de Janeiro. Esta viagem embora inacabada despertou muitas indagações, algumas que foram se dissipando pelo caminho e outras que ficaram por esclarecer. Ao

buscar a pesquisa como mecanismo de obter respostas a viagem muda seu curso, mas as indagações se complexificam.

O Sistema Único de Saúde pode ser um processo de inclusão social, levando para dentro dele o mais precioso na sociedade, “as pessoas”, e nesse caso não só cidadãos, mas o sujeito da área de recursos humanos que são os trabalhadores da saúde.

A formação profissional é sem sombra de dúvidas um grande desafio para o SUS, estamos idealizando um cuidado á saúde com profissionais forjados na doença. Sinais e sintomas, nomenclatura das patologias e seus recursos terapêuticos ainda são a prioridade nas grades de formação. Esse processo ainda não cedeu aos apelos das necessidades de transformação, e olha muito pouco para questões como formação e o mercado de trabalho; nível de complexidade da assistência e seus impactos na sociedade; os vínculos de trabalho e sua interferência na qualidade da assistência; Financiamento do SUS, dentre outras questões, acabam ficando subsumidas no processo de formação.

O Problema do processo de flexibilização do trabalho do enfermeiro de PSF no Sistema Único de Saúde, onde seus vínculos de trabalho são precários no sentido de o trabalhador ficar desprotegido socialmente frente à execução profissional, fragiliza as relações entre empregador e trabalhador introduzindo alta rotatividade da força de trabalho no SUS.

Enquanto tema de Mestrado Profissional em Saúde Pública, especificamente nas subáreas de Gestão do Trabalho e Educação em Saúde, este Mestrado é uma das ações de qualificação de quadros técnicos das áreas de Recursos Humanos das Secretarias de Estado e Escolas Técnicas do SUS, que busca contribuir para a consolidação das melhores políticas para o SUS no desenvolvimento dos seus recursos humanos.

Estudar o processo de precarização dos vínculos de trabalho dos enfermeiros no ESF aliado a uma análise das ações, diretrizes e programas prioritários do SGTES oportuniza investigar se estes profissionais se beneficiam desse processo para minimizar os efeitos da flexibilização. Por outro lado estaremos valorizando a existência dessas duas áreas, gestão e regulação do trabalho e da educação em saúde, no sentido de articularem suas

ações e estratégicas no âmbito dos recursos humanos em saúde visando sua consolidação em todo território nacional, apesar das nossas diversidades.

A área da saúde embora reconhecendo o Movimento da Reforma Sanitária como um grande dinamizador do Sistema Único de Saúde desse país, demorou a eleger o trabalho e os trabalhadores como foco prioritário na agenda.

Definir as prioridades na assistência, na alta complexidade, na média complexidade ou na atenção básica acabou sendo uma meta maximizada em detrimento dos grandes artífices e protagonistas das ações de saúde.

A municipalização da saúde trouxe, por um lado, a saúde até o cidadão, mas os executores do processo de trabalho permaneceram nos grandes centros urbanos e sua formação não corroborou no caminho a ser percorrido pelos profissionais da saúde no SUS.

Embora as políticas de saúde tenham delineado no sistema, ações que se estruturam na Atenção Básica como a estratégia de Saúde da Família, os Agentes Comunitários de Saúde e os Programas de Promoção e Prevenção na Saúde, no processo formativo ainda vigora uma visão hospitalocêntrica, em transição lenta é verdade, mas ainda sem impacto no modelo de profissional inserido no mercado de trabalho.

Os aparelhos formadores de nível superior se multiplicaram, do ano de 1995 a 2001, os cursos de Medicina, Odontologia e Enfermagem que sofreram um aumento de 24,7%, 68,5% e 99,1% respectivamente (Pierantoni et.al, 2003), lançando um grande número de trabalhadores no mercado, mas sem a qualificação desejada e requerida no SUS. O número de empregos na saúde também aumenta, ao contrário de outras áreas, pois a incorporação tecnológica no âmbito da saúde não substitui o trabalhador. Isto requer um ajuste entre vagas de emprego X vagas na formação, acompanhado de ações que aproximem e atraiam profissionais para o maior empregador do sistema que é o município. A Formação nesse sentido tem se mostrado frágil, pois desenvolve programas de curso apartados das realidades municipais.

Do total de municípios (5.564) 71% (3.953) são de pequeno porte, ou seja, de até 20.000 mil habitantes, além de demandas de saúde diferenciadas estão desabastecidos

profissionalmente ou enfrentando a rotatividade profissional ou o que ainda é pior precarizando vínculos para garantir a assistência.

Vale analisar também que a flexibilização com precarização dos vínculos, acomete aos grandes municípios, estados e ministério – segundo resultado de pesquisa¹, do total de empregos (2,5 milhões), 30% (750.000) no SUS são contratos precários de trabalho; e aí vão outros ingredientes, baixos salários e condições de trabalho, violência urbana, limites de despesas com RH impostos pela legislação vigente, etc.

Entender como isso tudo se deu no Estado brasileiro e se a flexibilização com a precarização dos vínculos foi a forma de enfrentar estas questões como o SGTES vem tratando esse evento na gestão do trabalho e na educação em saúde.

Uma vez que o foco é analisar as propostas de ação e diretrizes políticas que convirjam com a desprecarização dos vínculos de trabalho dos enfermeiros no ESF, consideramos verificar quais os limites e possibilidades dessas diretrizes políticas prioritárias do Ministério da Saúde na Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde, como nosso **objetivo geral**.

A **hipótese** é de que apesar da abrangência e esforços gerados na implantação das ações e políticas do SGTES elas são obstaculizadas diante da fragilidade dos vínculos de trabalho existentes hoje, principalmente na ESF para os enfermeiros. Mesmo compreendendo a história de nosso país em que flexibilizar as relações de trabalho foi correlacionada ao componente indutor de Estado mínimo e que isso gerou no serviço público a minimização da força de trabalho e o esvaziamento do seu potencial isso por si só nos remete a algumas análises e reflexões.

Como medida de abordagem ao objeto desse estudo definimos os seguintes **objetivos específicos**: 1 - Analisar a Agenda Positiva das áreas de Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde – SGTES, junto ao seus dois departamentos DEGERTS e DEGES do Ministério da Saúde; 2 - Analisar a flexibilização dos vínculos de trabalho no Brasil na área da saúde em seu contexto histórico; 3 - Relacionar as políticas de gestão do trabalho e da educação em saúde com o enfrentamento da flexibilização dos vínculos de trabalho dos enfermeiros do ESF.

1. Isabella Koster – “A Gestão do Trabalho e o Contexto da Flexibilização no Sistema Único de Saúde. ESNP/Fiocruz. pág.X. 2008

Capítulo 2. Aspectos Metodológicos

Para que pudéssemos atingir os objetivos propostos e construir uma discussão a cerca das políticas de recursos humanos e a flexibilização com precarização dos vínculos para os enfermeiros no ESF, foram feitas abordagens analíticas e descritivas de natureza quanti-qualitativa.

O primeiro passo metodológico para atingir aos objetivos do estudo foi a revisão bibliográfica da literatura e esmiuçar o arcabouço político em que estamos inseridos buscando o histórico brasileiro até o momento a respeito da flexibilização e da Reforma do Estado, afinal a consolidação do SUS se construiu no leito das transformações do estado e suas implementações políticas, para tanto, seguir-se-á seus referenciais. Além de reconhecer análises sobre essas reformas e suas implicações no modelo de gestão nacional e principalmente na área da saúde do estado brasileiro.

O processo de Regulação da força de trabalho e o Mercado de Trabalho em saúde também foram relevantes na construção dos nexos do estudo, bem como a descrição das políticas e ações da área de Gestão do Trabalho e da Educação em saúde e caracterização da categoria profissional Enfermeiro. Os dados quantitativos foram extraídos de duas pesquisas, uma que levantou o perfil dos médicos e enfermeiros do PSF em 1999 - NERHUS-DAPS-ENSP/FIOCRUZ /*Perfil dos Médicos e Enfermeiros do Programa Saúde da Família: relatório final. V.1 – Brasil e Grandes Regiões. MS/2000*; e a outra que levantou sinais de precarização na equipe do PSF nos municípios, realizada pela REDE OBSERVATORIO DE RECURSOS HUMANOS EM SAÚDE DO NESCON – FM – UFMG (EPSM – NESCON) chamada “*Agentes Institucionais e modalidades de contratação de pessoal no Programa de Saúde da Família no Brasil*” – 2001. A consolidação dos dados exclusivos dos enfermeiros se constituiu, portanto de um segundo momento na pesquisa e com estes dados pretende-se construir a correlação com as diretrizes e ações prioritárias do MS que se mostrem convergentes.

Segundo Minayo, o conhecimento é construído a partir de outros conhecimentos sobre os quais se exercita a apreensão, a crítica e a dúvida:

“O conhecimento se faz a custo de muitas tentativas e da incidência de muitos feixes de luz, multiplicando os pontos de vista diferentes. A incidência de um único feixe de luz não é o suficiente para iluminar um objeto. O resultado dessa experiência só pode ser incompleto e imperfeito, dependendo da perspectiva em que a luz é irradiada e da sua intensidade. A incidência a partir de outros pontos de vista e de outras intensidades luminosas vai dando formas mais definidas ao objeto e vai construindo um objeto que lhe é próprio. A utilização de outras fontes luminosas poderá formar um objeto inteiramente diverso, ou indicar dimensão inteiramente novas ao objeto” (Limoeiro Cardoso: 1978, 27s – apud Minayo).

A análise abrangeu o período da constituição da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde, com seus dois departamentos no Ministério da Saúde. Buscamos também confrontar *o que era*, antes da constituição da SGTES, com *o que foi implementado* e o que *resultou* para o enfermeiro na ESF na vinculação no processo de trabalho.

Foram utilizados como fonte documental para estudo, relatórios de pesquisa, documentos e sites oficiais, portarias, políticas e diretrizes do Ministério da Saúde e instâncias de gestão como CONASS e CONASEMS principalmente as produções ligadas à área de recursos humanos.

A respeito das questões da ética em pesquisa científicas foram respeitados os protocolos legais e o projeto depois de aprovado em Banca de Qualificação foi apreciado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca – ENSP/FIOCRUZ em julho de 2009 sendo o mesmo aprovado sob o número????.

Capítulo 3. Considerações Teóricas

3.1. Considerações Gerais da regulação do trabalho nas sociedades capitalistas

Nos países de industrialização originária, os contratos de trabalho eram, nos primórdios do capitalismo, regulados pelo mercado. A empresa ditava as regras para empregar e ao trabalhador cabia somente aceitar, como uma venda individual do trabalho. Essa condição era imposta pela necessidade de venda da força de trabalho em troca da remuneração que dava acesso ao trabalhador ao consumo de bens e serviços uma vez que ele não era proprietário dos meios de produção. (Dedecca, 2006)

Essa subordinação do trabalho às empresas se consolida na Segunda Revolução Industrial com a transformação do progresso técnico em propriedade capitalista e ao expropriar do trabalhador a autonomia em controlar as condições técnicas e organizacionais do processo produtivo. Marx (1974) fala da subsunção formal do trabalho ao capital inerente ao regime capitalista no uso e controle da força de trabalho (Dedecca, 2006), dado que esta não é proprietária dos meios de produção.

A partir do momento que entramos na Segunda Revolução Industrial, que impõe uma demanda crescente de institucionalização do contrato de trabalho (mudanças técnicas e organizacionais), rompe-se com a lógica do contrato individual. O processo de trabalho deixa de ser controlado nas delimitações da fábrica e ganha dimensões extramuros com diversidade de funções e atribuições dos trabalhadores e de seus administradores.

Se antes as empresas mantinham um contrato de trabalho individualizado e não padronizado, cabendo aos trabalhadores apenas se submeterem às condições estabelecidas pelo empregador para evitar o desemprego, com as mudanças técnicas e organizacionais provocadas pela Segunda Revolução Industrial isso se modificou. A administração simples da produção do trabalho realizada pelas empresas passou a ser uma administração científica da produção e estabeleceram-se métodos gerenciais para organizar o trabalho e as atividades. Os contratos de trabalho assumiram então um formato padrão respeitando as diferenças dos segmentos do trabalho e com adoção de regras e normas no tempo.

O Estado que esteve ausente até esse momento entra em cena, pois sua legitimidade política é considerada relevante. (Dedecca, 2006). O que se quer nesse momento é garantir às empresas o controle do processo de trabalho, mesmo que para isso elas tenham que perder a flexibilização da contratação. Mesmo com a intervenção pública do Estado este delega às empresas a definição do contrato de trabalho e aí se confere ao capital uma maior flexibilidade. (Dedecca, 2006)

A recorrência do desemprego e a concorrência entre os trabalhadores para sobreviver no mundo do trabalho escasso fragiliza a força de trabalho e reforça a desigualdade social no capitalismo.

No século XX, a partir da organização de sindicatos e seu progressivo fortalecimento, os trabalhadores reivindicam remuneração mínima, redução da jornada de trabalho, proibição do trabalho infantil, busca da construção de instituições de representação própria e ainda demandam acesso a saúde, educação, previdência e seguro desemprego preferindo a mudança da regulação do contrato de trabalho do espaço da empresa para o público, democratizando o Estado. Isso diminuiria a assimetria entre capital e trabalho e as instituições públicas passariam a reguladores e de representação crescente.

Até a Segunda Grande Guerra esse processo de estabelecimento de políticas sociais, gestão estatal do contrato de trabalho e negociação coletiva foi lento, ganhando velocidade nos anos 50 e 60 com o crescimento acelerado do capitalismo e o fortalecimento dos sindicatos e partidos políticos de esquerda, fazendo as empresas voltar suas atenções para o processo de produção. (PENROSE, apud Dedecca, 2006).

Na segunda metade dos anos 60 a regulação pública se fortalece. O movimento de 68 exige uma regulação pública mais do que do contrato de trabalho, mas igualmente da gestão interna e cotidiana do trabalho. Houve ainda contestação da burocratização dos sindicatos e a necessidade de sua descentralização. Estas demandas assustaram as empresas que viram nessas ações a possibilidade de socialização da propriedade capitalista.

No pós-guerra houve crescimento econômico, fruto de políticas keynesianas que implicaram em uma forte intervenção do Estado na economia e na provisão de políticas sociais, mediante o estabelecimento dos Estados de Bem Estar. Passado o período de aparente tranquilidade entre capital e trabalho, ocorrem mudanças monetárias

americanas (1971), o choque do petróleo (1973), alterando o cenário de crescimento das empresas (MARGLIN & SHOR, 1990; GORDON, 1996 apud Dedecca, 2006) e ampliando a tensão entre empresas e sindicatos. Apesar da elevação de impostos e de salários que tenderiam a diminuir o lucro líquido por unidade produzida isso era compensado pelo aumento das escalas de produção, sustentando a rentabilidade global das empresas. Mas em 1973 os custos de produção, que diminuían em décadas anteriores, reverteram essa tendência e desaceleraram os aumentos de escala, podendo estar ligado à pronunciada elevação do custo do petróleo. Mesmo repassando para os preços os custos de produção ocorre queda do lucro total e da taxa de lucro. Reverter essa situação implicava em reordenar as relações de produção com outras formas de capital, consigo mesmo, com o estado e com os trabalhadores. (DEDECCA, 2006)

Este cenário impõe às empresas reverem os custos decorrentes dessa regulação do contrato de trabalho, da qual decorria uma importante parte dos impostos (principalmente as contribuições sociais sobre folha de salário), sendo necessário ajustarem custos diretos e indiretos do trabalho às novas condições da produção. Essas ações dependiam de acordos coletivos, alterações de políticas sociais e de proteção ao trabalho. Isso re-introduz a *flexibilização* das relações de trabalho com o objetivo de recompor o *poder das empresas* sobre as condições de contratação e organização do trabalho para o processo produtivo. (DEDECCA, 2006).

A modernização tecnológica foi a primeira estratégia das empresas na flexibilização do contrato de trabalho, pois desativa plantas e reduz, em grande parte dos casos, a necessidade de força de trabalho. A tese do fim do trabalho nas sociedades capitalistas desenvolvidas nasce dessa estratégia que traz o desemprego tecnológico e a desqualificação do trabalho pela via da modernização produtiva. O Estado, com o aumento do custo da proteção social, discute a flexibilização da sua regulação.

Os Estados Nacionais no início dos anos 80 implementam modificações nas políticas de proteção ao trabalho e as negociações coletivas introduzem mudanças no contrato de trabalho. Juntas essas duas ações concretizam a flexibilização das formas de contratação dos trabalhadores e a decorrente redução dos direitos já existentes.

Dentre as mudanças na regulação pública nos países desenvolvidos constam: a redução do tempo do seguro desemprego e a introdução de maiores exigências nas condições de

acesso e manutenção do benefício, a desvinculação entre as demissões e as faltas cometidas pelo trabalhador, a desvalorização do salário mínimo, a flexibilização salarial e de jornada de trabalho, a flexibilização das estruturas ocupacionais.

No Brasil, com sua industrialização tardia, se cumpre de forma parcial esta trajetória do desenvolvimento capitalista, mas com características específicas. Enquanto a Europa e os EUA superavam a regulação despótica² o Brasil iniciava a construção do seu mercado de trabalho, pondo fim ao trabalho escravo. (DEDECCA, 2006)

O mercado de trabalho brasileiro tem a marca da assimetria capital e trabalho, notavelmente no setor agrícola. Só no século XX desenvolve outros setores não agrícolas, começa então a urbanização principalmente no sudeste do país. Organiza-se o movimento operário com influências anarquistas.

A regulação pública sobre os contratos de trabalho era incipiente e não cobria todo mercado de trabalho. Os períodos de 1930-45 foram marcados por um governo autoritário (Governo Vargas) que alavancou o processo de industrialização, uma crescente urbanização, diversificação dos setores de serviços e ampliação das funções do Estado. Nesse governo também se instituem os instrumentos de regulação do contrato de trabalho com a Consolidação das Leis Trabalhistas – CLT (1942), bem como o salário mínimo, criado em 1940. (DEDECCA, 2006)

Nesse governo autoritário, contraditoriamente, as ações do Estado buscavam minimizar as assimetrias entre capital e trabalho. No âmbito dessa contradição, ocorre que a CLT era restrita aos trabalhadores urbanos e enquadrava a estrutura sindical em subordinação ao Estado, tanto nas funções como no funcionamento. Essa característica limitou a ação sindical impedindo a regulação de fato do contrato de trabalho, dando à regulação pública um aspecto meramente formal.

Ao término do governo Vargas o país passa por período de democratização e transformações econômicas e sociais expressivas durante a década de 50 e nessa época 50% da população economicamente ativa era urbana.

² Dedecca referência Burawoy que classifica de regulação “Despótica” pela dependência do trabalho ao capital, o contrato de trabalho no domínio das empresas. E de regulação “Hegemônica” os contrato de trabalho que são reguladas pelo Estado e sindicatos (restringindo a autonomia das empresas).

A industrialização reorganizou a estrutura organizacional brasileira e reduziu a importância da ocupação agrícola em favor do setor industrial. Nessa perspectiva houve ampliação e diversificação das ocupações privadas e públicas no setor de serviços.

Este cenário favoreceu a uma melhor organização social e sindical, inclusive a pressão para democratização da regulação dos contratos de trabalho e ampliação do sistema previdenciário e social. Essas transformações fariam, segundo Dedecca (2006), a regulação passar de despótica para hegemônica, refletindo a experiência dos países desenvolvidos.

Mas o golpe de 1964 reintroduziu o regime despótico de regulação e a natureza formal do contrato de trabalho e a assimetria capital-trabalho se manteve. A resposta a isso se traduz em uma economia que crescia, mas que não distribuiu renda; ao contrário: aumentou a conformação da pobreza num contexto de prosperidade nacional.

As demissões sem justa causa foram respaldadas pelo governo, só exigindo a compensação financeira ao trabalhador. Isso provocou uma grande rotatividade da força de trabalho e propiciou uma contenção salarial nos anos 70.

Chegados os anos 80, o país se democratizou pelo fim dos governos militares, mas entrou em desaceleração econômica com inflação e desemprego descontrolados adiando a regulação pública e as negociações coletivas do contrato de trabalho. Os sindicatos recuaram frente à necessidade de preservar os empregos e salários. (DEDECCA, 2006)

Apesar dessas adversidades, em 1988 aprovou-se a Constituição Federal fortalecendo a possibilidade da regulação do trabalho e da legitimação do movimento sindical, mas pouco mudou, tendo em vista a subsunção das políticas sociais ao ajuste macroeconômico nos anos noventa (UGÁ, 1997).

Os primeiros governos eleitos (1989) usaram estratégias básicas de liberação comercial e externa, impondo um ajuste acentuado da estrutura produtiva afetando negativamente o mercado de trabalho nacional. Na indústria os empregos reduziram-se à metade, como resultado do liberalismo dos anos 90, que introduziu uma abertura desregulada ao mercado externo. O desemprego triplicou em duas décadas e os contratos informais de

trabalho se tornaram uma constante e foram acompanhados de uma importante desvalorização salarial.

As grandes empresas internacionais fizeram pressão a favor da flexibilização das relações entre capital e trabalho, aproveitando o processo de liberalização econômica para integrar nossas plantas aos seus sistemas de produção globalizados. Aproveitaram ainda do auge do desemprego para “negociar” a remuneração por resultados (Participação em Lucros e Resultados/PLR), jornada de trabalho flexível (Banco de horas), enxugamento de cargos e salários (redução) e trabalho aos domingos. Isso foi aceito pelos sindicatos diante da possibilidade de desemprego, mesmo sabendo que feria as leis trabalhistas vigentes no país. (DEDECCA, 2006)

Nos anos noventa, com a chancela do Estado, flexibilizam-se outros direitos trabalhistas com a implementação dos contratos por tempo parcial ou determinado, a redução das contribuições sociais para empresas de pequeno porte e subsídio público para o emprego dos jovens. A isso se soma o corte na fiscalização dos contratos de trabalho inviabilizando qualquer punição ao não cumprimento legal.

No auge da flexibilização do contrato de trabalho, surge a contratação de serviços prestados por pessoas jurídicas que contratam força de trabalho sem as garantias da CLT. Surge uma nova forma de contrato de trabalho sem os direitos já estabelecidos pela norma pública, na qual os trabalhadores, muitas vezes, são forçados a se apresentar como pessoas jurídicas (mediante a abertura de firmas fictícias) e perdem totalmente seus direitos trabalhistas.

Quais os limites e aplicabilidades da flexibilização que são adotadas hoje a fim de garantir o atendimento integral à saúde da população é o que precisamos definir. Em geral, quando se refere às terceirizações o fundamento se volta ao contrato de serviços, estando os mesmos como sinônimos. Nesse caso a instituição pública transfere suas tarefas e com uma remuneração específica. Este processo tem certa tradição no serviço público de saúde, onde principalmente hospitais privados são contratados, utilizando seus recursos físicos e humanos para prestar os serviços à clientela vinculada ao SUS – ao o que Nogueira (1999) denomina de *terceirização externa*. O que temos de novo na reforma *informal* é que se tem contratado no serviço público (uma cooperativa ou outra empresa não-lucrativa) uma prestação de serviço com parte de seus próprios recursos

materiais e humanos, originando uma *terceirização interna*, segundo Nogueira (1999). Podemos incluir nessa análise as OS, pois os funcionários inicialmente são de uma estatal que é posta em condição de extinção, os bens imóveis são postos em comodato e o instrumento de vinculação é um Contrato de Gestão. O que vale a pena refletir é como essa modalidade de *terceirização interna* ou relação contratual interna ao sistema público se dá. Por ser uma relação de compra de serviços, pressupõe um processo de licitação, mas o que assistimos é um arranjo interno com negociações entre gestores e uma parcela de funcionários tirando a legalidade e impessoalidade desse processo (Nogueira-1999:74), e isso também seria passível de monitoramento.

A partir de 2003 o novo governo procura se contrapor a esse processo da flexibilização, apesar de não ter apoio político irrestrito nesse sentido. O governo então retoma a fiscalização sobre os contratos de trabalho. Coíbe abusos na PLR e no Banco de horas, adota uma política de valorização do salário mínimo, prepara uma reforma sindical com o intuito de fortalecer a organização dos trabalhadores e a negociação coletiva. Por fim adotou a agenda da OIT para o trabalho decente e a restrição ao trabalho nos fins de semana. (DEDECCA, 2006)

É importante ressaltar que esse governo apresenta a desvinculação entre *DESEMPREGO e REGULAÇÃO DO MERCADO DE TRABALHO*, reconhecendo a *geração de empregos* na dependência do *crescimento econômico* e recusando, portanto uma reforma trabalhista. *O lado perverso disso é que a política econômica tem características conservadoras e subordina as políticas de desenvolvimento, sociais e de trabalho às determinações fiscais e monetárias o que estreita as mesmas aos limites que a política econômica autoriza.* (DEDECCA, 2006:11).

Com isto esse governo ainda não conseguiu organizar nem dar funcionalidade ao mercado de trabalho, pois suas ações se fizeram pontuais. A economia se recupera, muito por conta das exportações e pelas grandes empresas, os contratos de trabalho formal se expandem, o que leva a reduzir informalidades trabalhistas. Porém há limites nessa expansão o que impede um impacto mais efetivo nos índices de desemprego. (DEDECCA, 2006)

Vale dizer que a exacerbação da flexibilidade dos contratos de trabalho nos anos 90 se perpetua neste novo milênio, apesar de o governo demonstrar o intento em resolvê-la.

No mercado da área da saúde isso não se descaracterizou: dos 2,5 milhões de empregos existentes hoje, 30% estão enquadrados na precarização dos vínculos de trabalho. Sabemos que a maior precarização ocorre nos municípios, por serem os maiores empregadores e pela gestão da Estratégia de Saúde da Família. Esta estratégia, que nasceu como um programa apresenta especificidades como à carga horária de 40 horas de trabalho que tem dificultado a permanência de profissionais, principalmente os médicos. Ainda podemos citar como um dos elementos de não fixação as disparidades entre salários e condições de trabalho oferecido pelos municípios. Mas é claro que esses não serão os únicos aspectos determinantes da precarização e da rotatividade da força de trabalho no SUS.

3.2. A Reforma do Estado e o Mercado de Trabalho em Saúde

O Decreto - Lei nº. 200 de 25/02/1967 estabeleceu diretrizes para a Reforma Administrativa do Estado, esse é mais um movimento na direção de um Estado menos burocrático para um modelo gerencial, perspectiva já iniciada em 64, mas que se consolida com a edição desse Decreto. (PEREIRA, 2001). As motivações desse caminho foram a necessidade de atender as demandas da política econômica em vigência, e o diagnóstico de uma burocracia hipertrofiada, morosa e ineficaz. (FARIA, 2007).

Segundo Nogueira (CADRHU – 1999:65), em “... Quem é que faz a reforma do Estado?...” sua resposta é que a mesma se dá em nome do cidadão comum, contribuinte ou cidadão-cliente que funcionam como uma força externa. Uma vez que são os cidadãos que reivindicam a diminuição da burocracia, agilidade e eficácia na prestação de serviços públicos. O governo e seus dirigentes eleitos por estes cidadãos gerem as instituições públicas e tomam a iniciativa de reformar o Estado, procurando mudar as formas de operar o mesmo. Pautando-se no que se pode chamar de “envelhecimento” das operações realizadas pelo Estado, justificam a necessidade de modernização para atender as demandas da sociedade por novas tarefas e funções do Estado.

Nogueira fala de uma pretensa externalidade dos dirigentes reformistas, funcionando como uma força externa ao Estado, pois são representantes eleitos e/ou os gestores, escolhidos para gerir, esquecendo em muitas vezes que também fazem parte da mesma engrenagem. Estes são movidos não só por seus conhecimentos e expertises, mas por

crenças produzidas em doutrinas de voga internacional. Fala-nos ainda Nogueira da tradição brasileira em moldar suas concepções, no começo do século no liberalismo francês, nos anos 30 e 40, no corporativismo-estatal italiano e nos anos 60 e 70 no desenvolvimentismo cepalino.

O Consenso de Washington e suas formulações de políticas econômicas e sociais é a prova disso, seus propósitos eram o controle da inflação (estabilização monetária da economia) e controle dos gastos governamentais (diminuição do déficit público). O exercício dessas diretrizes está, segundo Pereira (2001), diretamente ligado ao desempenho e inteligência do governo reformista. Uma administração pública eficiente é aquela que, estrategicamente reduz a lacuna que separa a demanda social e a satisfação dessa demanda.

A crise dos anos 80 foi tratada com políticas de ajuste fiscal e reformas orientadas para o mercado colocadas pelo Fundo Monetário Internacional e o Banco Mundial como condicionantes à obtenção de crédito, consubstanciadas no famoso “Consenso de Washington”. Essa crise atravessa o início dos anos 90, o ajuste fiscal ainda é um objetivo estruturante e principal, mas a ênfase se desloca para a reforma do Estado – ou melhor, a reforma administrativa. A premissa neoliberal que se escondeu no ideal de um Estado mínimo, se provou equivocada. Os países endividados buscaram seus ajustes estruturais, mas não retomaram o crescimento. Ajustes fiscais, liberalização do comércio, privatização e desregulamentação, resolveram os aspectos agudos da crise, mas não os fizeram crescer, mesmo aumentando sua credibilidade e com taxas de juros diminuídas. Um Estado que apenas garante o direito de propriedade e que deixa o mercado coordenar a economia não tem legitimidade política, os cidadãos querem mais do que funções de educação, atenção à saúde e políticas sociais compensatórias. O Estado é estratégico no capitalismo contemporâneo, com suas políticas públicas. (NOGUEIRA, 1999 e PEREIRA, 2001 e TORRES, 2004).

Se o Estado foi apontado como um dos principais elementos da crise nos anos oitenta, a solução não está em sua minimização e sim em sua reconstrução, ou reforma. Como fazê-lo é uma questão central em um mundo globalizado. O receituário do Consenso de

Washington e que sustentou as políticas de supremacia de uma agenda pró-mercado e do Estado mínimo, deixou de ser consenso³.

Entre os críticos desse consenso está Joseph Stiglitz, economista ex-chefe do Banco Mundial, que fala da debilidade das estratégias econômicas colocadas no paradigma neoliberal. Segundo esse autor, o referido Consenso, nasceu equivocado. Há três pontos principais para sua crítica: o primeiro diz respeito à desconsideração da equidade para o desenvolvimento, o segundo ponto refere-se à relevância do emprego, pois promove igualdade e empodera às pessoas (ele também foi ignorado) e o terceiro ponto é o papel estratégico do Estado, que foi subestimado e aí o consenso que nasceu como solução não demonstrou condições necessárias/suficientes para o sucesso do desenvolvimento⁴.

O governo Collor adotou as diretrizes do Consenso de Washington e suas teses anti-estatistas, tentando reduzir o Estado a sua mínima expressão. Posteriormente, o Plano Diretor da Reforma do Estado (1995), no governo de Fernando Henrique Cardoso (1995-2002), desendossa (pelo menos nas letras do Documento) a idéia de “quanto menos Estado, melhor para todos”, mas assume um compromisso de um Estado Regulador (agências executivas) e a definição de “serviços exclusivos de Estado” (NOGUEIRA, 1999). Aqui a proposta básica é efetivar a mudança de uma administração pública de burocrática para gerencial.

O então ministro, Bresser Pereira, escolhido pelo presidente FHC para operar o ministério da Administração Federal e Reforma do Estado, incluiu a reforma administrativa entre as reformas definidas como prioritárias pelo governo. Compõem este elenco a reforma fiscal, a reforma da previdência social e a eliminação dos monopólios estatais; a estas se juntou a flexibilização da estabilidade dos servidores públicos, que em sua análise tornava a administração moderna, eficiente e compatível com o capitalismo competitivo, e isso ainda aproximaria os mercados público e privado.

É importante ressaltar que quanto à reforma administrativa há variações entre os três poderes, entre os três níveis de governo e entre os vários entes que compõem um mesmo

³ Eli Diniz (FGV-2007)

⁴ Revista *Desafios* do Desenvolvimento- IPEA/PNUD – entrevista - Joseph Stiglitz - ed.14 de 01/09/05.

nível federativo. Por exemplo, quanto ao processo de modernização da máquina pública com a informatização (governo eletrônico) há situações disparees entre estados e entre municípios. Há uma imensa variedade de estágios de desenvolvimento e modernização de burocracias entre os municípios. Isso reforça as desigualdades regionais da Federação brasileira, condenando os estados e municípios mais distantes e atrasados, em situação periférica no processo de modernização do Estado brasileiro. Ainda, em um mesmo nível federativo, há secretarias, ministérios e outros órgãos que estão em estágios diferentes quanto ao desenvolvimento institucional, cultural e mesmo legais na adoção de práticas mais gerenciais de administração pública. Exemplo disso no nível federal é a área econômica, o Banco Central e o Itamarati que abrigam as melhores burocracias da esplanada. A explicação esta na necessidade de menor interferência política, ou seja, maior independência institucional, existência de carreiras estabelecidas há mais tempo, melhor remuneração, cultura organizacional mais profissional etc.(TORRES, 2004).

Não por acaso o ente federal é quem tem a maior postura modernizante, o que impulsiona uma nova gestão pública no Brasil. O que o qualifica como indutor de políticas públicas de maneira quase que exclusiva.

Os avanços no governo eletrônico, políticas de recursos humanos e melhorias na infraestrutura da administração pública têm sido iniciativas da União. Isso nos difere dos Estados Unidos cujas experiências inovadoras partem dos condados e municípios. Tradicionalmente o governo federal impulsiona estados e municípios, o que pode ser explicado pela natureza do pacto federativo brasileiro. (TORRES, 2004).

As máquinas administrativas subnacionais vêm sofrendo um acelerado sucateamento, desmotivação e desaparelhamento provocado pela crise financeira. Uma crise que se pauta na recente transferência de arrecadação para a União e no custo com folha de pagamento que vai para além do permitido pela Lei de Responsabilidade Fiscal – LRF, entre outros, dificultando inclusive o pagamento dos servidores públicos. Estados e municípios, diante de questões emergências como o equacionamento do déficit orçamentário para o pagamento de servidores e despesas administrativas, deslocam sua prioridade daquela de empreender políticas modernizantes e gerenciais na administração pública.

E os recursos Humanos? Como foram tratados no âmbito dessas propostas de reforma? Os funcionários públicos, nessa conjuntura não são tratados como instituintes e constituintes dessas reformas, chegando muitas das vezes a serem tratados como adversários em potencial, moldados em um “Estado velho”. O que se apregoa é o excesso de quadros – “inchaço da máquina” relacionando este dado ao fato de se necessitar conter os gastos com pessoal e reequilibrar os gastos públicos para uma efetiva estabilização. A crítica feita pelos atores, contra os extremismos “neoliberais” numa análise de consenso pós-Washington se revela no entendimento de que uma política econômica eficiente e de bom desempenho, se dá pela existência de cultura institucional que ordene permanentemente os padrões de qualidade, apóie os agentes econômicos e cobre os resultados em benefício do público consumidor. (NOGUEIRA, 2001)

O mercado de trabalho em saúde tem suas especificidades, segundo Katz e Miranda (1994:8 - apud Vieira, A. L. S -1998:22) dizem ser o mercado de trabalho em saúde dinâmico e determinado pelo mercado de serviços de saúde. Sua operacionalização implica em utilização de fatores produtivos, como equipamentos e instrumental, insumos, fármacos e serviços de hospitalização, que constituem por sua vez outros mercados e que também são interdependentes. Nogueira (1987:15) afirma que a incorporação tecnológica e suas inovações não implicam, no caso da saúde, em dispensa de serviços e de força de trabalho. Ao contrário esta incorporação adiciona novos serviços e exige pessoal qualificado para operacionalização, aumenta a produtividade e na maioria das vezes com o mesmo quantitativo de trabalhadores.

O mercado de trabalho em saúde esta inserido no setor terciário e tem interdependência com o mercado de trabalho em geral, e sendo assim depende também da política econômica e das políticas de emprego adotadas pelo país. Em primeira análise o mercado de trabalho em saúde e seu modelo de organização dependem das políticas sociais, do papel do Estado e sua concepção ideológica sobre as políticas de corte social. (Vieira-1998:23)

O complexo processo de trabalho em saúde se aproxima daquele da produção industrial. Suas áreas e focos são diferentes, mas ao entender as confluências e especificidades destas áreas entendemos como a reestruturação produtiva, o processo de incorporação

tecnológica e as transformações humanas, resultados dessa inter-relação interferem nas mudanças do mundo do trabalho em que ambos os setores são muito tencionados. (Brasil, 2007c: 20).

Ao situar-se no setor terciário, o trabalho em serviços de saúde compõe a divisão social do trabalho na economia capitalista, e este ligado ao objetivo de consumo individual e coletivo. Como outros serviços, a produção no campo da saúde neste século sofreu as transformações do modo de produção capitalista, levando a coletivização (cooperação), à crescente absorção de tecnologia e maquinário, e ao assalariamento. As influências preponderantes do Estado e do capital nas relações laborais na saúde são iguais as influências no mercado geral, isto é, na relação de compra e venda da força de trabalho entre trabalhador e empregador na formalização dessa relação via contrato ou acordo (ANSEMI, 1993:2-3).

Neste setor ainda pela incorporação tecnológica aumenta-se o custo na assistência, a complexificação e segmentação na formação dos recursos humanos em saúde além da criação de novas categorias de trabalho, profissionais e especialidades. Os setores primários e secundários da economia, com a introdução de tecnologia, dispensam força de trabalho sem qualificação formal e perdem a capacidade de gerar empregos. (SAYD, VIEIRA JR e VELANDIA, 1998:167).

Entretanto, o setor saúde tem uma capacidade de oferta de postos de trabalho superior aos outros campos. Os estudos de Machado e Oliveira (2006) nos dão conta de que em 2003 o número de empregos em saúde foi na ordem de dois milhões no Brasil. A esse mercado são somados anualmente 40.000 novos profissionais (médicos, enfermeiros, odontólogos, nutricionistas, farmacêuticos e fisioterapeutas). Em 2005 o número de empregos apresentou aumento para 2.566.694, destes 56,4% no serviço público e 46,6% no serviço privado (Brasil, 2007) o que ainda demonstra a superioridade da absorção do setor público para a saúde em termos de emprego. Estes números nos revelam o quantitativo de empregos formais no setor saúde: eles representam 11% do total de empregos formais no Brasil, com estimativa de expansão de 765 mil novos empregos entre os anos de 2008 e 2010. (KOSTER, 2008).

Uma conseqüência do processo de reforma do Estado foi a proliferação de vínculos de trabalho precário. A Constituição de 1988 determinou o modelo estatutário como única

forma de se vincular ao serviço público, e extinguiu a vinculação celetista vigente em vários setores do governo. Segundo Nogueira, essa ação buscava maior igualdade nas condições de vínculo e remuneração do trabalho. Vale dizer que esses eram anseios dos trabalhadores, reivindicados pelas organizações de funcionários. Os estados e municípios seguiram esse influxo da relação estatutária nos seus serviços.

No entanto o que se viu na década de 90, na evolução das políticas públicas foi o oposto, ou seja, o surgimento de uma multiplicidade de vínculos. O modelo estatutário não foi descartado, mas reescrito. As reformas estruturais do Estado não reforçaram o modelo constitucional, apontando para construção de um Estado regulador e não necessariamente prestador. Essa premissa acabou por se incorporar no Plano de Reforma de 1995.

Para este estudo importa dizer que na classificação de funções “não exclusivas do Estado” encontram-se a saúde e a educação. No paradigma de um modelo Gerencial de administração pública no Estado, requer-se contratualizações de diversos agentes que operarão as suas políticas. Orientar para maior flexibilização se confunde com maior controle de gastos diretos e indiretos com pessoal. O regime celetista de vincular ao trabalho, no governo federal, é considerado mais flexível e de menor ônus para previdência pública (por poder-se remeter ao regime de previdência social para efeitos de aposentadoria), surge então o “emprego público”. Além do CLT, outras formas são vislumbradas para dar maior eficiência à máquina administrativa, como o contrato direto e de subcontratação, contrato de gestão (intrapúblico) e a terceirização de serviços finalísticos (com entidade privadas) (NOGUEIRA, 1999).

Os gestores do SUS no processo de descentralização adotam as formas contratualistas apontadas. A autonomia de gestão dada pela “gestão Plena do Sistema” se confronta com a rigidez prescrita no modelo constitucional (estatutário). O sistema exige agilidade na incorporação de pessoal para atender a programas prioritários e expansão de serviços. A solução acaba sendo algum tipo de terceirização, com entidades privadas - empresas, ONG ou cooperativas. (NOGUEIRA, 1999).

Nogueira, (1999) ainda nos aponta a questão de que os gestores do SUS, constrangidos por uma condição em que política econômica reforça as amarras da administração pública e esta inibe a ação política, lançam mão de sua criatividade para dar

continuidade à execução da política de saúde e seus programas estratégicos. Para tanto vêm produzindo diferentes formas de flexibilização que escapam às regras e conceitos do Plano Diretor do governo federal. Justificam-se alegando a busca por arranjos institucionais efetivos que façam funcionar o que antes não funcionava ou ainda melhorar a satisfação dos usuários do sistema de saúde.

Uma vez vedada à melhoria da qualidade pelo aumento da quantidade de trabalhadores, condição imposta pelo rígido controle sobre os concursos públicos, acrescida da proibição constitucional de contratação de pessoal celetista, os gestores do SUS encontram solução pela via das terceirizações. Estas terceirizações que até então se limitavam aos serviços intermediários de limpeza e segurança estendem-se de forma ampla aos serviços finais. Isso caracteriza um crescimento e renovação do quadro de pessoal de forma quase que invisível, pois *escamoteia o fato de ser um gasto com recursos humanos*. (NOGUEIRA, 1999).

Segundo produção realizada pelo CONASS e o Ministério da Saúde, apresentada na coletânea Progestores nº. 5 há diversas formas de vinculação existentes no SUS. Por um lado contratações ditas **diretas**, e utilizadas pelos gestores, que são:

1. Servidor Estatutário - vínculo de trabalho com a administração pública do estado, ingresso por concurso público, um estatuto garante as condições de remuneração, vantagens e condições de previdência cuja adesão se dá no ato de entrada ao serviço. O Regime é o RJU (Regime Jurídico Único).
2. Servidor Celetista – vínculo subordinação às normas da Consolidação das Leis de trabalho (CLT), uma criação feita pela Emenda Constitucional nº. 19/1998, em que fica estabelecido o emprego público/empregado público. É um contrato por prazo indeterminado em funções na administração direta, autarquias e fundações. Não possui estatuto próprio, sendo então regulados por lei específica, como a lei n. 9.962/2000 – disciplina o emprego público na administração federal.
3. Regime Especial/ Contratos Temporários – contratação de servidores por tempo determinado para atender necessidades temporárias de excepcional interesse público, conforme Lei nº. 8.745/1993 que define isso: “Nos termos da Constituição Federal de 1988, art. 37, IX”. Para tanto não necessitando de

concurso, casos previstos em calamidades públicas, epidemia, vacinação em massa, etc. Essa modalidade prevê que os “servidores” serão regidos pela CLT e o Regime Geral da Previdência Social.

4. Regime Especial/Cargos Comissionados – ocupação de cargo de livre nomeação não caracterizando servidores efetivos e sim exercício do mesmo.

E por outro lado, as formas de contratações ditas **Indiretas**, e também utilizadas pelos gestores do SUS, que são:

1. Terceirização – a) mão-de-obra/força de trabalho intermediada (terceirizada) e administrada por agente externo, enquanto que o processo de trabalho p.p dito permanece no âmbito do contratante (rede do SUS); - b) serviços terceirizados envolvendo um contrato de gestão/força de trabalho terceirizada, de completo comando do contratado, que executa um conjunto de serviços discriminados pelo o contratante em unidades assistenciais também por estes cedidas.
2. Cooperativas – Dois tipos existentes: 1) as que apenas fornecem o trabalho na prestação de serviços de saúde. Estas estão na mira do Ministério Público, pois consideram uma burla nos direitos dos trabalhadores; 2) as fornecedoras de força de trabalho e gestão de uma ou mais unidade de saúde da rede SUS (cooperativas gerenciadoras). Estas são evitadas pelos gestores, pois interferem gravemente em sua governabilidade no sistema.
3. Organizações Sociais (OS) – no governo federal, obedecem ao disposto na lei nº. 9.637/1998, e nas mudanças legais contidas no Plano de Reforma Administrativas do Estado de 1995. Embora a figura jurídica não seja nova, ela é considerada uma inovação institucional, seu marco legal é a forma de associações civis sem fins lucrativos. Na Administração Pública as pessoas jurídicas de direito privado têm sua habilitação por meio de decreto, como Organização Social (OS), o que é uma novidade. Inova a gestão pública definindo as OS como entes públicos não-estatais criados para absorver atividades estatais retiradas da administração direta e administrar bens e equipamentos do Estado. Executam atividades de interesse público, mas não de competência exclusiva do Estado, no ensino, na pesquisa científica e no desenvolvimento tecnológico, na proteção e preservação do meio ambiente, na

cultura e na saúde. Os requisitos que devem ser obedecidos dependem da lei que as regulamenta (estado ou município). Uma vez habilitada é construído um **Contrato de Gestão** que estabelecem critérios e objetivos a serem atingidos, na produção dos serviços.

4. Organizações Civis de Interesse Público (Oscips), regulamentadas pela lei nº. 9.790/1999 são organizações não governamentais (ONG), portanto integrantes do Terceiro Setor. Elas se voltam para as atividades de interesse público devidamente reconhecido pelo Ministério da Justiça, que as credencia para celebrar termos de parceria com poder Executivo da União, dos estados e dos municípios. Um dos interesses públicos que podem ser delegados a estas organizações é a promoção gratuita da saúde. Isso lhes permite, nessa parceria, o uso de recursos públicos para suas finalidades e a divisão dos encargos administrativos e de prestação de contas. O instrumento utilizado para estabelecer a parceria com serviço público é o **Termo de Parceria**, alternativa aos convênios para ter mais agilidade e razoabilidade em prestar contas.

Os gestores do SUS têm prestado atenção nesta modalidade, pois abre a possibilidade de **maior flexibilidade para a gestão de recursos humanos**, pois sua regulamentação prevê a disponibilidade de força de trabalho na execução de programas de interesse público.

5. Entidades Filantrópicas e Fundações privadas - O artigo 199 da Constituição federal legitima a parceria dos entes públicos (do SUS) com as entidades privadas e filantrópicas e outras sem fins lucrativos, chamando-as de complementares ao Sistema Único de Saúde. Suas diretrizes são estabelecidas em um contrato de direito público ou convênio com estas entidades. Podem ser delegados todos os serviços de atendimento a pacientes, bem como a terceirização da força de trabalho a favor de programas como o PSF. O título de filantrópica é concedido por apreciação e julgamento do Conselho Nacional de Assistência Social (CNAS), renovável a cada três anos.

A este fenômeno de multiplicidade de possibilidades de vínculos, Nogueira chama *reforma informal* do Estado. Analisa que esta informalidade decorre do contexto amplo

de *desregulação* da ação estatal que faz parte do jogo político-econômico em que os gestores públicos se envolveram e do qual tentam tirar partido. Por isso o autor nos convida a confrontar a reforma *oficial* com essa outra reforma pragmática, que se concretiza na *penumbra*, cuja legitimidade tem se pautado menos pela eficiência e mais pela capacidade de produzir resultados diante das demandas da população frente à falência diagnosticada de muitos hospitais e ambulatórios ainda submetidos *aos moldes clássicos* da administração pública direta.

Nesta análise para melhor compreender as razões da instalação de uma reforma *informal* NOGUEIRA, (1999) nos remete à história da consolidação do SUS. Na administração pública dos anos 60/70 o INAMPS teve que ser desmembrado, para que em seu lugar se assentasse o SUS, com grande alicerce territorial e de gestão descentralizada. Isto deu ao SUS um aspecto democratizante, pois opostamente ao até então promovido pela cultura inapiana, ampliava-se a possibilidade de interferência imediata da população e de seus representantes nas decisões de reorganizar e prover os serviços. Daí poder-se dizer que foram as próprias regras estabelecidas no processo de descentralização (administrativa e financeira) que favoreceram a reforma *informal* do SUS. A regulação nesse sentido fica polêmica, pois uns a acham necessária, uma vez que os arranjos institucionais possíveis ficariam claros; outros dizem que isso fere a diretriz da gestão autônoma.

Existem outras formas de flexibilizar vínculos e que também são desprovidas de base legal, pois abriga mecanismos informais de contratação de pessoal. O [ESF](#), programa prioritário de governo, é um exemplo disso e que se generalizou como modelo e forma de vincular os agentes comunitários de saúde e outros elementos da equipe. As formas encontradas, para vincular, variaram de “bolsa-de-trabalho”, “pagamento por serviço”, “pró-labore” e outras formas de remuneração que por essência são contratos precários de trabalho. (NOGUEIRA,1999)

Aos Agentes Comunitários de Saúde - ACS justifica-se a contratação informal, por se tratar de um trabalhador sem formação específica e que não é funcionário público, exercendo uma atividade estrita o que acaba também justificando uma remuneração abaixo do piso da instituição. Aos outros elementos da equipe, médicos e enfermeiros, acontece o mesmo, mas a informalidade dos contratos se dá fundamentalmente para possibilitar remunerações maiores que as das mesmas categorias funcionais da

instituição (NOGUEIRA, 1999). Nogueira nos revela que uma saída para dar conta dessa questão tem sido as “Cooperativas”, colocando os trabalhadores no lugar de autônomos/com remuneração fixa – classificando então uma terceirização *interna e externa*. Isso garante legalidade ao vínculo na gestão pública, mas não aos direitos trabalhistas (férias, licenças médicas, etc.) o que nesse nível atinge negativamente mais aos ACS, pois socialmente são muito vulneráveis.

Atualmente essa questão se modificou um pouco, os ACS se profissionalizaram e conquistaram o direito de ser incorporados ao serviço público por concurso ou seleção pública. (Lei nº 11.350/2006, Lei nº 10.507/02, Portaria nº 1.886/1997 - M. S e Decreto nº 3.189/1999). Mas esse quadro poderia ser mais bem apoiado na legislação pois ainda encontramos contratos precários para os trabalhadores do **ESF**. A relação contratual para o ACS ainda varia entre a CLT por prazo indeterminado direto com a Secretária Municipal de Saúde, via associação ou indireta via empresa, estatutário, cargo comissionado, contrato excepcional por tempo determinado, autonomia via cooperativa ou, ainda, por prestação de serviços. Essa multiplicidade de vínculos não é uma prerrogativa do ACS e se aplica também a outros membros da equipe (médicos, enfermeiros e auxiliares de enfermagem). (NOGUEIRA, 2000)

Em estando no limite do preceito da flexibilização das relações de trabalho a tendência, segundo Nogueira (1999), é a consagração da informalidade do posto de trabalho, *disfarçado pela autonomia* com ou sem base numa cooperativa. Porém com o surgimento de demandas políticas e reivindicações judiciais dos trabalhadores, que vivem essas relações de trabalho informal, e que é promovida pelo Estado, nos dá conta de que essa situação não pode se eternizar e passará mais cedo ou mais tarde por um retorno a formalização das relações de trabalho.

Capítulo 4. Contexto do Estudo.

4.1. Diretrizes Políticas da Gestão da Educação em Saúde – DEGES/SGTES/MS:

Foi criada em 2003 pelo governo federal, no âmbito do Ministério da Saúde a *Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde (SGTES)*, cujo um dos departamentos é o da *Gestão da Educação – DEGES*. Este departamento inicialmente configurou uma proposta de organização das políticas e ações que se estruturassem no processo de trabalho denominado de Política de Educação Permanente em Saúde - PEPS.

O governo federal seguindo seu papel de indutor de Políticas Públicas lançou através da SGTES, em fevereiro de 2004 uma Portaria (GM/MS N° 198) instituindo a Política Nacional de Desenvolvimento de Recursos Humanos – Educação Permanente em Saúde - EP como estratégia para a formação e o desenvolvimento de trabalhadores no SUS. Vale ressaltar que essa estratégia surge de uma análise crítica feita em pesquisa⁵, a cerca dos Pólos de Capacitação, Formação e Educação Permanente para a Estratégia Saúde da Família implantados na segunda metade dos anos 90 e outras estratégias de capacitação utilizadas até então pelo Ministério da Saúde. Estes Pólos trabalhavam processos pedagógicos exclusivamente para as equipes Saúde da Família agregando diferentes instituições formadoras de nível superior e escolas de saúde pública das secretarias estaduais de saúde. Segundo os resultados dessa avaliação apesar de todo investimento nas capacitações houve pouco impacto nos indicadores de saúde, foi identificado a necessidade de uma solução mais abrangente não só para as equipes do Saúde da Família - Atenção Básica, mas para todo o pessoal da saúde. A proposta deveria também reorientar o processo de formação profissional na área da saúde, integrar a Educação e a Saúde no nível dos ministérios e secretarias estaduais e universidades, aproximarem os alunos da realidade da Atenção Básica, gerar novas tecnologias educacionais para capacitar as equipes da Saúde da Família, descentralizar as ações de

⁵ NEPP/UNICAMP. Núcleo de Estudos de Políticas Públicas da Universidade Estadual de Campinas. Faria, RB (coord.). *Formação de profissionais para a saúde da família: avaliação dos Pólos de Capacitação, Formação e Educação Permanente de Pessoal para o PSF*. Campinas, maio de 2002. (Relatórios de Pesquisa 3 vols.). Disponíveis em Acrobat Reader (Pdf).Endereço para solicitação: núcleo@nepp.unicamp.br.

formação e capacitação dentre outras revisões necessárias para qualificar o trabalho na saúde pública.

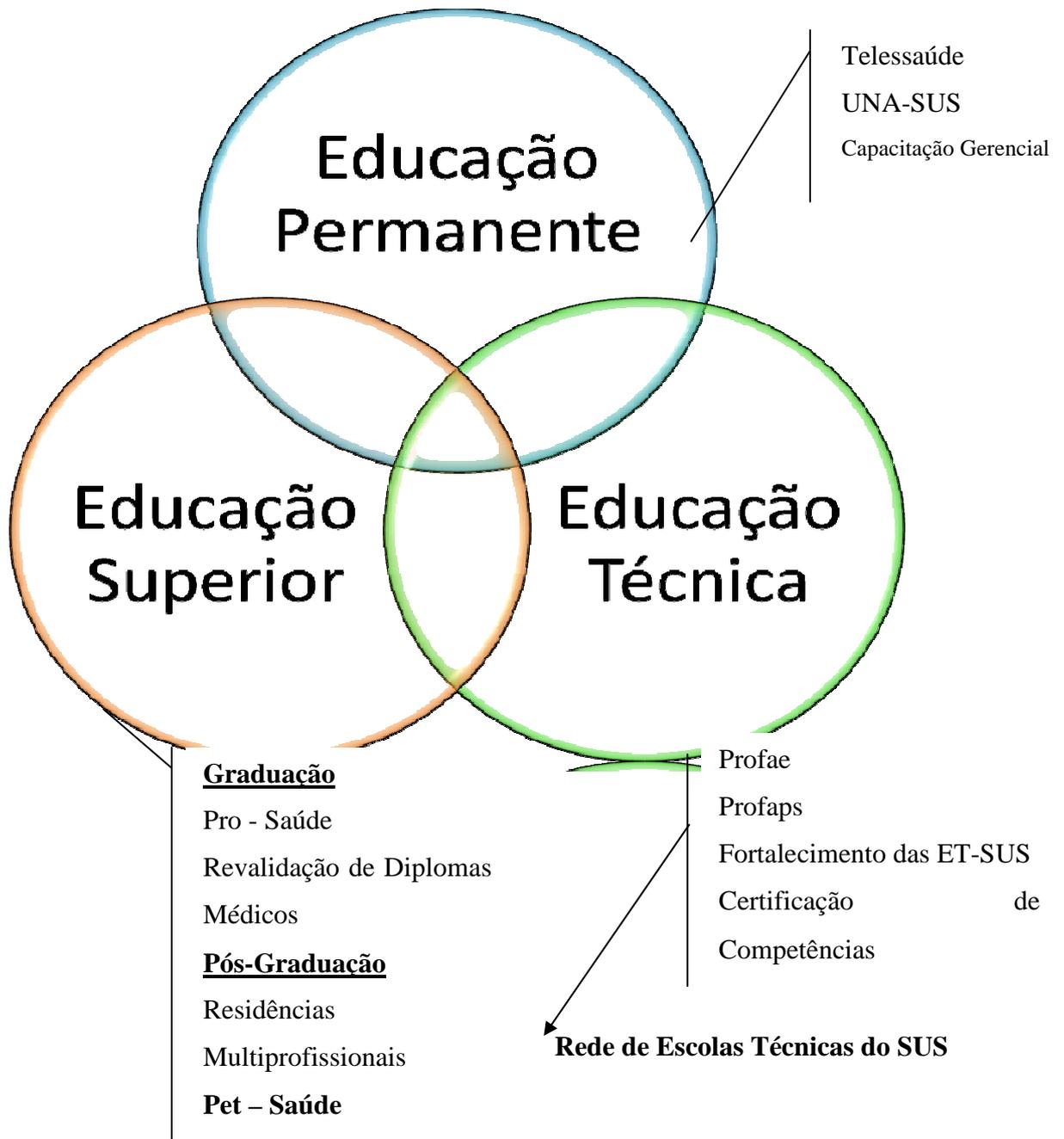
Com a implantação da Política as áreas de recursos humanos nos estados e municípios, bem como todas as instituições envolvidas foram concitadas a avaliar suas ações e estruturas organizacionais para melhor se adequarem a nova proposta.

Inicialmente houve um momento de reconhecimento e apropriação do conceito de educação permanente, imprescindível para melhor contribuir com o processo, que envolvia muitos atores importantes na saúde pública, tanto os formuladores das políticas de saúde quanto os envolvidos com a assistência direta á saúde e os da formação técnica e superior além do controle social. O formato de “roda” tão peculiar nas brincadeiras de criança entra como um instrumento na garantia da circularidade das informações necessárias á implantação da política e seu desenvolvimento. A proposta trabalhava a gestão da Educação Permanente em Saúde por meio de Pólos de Educação Permanente em Saúde que funcionariam como instância de articulação interinstitucional como Roda em espaços para o estabelecimento do diálogo e negociação entre os atores das ações e serviços do SUS e das instituições formadoras e ainda lócus para a identificação de necessidades e para construção de estratégias e de políticas no campo da formação e desenvolvimento, na perspectiva de ampliação da qualidade da gestão, da qualidade e do aperfeiçoamento da atenção integral à saúde, do domínio popularizado do conceito ampliado de saúde e do fortalecimento do controle social no SUS. Esta estratégia de EP suscitou polêmicas quanto ao seu conteúdo e operacionalização, alguns autores⁶ produziram estudos e análises a esse respeito.

O Departamento passou por mudanças de gestão que foram provocando reformulações do processo de condução e conformação das políticas de educação do Ministério da Saúde. Se antes todas as ações gravitavam em torno da Educação Permanente, a partir disso se organiza em um tripé – Educação Permanente, Educação Superior e Educação Técnica que se articulam para alcançar o ordenamento dos recursos humanos em saúde.

⁶ CAMPOS, G.W e o Relatório análise/2006 EPSJV. VIEIRA. M , et alli.

Figura 1. Ilustração da dinâmica que configura a aplicação das políticas de educação do DEGES/SEGTS/MS.



Fonte: Pesquisa de Mestrado Profissional em Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde – Políticas de Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde: limites e possibilidades diante da Flexibilização do Trabalho no Sistema Único de Saúde/ ENSP/FIOCRUZ, 2009.

O objetivo geral do Departamento de gestão da educação nesse momento é: “formulação e proposição de políticas relativas à formação, ao desenvolvimento profissional e à educação permanente dos trabalhadores da saúde nos níveis técnico e

superior do SUS. Suas atividades englobam o apoio às instâncias de preparação de profissionais da área da saúde e a busca da integração dos setores de Saúde e de Educação para o fortalecimento das instituições formadoras, no interesse do SUS, e para a adequação da formação profissional às necessidades da saúde da população”. A primeira vista isso corresponde a atender ao artigo 200 da constituição brasileira, que define como sendo da saúde a competência de ordenar seus recursos humanos (hoje denominada de área da Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde).

A agenda positiva do DEGES elegeu um conjunto de programas e ações que agindo em várias frentes do processo de qualificação de quadros para o SUS visam elevar a qualidade da assistência ao indivíduo, família e comunidade bem como cumprir uma das missões estabelecida pela Reforma Sanitária brasileira.

Entendendo que as políticas de saúde e aqui mais especificamente as da Gestão da Educação do DEGES, concebidas no âmbito do exercício pleno no universo do SUS contribuem para um Estado na busca do desenvolvimento e bem estar da sociedade, analisá-las é um passo na busca dessas concretizações.

São apresentados a seguir os principais programas e ações desenvolvidos pelo Ministério da Saúde nesse campo.

PARA O NÍVEL MÉDIO E SUPERIOR DO SUS:

Programa Nacional de Educação Permanente em Saúde – objetiva principalmente a transformação das práticas profissionais e da própria organização do trabalho, tomando como referência as necessidades de saúde das pessoas e das populações, da gestão setorial e do controle social em saúde. A Portaria nº 198/04 que estabelece esta política foi reformulada pela Portaria nº1996/97, estabelecendo como grande mudança a criação, em âmbito regional a condução da política por Colegiados de Gestão Regional, com a participação das Comissões Permanentes de Integração Ensino-Serviço (CIES) – instâncias intersetoriais e interinstitucionais permanentes, previstas no art.14 da lei nº8080 e na NOB/RH-SUS.

Podemos como finalidades para essa política: - Destinam-se a públicos multiprofissionais; - Possuem enfoque nos problemas cotidianos das práticas das

equipes de saúde; - Inserem-se de forma institucionalizada no processo de trabalho, gerando compromissos entre os trabalhadores, os gestores, as instituições de ensino e os usuários para o desenvolvimento institucional e individual; - Objetivam as transformações das práticas técnicas e sociais; - Utilizam-se de pedagogias centradas na resolução de problemas, geralmente por meio de supervisão dialogada, oficinas de trabalho, realizadas preferencialmente, no próprio ambiente de trabalho; - São contínuos dentro de um projeto de consolidação e desenvolvimento do SUS.

Com a implementação do Pacto de Gestão e aproveitando os resultados da Pesquisa de Avaliação e Acompanhamento da Política Nacional de Educação Permanente, desenvolvida pelo Departamento de Medicina Preventiva da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (USP), foi realizado um trabalho de pactuação nas diferentes instâncias da gestão federal do SUS, para a necessária adequação às diretrizes e regulamentação do Pacto pela Saúde e para a redefinição da sua operacionalização.

Programa Nacional de Telessaúde Aplicada à Atenção Básica

(Telessaúde Brasil) – visa integrar as equipes de Saúde da Família do país, com centros universitários de referência. O objetivo é capacitar equipes em todo território nacional (aproximadamente 2.700 equipes), reduzir custos e tempo de deslocamentos, fixar profissionais em locais de difícil acesso, agilizar e otimizar os recursos no sistema no benefício dos usuários do SUS, orientar profissionais à distância (capacitação e orientações profissionais em casos reais) e compartilhamento de experiências entre equipes.

O Programa Nacional de Telessaúde, instituído no âmbito do Ministério da Saúde pela portaria nº 35, de 04 de janeiro de 2007, é coordenado pela SGTES e pela Secretaria de Atenção à Saúde, do Ministério da Saúde, em articulação com outros ministérios, universidades públicas e entidades das áreas de Saúde e Educação.

O Ministério da Saúde, por meio da Portaria nº 561/GM, de 16 de março de 2006, instituiu a Comissão Permanente de Telessaúde com algumas atribuições, entre elas, a de desenvolver trabalhos cooperados com vistas à estruturação da Telessaúde no Brasil. Nesse sentido, tomou a iniciativa de constituir um processo de educação e assistência à saúde, a partir do desenvolvimento de um Projeto Piloto Nacional de Telessaúde, com a participação de órgãos governamentais e privados, e universidades públicas.

O projeto piloto engloba nove Núcleos de Telessaúde, localizados nas universidades dos seguintes estados: Amazonas, Ceará, Pernambuco, Goiás, Minas Gerais, Rio de Janeiro, São Paulo, Santa Catarina e Rio Grande do Sul. Cada Núcleo estará conectado a 100 pontos em Unidades Básicas de Saúde, constituindo uma rede de cooperação técnica que totaliza 900 pontos, distribuídos por todo o território desses estados.

O uso dessa rede e do sistema de segunda opinião educacional permitirá o intercâmbio de informações e, sem dúvida, contribuirá para a otimização do fluxo de pacientes na rede de saúde, qualificando os encaminhamentos e as equipes, ampliando o acesso aos serviços especializados, fixando profissionais e reduzindo custos.

A proposta de expansão do Telessaúde prevê a implantação de pelo menos um núcleo em cada estado do Brasil, para que se possa alcançar uma cobertura nacional e de forma sustentada.

UNASUS - Universidade Aberta do SUS, que é uma estratégia para atender às necessidades de formação e educação permanente dos trabalhadores do SUS.

O Ministro da Saúde, José Gomes Temporão, anunciou no dia 18 de junho de 2008, a criação da Universidade Aberta do Sistema Único de Saúde (SUS). Trata-se de programa desenvolvido pela Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES) que cria condições para o funcionamento de uma rede colaborativa de instituições acadêmicas, serviços de saúde e gestão do SUS, destinada a atender as necessidades de formação e educação permanente do SUS. A concepção e implantação do programa é interfederativa, sendo notório destacar que o Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS) e o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS) tiveram e seguirão tendo papel fundamental como co-autores e co-gestores da UNA-SUS.

Essa rede funciona por meio do intercâmbio de experiências, compartilhamento de material instrucional, cooperação para desenvolvimento e implementação de novas tecnologias educacionais em saúde, rede compartilhada de apoio presencial ao processo de aprendizagem em serviço e intercâmbio de informações acadêmicas dos alunos para certificação educacional compartilhada.

Capacitação Gerencial - Programa de Capacitação Gerencial para o Sistema Único de Saúde – SUS - visa a qualificação de gestores e frentes de saúde, uma das ações para a implementação da Política de Educação Permanente na Saúde.

Para a efetiva garantia do direito à saúde a todos os cidadãos brasileiros, há a necessidade que profissionais e gestores dos serviços de saúde tenham acesso a saberes e práticas que possibilitem a qualificação da atenção e da gestão do SUS em permanentes processos de aprendizagem.

Assim, o Programa de Capacitação Gerencial qualifica profissionais para o exercício da função gerencial em todos os pontos do SUS. A fundamentação do programa está na estruturação de processos de formação em gestão a partir de diretrizes para a consolidação do SUS de intervenções positivas no cotidiano dos sistemas de saúde que resultem em efeitos duradouros e resultados positivos na atenção e gestão, com qualidade e resolubilidade para os cidadãos.

Participam os profissionais em função de nível médio e superior que atuam desde a atenção básica até a alta complexidade em algum ponto de gestão ou gerência do Sistema e serviço de saúde. Modalidades dos cursos:- Aperfeiçoamento – Atualização – Especialização - Mestrado profissional - Educação à distância, a meta é formar/capacitar 100.000 profissionais que atuam em algum ponto gerencial do SUS, até dezembro de 2010.

PARA O NÍVEL MÉDIO TÉCNICO DO SUS:

Educação Técnica – O Ministério da Saúde reconhece e valoriza a formação dos trabalhadores como um componente para o processo de qualificação da força de trabalho, no sentido de contribuir para a efetividade da política nacional de saúde. Essa concepção da formação busca caracterizar a necessidade de elevação da escolaridade e os perfis de desempenho profissional, de modo a possibilitar o aumento da autonomia intelectual dos trabalhadores, do domínio do conhecimento técnico-científico, da capacidade de gerenciar tempo e espaço de trabalho, de exercitar a criatividade, de interagir com os usuários dos serviços, de ter consciência da qualidade e das implicações éticas de seu trabalho.

Implementar ações de formação e capacitações de nível médio (60% dos trabalhadores do sistema são nível médio), com cursos adequados a realidade dos serviços. Utiliza-se nestes processos uma rede de escolas técnicas, as ET-SUS (36 escolas atualmente em todo país).

Incentivo à Formação Técnica - objetiva fortalecer a rede pública de formação técnica em saúde, com a criação de novas escolas e apoio ao desenvolvimento institucional das já existentes (infra-estrutura educacional), apoio para atividades de extensão e produção de conhecimento (implementação de pesquisas acadêmicas), implementação da profissionalização de ocupações e profissões técnicas na saúde.

Formação Pedagógica – A formação dos recursos humanos do SUS, em sintonia com os princípios e as diretrizes assegurados constitucionalmente, expressa, historicamente, um dos principais desafios no campo da saúde pública. A qualificação de um grande número de docentes para o ensino profissional em nível médio é meta desafiante em qualquer área. No caso dos profissionais que atuam na área de Saúde requer considerar os limites impostos pelas suas condições de trabalho, traduzidas nos múltiplos vínculos, na falta de tempo para freqüentar aulas convencionais e na impossibilidade de locomoção aos centros formadores.

Para dar continuidade a experiência exitosa de qualificação de especialista em docência técnica para o Projeto de Profissionalização dos Trabalhadores da Área de Enfermagem - PROFAE (para atender a demanda de 225 mil auxiliares de enfermagem, foram capacitados 12.000 enfermeiros-professores), aplicar-se-á a outras categorias profissionais, em modalidade de ensino à distância - EAD.

Considerando o sucesso do primeiro curso e a aceitação de sua metodologia e os resultados alcançados há proposta de novo curso, que constitui ação política do Ministério da Saúde (MS), complementa o itinerário educativo dos profissionais graduados nas diversas subáreas da Saúde e situa-se no conjunto de iniciativas que materializam a relação intersetorial e interdisciplinar entre Saúde e Educação, indispensável tanto à promoção da qualidade de vida quanto ao cuidado prestado pelo Sistema Único de Saúde (SUS).

PROFAE – Projeto de Profissionalização dos Trabalhadores da Área de Enfermagem

- Em 1999 estimava-se existir aproximadamente 225.000 profissionais, genericamente classificados como de nível médio, atuando como atendentes de enfermagem, nos segmentos públicos e privados que compõem o SUS. Esta situação apresentava duas implicações diretas: prejuízo na qualidade dos serviços de saúde ofertados à população, caracterizado principalmente por uma "assistência de risco" e implicava em uma situação de irregularidade e ilegalidade na inserção destes trabalhadores no mercado de trabalho, uma vez que a Lei do Exercício Profissional de Enfermagem, Lei Federal nº 7.498/86, ao ser publicada, reconheceu a existência de trabalhadores de enfermagem sem qualificação exercendo a profissão, mas, concedeu um prazo de até dez anos para que todos fossem profissionalizados e se tornassem, no mínimo, auxiliares em enfermagem.

Diante deste cenário, nos anos de 1999 e 2000, o Ministério da Saúde - MS formulou e implementou o Profae, com objetivo de atender às lutas pelo direito à assistência de enfermagem e promover a melhoria da qualidade da atenção à saúde, por meio da redução do déficit de pessoal dos auxiliares em enfermagem qualificado e do apoio e fortalecimento às instâncias de formação e desenvolvimento dos trabalhadores do Sistema Único de Saúde - SUS. A concepção do Profae e o seu desenho metodológico contemplam ações capazes de interferir sobre o problema em várias dimensões e fatores determinantes.

O Profae previu algumas metas como: a) Profissionalizar 225 mil trabalhadores como auxiliares de enfermagem; promover a escolarização de 95 mil trabalhadores que não haviam concluído o ensino fundamental e oferecer a complementação de estudos a 90 mil Auxiliares em enfermagem para habilitá-los como técnicos em enfermagem. Estas ações foram colocadas em prática visando o acesso dos trabalhadores aos cursos de educação profissional e de escolaridade básica, com o intuito tanto de proporcionar a profissionalização, com aumento da escolaridade como de melhorar a qualidade da atenção à saúde. b) Especialização Formação Pedagógica em Educação Profissional na Área da Saúde: enfermagem, aos 12 mil docentes dos cursos de qualificação profissional do Profae. c) Fortalecer e modernizar as Escolas Técnicas de Saúde, vinculadas ao Ministério da Saúde ou às secretarias estaduais e municipais de saúde ou

de educação bem como qualificar a gestão das escolas técnicas da rede de escolas técnicas do SUS.

Uma vez que 207.844 alunos foram formados como auxiliares e técnicos em enfermagem, 10.198 trabalhadores concluíram o ensino fundamental e 80.124 concluíram a complementação do auxiliar para técnico de enfermagem. Os dados acima só refletem os concluintes, no entanto, o Profae chegou a atender 323.512 no total. O curso de formação para docentes foi oferecido na modalidade de Educação à Distância, coordenado pela Escola Nacional de Saúde Pública - ENSP, da Fundação Oswaldo Cruz, com momentos presenciais nos Núcleos de Apoio Docente implantados em 49 instituições de ensino superior, contemplando todas as Unidades da Federação. Foram titulados, seguindo as exigências do Conselho Nacional de Educação, 13.161 docentes especialistas em educação profissional.

Vale ressaltar que a constituição de processo de pós-graduação na modalidade Mestrado Profissional em Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde na área de Saúde Pública, também é resultado da implementação do PROFAE, sendo as turmas de 2007/2008 nas Faculdades Integradas do Vale do ITAÍ - UNIVALE e 2008/2009 na Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca - ENSP/Fiocruz as primeiras a se consolidarem nesse processo.

PROFAPS – Programa de Formação de Profissionais de Nível Médio para a Saúde – A meta é Capacitar 745.435 trabalhadores em cursos de educação profissional para saúde, inseridos ou a serem inseridos no SUS (por um período de oito anos) nas áreas de: Agente Comunitário de Saúde - ACS, Auxiliar de Consultório Dentário - ACD, Técnico em Higiene Dental - THD, Técnico em Vigilância Epidemiológica, Ambiental e Sanitária, Téc. em Radiologia, Técnico em Bodiagnóstico (Patologia/Citotécnico/Hemoterapia), Técnico em Prótese Dentária, Técnico de Manutenção de Equipamentos e cursos Pós- Técnicos de Especialização (Cuidadores de Idosos e Assistência de Enfermagem em Diálise). O Profaps foi idealizado com respaldo nos resultados obtidos com o Projeto de Profissionalização dos Trabalhadores da Área da Enfermagem (Profae), desenvolvido a partir de 2002. A experiência de execução do Profae permitiu ao Ministério da Saúde a constituição de uma rede de 319 escolas técnicas de saúde, públicas e privadas, com as quais será possível estabelecer novas relações contratuais, com maior agilidade e eficácia, tendo em vista o

conhecimento adquirido sobre os mecanismos utilizados para contratação e avaliação dos cursos.

Fortalecimento das Escolas Técnicas do SUS – ET-SUS – Rede de Escolas Técnicas do SUS - RET-SUS– A Rede de Escolas Técnicas do SUS é uma rede institucional, criada pelo Ministério da Saúde com o objetivo de facilitar a articulação técnica e política entre as Escolas Técnicas do SUS e fortalecer a educação profissional em Saúde. É composta por 37 instituições públicas que têm como objetivo a formação dos trabalhadores de nível médio do Sistema Único de Saúde.

PARA O NÍVEL SUPERIOR DO SUS:

Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde – Pró-Saúde - criado em 03/11/05 pela Portaria nº2101, objetiva promover a *integração ensino-serviço*, visando à orientação da formação profissional, assegurando uma abordagem integral do processo saúde-doença *com ênfase na atenção básica*, promovendo transformações nos processos de geração de conhecimentos, ensino e aprendizagem e de prestação de serviços à população. Três eixos são propostos para o desenvolvimento do programa: *orientação teórica, cenários de prática e orientação pedagógica*. Foi pensado inicialmente para as áreas da medicina, *enfermagem* e odontologia e a partir da Portaria nº 3.019 de 26/11/07 ampliam para os demais cursos de graduação da área da saúde.

No Pró-Saúde I foram selecionados 89 cursos. Destes, 38 são da medicina, **27 de enfermagem** e 24 de odontologia. Para o Pró-Saúde II foram selecionados 68 projetos que contemplam 265 cursos da área da saúde, com impacto sobre aproximadamente 97.000 alunos das 14 áreas envolvidas.

Os projetos são acompanhados pela comissão gestora local constituída por representantes dos docentes, gestores municipais de saúde, discentes e membros dos conselhos locais. O desenvolvimento dos projetos tem sido monitorado pelo Ministério da Saúde por meio de um grupo de assessores compostos por técnicos do MS, da OPAS e de entidades externas, com larga experiência em formação nas áreas envolvidas. O programa envolve três anos de apoio financeiro a projetos que *apresentem o potencial de transformação do modelo de formação*.

Revalidação de Diplomas Médicos – objetiva propor estratégias que possibilitem a construção de um processo de revalidação isonômico para todos os graduados por estabelecimentos estrangeiros de ensino superior.

Nesse sentido, foi instituído um grupo de trabalho formado por representantes do Ministério da Saúde, Ministério da Educação e Ministério das Relações Exteriores, com o objetivo de propor uma estratégia que possibilitasse a construção de um processo de revalidação isonômico para todos os graduados por estabelecimentos estrangeiros de ensino superior e a inserção desse processo de revalidação no conjunto de políticas de estado para a educação nas profissões de saúde. Este GT promoveu discussões sobre o assunto com as seguintes entidades: Associação Nacional dos Dirigentes das Instituições Federais de Ensino Superior (ANDIFES), Associação Brasileira das Universidades Estaduais e Municipais (ABRUEM), Conselho Federal de Medicina (CFM), Associação Médica Brasileira (AMB) e Associação Brasileira de Educação Médica (ABEM), bem como com representantes dos estudantes brasileiros formados em Cuba.

Residência Multiprofissional de Saúde – objetiva *capacitar os profissionais para o trabalho em equipe*, buscando abranger o conjunto das necessidades em saúde, *humanizar a assistência e promover a integralidade da atenção*. A legalização desse processo começa pelo Ministério da Saúde com a Portaria 11.129/de30/06/05 - instituindo a Residência Multiprofissional e criando a comissão dessa residência. Posteriormente publica-se a Portaria 2.117/de03/11/05 - que institui nos ministérios de Educação e Saúde a Residência Multiprofissional, mais tarde lançam-se as Portarias interministeriais – nº45/07 – instituindo a Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde (CNRNS) no âmbito do MEC, com gestão compartilhada com o MS, e a Portaria nº. 698/07 que nomeia a CNRMS.

PET-SAÚDE – Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde - instituído pela Portaria Interministerial MS/MEC nº. 1.802, de 26 de agosto de 2.008, inspirado no Programa de Educação Tutorial - PET, do Ministério da Educação.

O objetivo geral do PET - Saúde é fomentar a formação de grupos de aprendizagem tutorial no âmbito da Estratégia Saúde da Família, caracterizando-se como instrumento para qualificação em serviço dos profissionais da saúde, bem como de

iniciação ao trabalho e vivências dirigidos aos estudantes das graduações em saúde, de acordo com as necessidades do Sistema Único de Saúde - SUS. Objetivos Específicos - Facilitar o processo de integração ensino-serviço-comunidade; - Institucionalizar as atividades pedagógicas dos profissionais dos serviços de saúde; - Valorizar estas atividades pedagógicas; - Promover a capacitação docente dos profissionais dos serviços; - Estimular a inserção das necessidades do serviço como fonte de produção de conhecimento e pesquisa na universidade; - Incentivar o ingresso de profissionais do serviço na carreira docente.

Conforme Resolução CNS nº 297/1.998 podem participar desse processo estudantes de graduação das 14 profissões da saúde, docentes e profissionais dos serviços além das Instituições de Ensino Superior, públicas e privadas sem fins lucrativos, que tenham estabelecido parceria com Secretarias Municipais de Saúde de todas as regiões do país e selecionadas por meio de Editais publicados anualmente pelo Ministério da Saúde.

O gerenciamento do Programa é realizado pelo Departamento de Gestão da Educação na Saúde – DEGES, da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde – SGTES, do Ministério da Saúde, com suporte do Sistema de Informações Gerenciais – SIG-PET-Saúde, desenvolvido por técnicos do Departamento, em parceria com o DATASUS/SE/MS e o Fundo Nacional de Saúde/SE/MS.

O PET-Saúde está previsto no Programa Mais Saúde - Direito de Todos. Programa do Ministério da Saúde lançado em 2007, com 73 medidas e 171 ações distribuídas em sete eixos de intervenção que visam melhorar as condições de saúde e a qualidade de vida dos brasileiros aumentando o acesso as ações e serviços. Dentro dos objetivos e metas esta a realização de concursos públicos e a ampliação do programada Saúde da Família entre outras. O eixo a que se refere o Pet-saúde é o Eixo 4 - Força de Trabalho em Saúde – medida 4.3: “Qualificar e adequar a formação profissional em saúde com a colaboração de equipes de Saúde da Família selecionadas, utilizando ambientes comunitários e de centros de saúde, através da concessão de bolsas para que Equipes de Saúde da Família assumam papel destacado no ensino”. Estão atualmente envolvidos e desenvolvendo projetos: 02 Secretaria Estaduais de Saúde, 83 Secretarias Municipais de Saúde, 69 Instituições de Ensino Superiores Públicas e 12 privadas e 969 Unidades de Saúde entre UBS/Centros de Saúde/PSF. Já foram pagas 34.250 bolsas PET-Saúde referentes às atividades desenvolvidas nos meses de abril a setembro de 2009. São

desenvolvidos ainda Planos de Pesquisa para Qualificar a Atenção Básica – ano letivo 2009 são 84 projetos de pesquisa, em áreas como epidemiologia, Saúde da Mulher, Criança e Adolescente, Saúde Bucal, Sistemas de Informações e outros.

Estas outras ações estratégicas a seguir, foram concebidas anteriormente se incorporam no bojo das ações que se destacam e descrevemos acima.

Comissão Interministerial de Gestão da Educação na Saúde – criada pelo Decreto em 20/06/07, *objetiva a ordenação da formação dos profissionais da saúde*, em conformidade com as políticas de saúde, e com as diretrizes do SUS. Esta diretamente relacionada à regulamentação do art. nº200 da CF. Farão parte desta comissão os Ministérios da Educação e da Saúde, juntamente com as instâncias de gestão do SUS o Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde - CONASS e o Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde – CONASEMS.

Faziam parte das ações anteriores as propostas a seguir, que foram reincorporadas no conjunto das reformulações realizadas pelo DEGES;

Rede Multicêntrica de Apoio à Especialização em Saúde da Família – Rede MAES – visa possibilitar processos de cooperação entre diferentes instituições de formação superior e as Secretarias municipais de saúde que fazem capacitações e especializações de trabalhadores para a ESF, com a possibilidade de intercâmbio de experiências. O objetivo principal é aumentar a capacidade das instituições de ensino na absorção da demanda de preparação de quadros de especialistas na área em resposta a expansão da implantação da estratégia do Saúde da Família, nas grandes cidades e na alta rotatividade de profissionais da atenção básica nesses municípios.

Universidade Aberta de Educação Permanente em Saúde – UNAEPS - objetiva sistematizar, de acordo com os contextos e necessidades dos trabalhadores de saúde, iniciativas de educação permanente que contribuam para o aperfeiçoamento do processo de trabalho. A prioridade tem sido a construção de cursos de especialização à distância para os profissionais (nível superior) do PSF e com isso alcançar a meta de 100% de profissionais capacitados na atenção básica.

4.2 Diretrizes Políticas da Gestão e da Regulação do Trabalho em Saúde – DEGERTS/SGTES/MS:

A Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde se compõe de um segundo departamento que é o da Gestão e da Regulação do Trabalho em Saúde que ao contrário do DEGES manteve sua gestão desde 2003 e as políticas e ações eleitas como prioritárias. Mantiveram suas ações e políticas pautadas em pesquisas⁷ que auxiliaram a defini-las e embora executadas em franca negociação com as instâncias de gestão do SUS e do Ministério da Saúde, Controle Social e instituições formadoras públicas e privadas de nível médio e superior aprimoram-se durante sua execução.

A Gestão do Trabalho em Saúde⁸ trata das relações de trabalho a partir de uma concepção na qual a participação do trabalhador é fundamental para a efetividade e eficiência do Sistema Único de Saúde. Dessa forma, o trabalhador é percebido como sujeito e agente transformador de seu ambiente e não apenas um mero recurso humano realizador de tarefas previamente estabelecidas pela administração local.

Nessa abordagem, o trabalho é visto como um processo de trocas, de criatividade, co-participação e co-responsabilização, de enriquecimento e comprometimento mútuos.

Essa política pressupõe a garantia de requisitos básicos para a valorização do trabalhador da saúde e do seu trabalho, tais como: Plano de Carreira, Cargos e Salários; vínculos de trabalho com proteção social; espaços de discussão e negociação das relações de trabalho em saúde, com mesas de negociação permanente e comissões locais de negociação de condições de trabalho; capacitação e educação permanente dos trabalhadores; humanização da qualidade do trabalho, dentre outros. Escrever algo de introdutório sobre a área

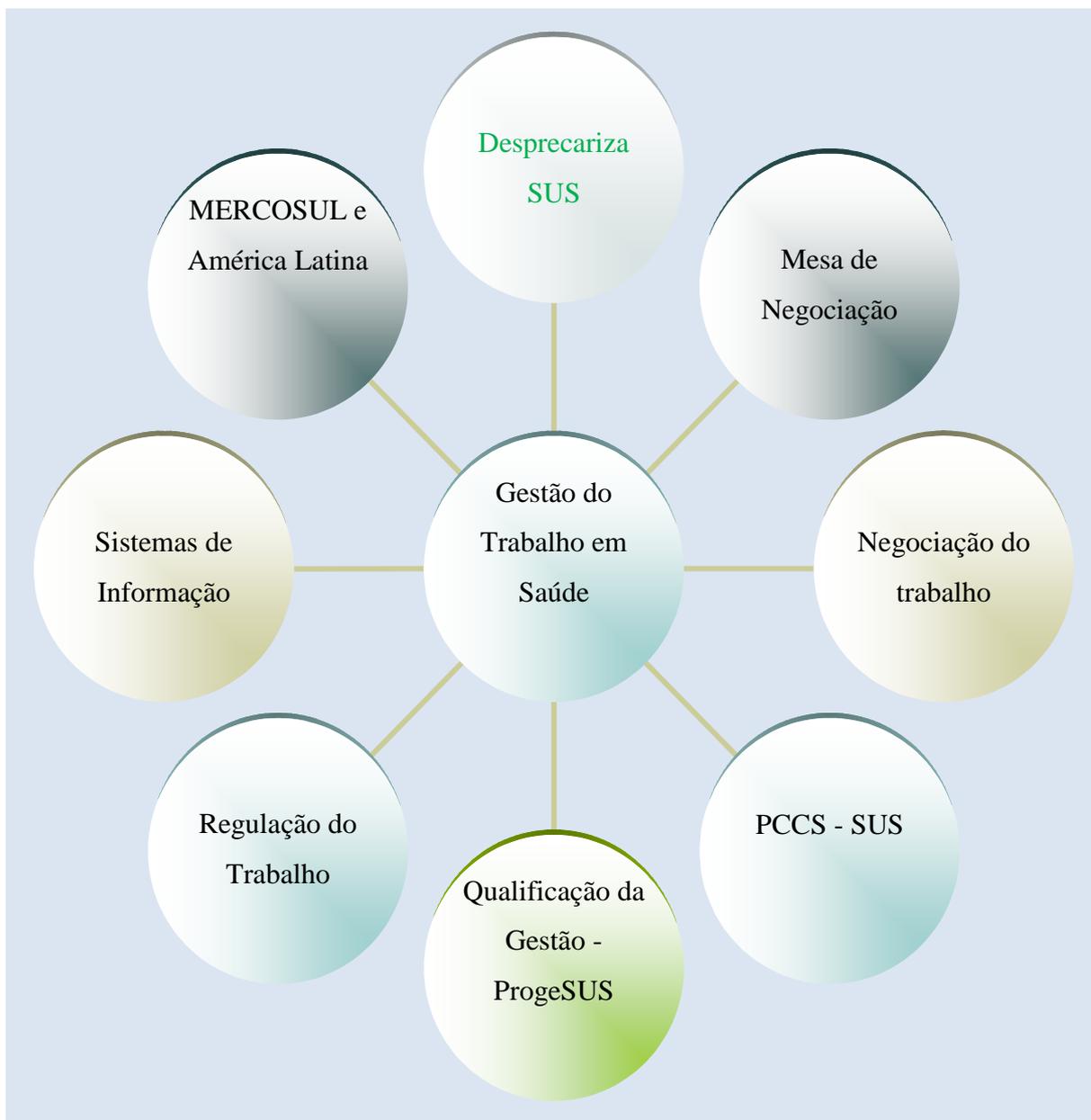
⁷ Pesquisa do ObservaRH/IMS/UERJ. Capacidade gestora de recursos humanos em instâncias locais de saúde em municípios com população superior a 100 mil habitantes. Rio de Janeiro: IMS/UERJ, 2004.

Pesquisa CONASS – Estruturação da Área de recursos humanos nas Secretarias de Estado e Distrito Federal/Conselho Nacional de Secretários de Saúde – 2004(Documentanº1).

⁸ Retirado da internet em 11/10/09 - http://portal2.saude.gov.br/portal/saude/profissional/area.cfm?id_area=1013.

A agenda positiva do Departamento de Gestão e da Regulação do Trabalho em Saúde da Secretaria de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde do Ministério da Saúde se conforma nos seguintes Programas e ações, cuja figura a seguir ilustra sua dinamicidade e configuração:

Figura 2. Ilustração de Configuração das Políticas de Gestão do Trabalho DEGERTS/SEGTS/MS.



Fonte: Pesquisa de Mestrado Profissional em Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde – Políticas de Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde: limites e possibilidades diante da Flexibilização do Trabalho no Sistema Único de Saúde/ ENSP/FIOCRUZ, 2009.

Programa Nacional de Desprecarização do Trabalho no SUS – DesprecarizaSUS:

É uma estratégia de ação do governo federal, que objetiva discutir alternativas para desprecarizar os vínculos de trabalho na saúde. Para tanto foi criado o Comitê Nacional Interinstitucional de Desprecarização do Trabalho no SUS.

Como resultado do processo de descentralização da administração da atenção a saúde da população estados e municípios, muitas vezes, tiveram que buscar alternativas de contratação dos novos trabalhadores, em função do constrangimento legal da Lei de Responsabilidade Fiscal e sem orientações corretas e claras de como proceder a essas novas exigências, sobretudo pelas características dos programas e pela sua instabilidade administrativa e orçamentária. Assim sendo, os municípios tornaram-se os principais responsáveis pela contratação de trabalhadores e pelo gerenciamento dos serviços, utilizando, inclusive, parcerias com Organizações Não Governamentais (ONGs) ou Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público (OSCIPs) e contratos com cooperativas. Com isso, surgiram problemas associados à precarização dos vínculos de trabalho.

O trabalho precário em saúde tem sido identificado como um obstáculo para o desenvolvimento do sistema público de saúde. Essa questão compromete a relação dos trabalhadores com o sistema e prejudica a qualidade e a continuidade dos serviços essenciais prestados no SUS. Diante dessa situação, o governo federal entendeu ser importante o processo de desprecarização do trabalho em saúde com a finalidade de implantar e concretizar uma política de valorização do trabalhador.

Diretrizes Nacionais para Carreira, Cargos e Salários no SUS – PCCS-SUS:

Visa atender a uma reivindicação histórica dos trabalhadores da saúde, a implantação de PCCS. O Ministério da Saúde então retomou as discussões sobre a estruturação desse plano com o objetivo de desenvolver e valorizar o trabalhador da saúde. As Diretrizes Nacionais do PCCS-SUS propõe cargos genéricos, segmentados por nível de escolaridade, que abarcam as funções estruturantes do SUS, quais sejam: atenção à

saúde, gestão, auditoria, fiscalização e regulação, vigilância à saúde, perícia, apoio administrativo e infra-estrutura, ensino e pesquisa.

Considerando que o trabalhador da saúde é a razão fundamental para as reformulações do trabalho setorial representando, portanto, o principal motivo para a adoção de políticas que valorizem e qualifiquem o trabalho.

Considerando ainda os dados da AMS-IBGE (2005), em que o setor saúde conta com mais de 2 milhões e 500 mil empregos, sendo que o setor público detém mais da metade destes (56%), constituindo-se no maior empregador, distribuídos nas três esferas de governo da seguinte forma: empregos federais (7%); estaduais (24%) e empregos municipais (69%). Também de grande relevância na oferta e demanda de profissionais, o setor privado complementar representa 44% dos empregos, justifica-se então prioridade em planejar, incentivar e apoiar estados e municípios na construção de políticas locais de valorização do trabalhador da saúde.

Negociação do Trabalho no SUS – MNNP- SUS

A reinstalação da Mesa Nacional de Negociação Permanente do SUS, no início de 2003 objetivou compartilhar as decisões com a sociedade e elevar a qualidade dos serviços prestados à população brasileira bem como estabelecer um fórum permanente de negociação entre empregados e trabalhadores do SUS. Estimular ainda a implantação de Mesas Estaduais e Municipais de Negociação e de um Sistema de Negociação Permanente do SUS (SiNNP-SUS), articulando e integrando as Mesas, promovendo troca de experiências e a construção de processos negociais. Quanto à configuração do Sistema Nacional de Negociação do Trabalho em Saúde, está reservado um papel de relevância às Mesas Estaduais e Municipais do SUS. Elas se constituirão em elementos fundamentais desse processo, não somente validando as diretrizes gerais aprovadas pela Mesa Nacional numa relação de reciprocidade, como também pactuando situações específicas que dizem respeito à realidade da gestão da saúde local, consubstanciando, assim, o sistema de relações democráticas de trabalho na saúde.

A capacitação para os processos negociais foi uma estratégia oferecida à gestores, trabalhadores e representantes sindicais das Mesas de negociação em todos os níveis para qualificar e potencializar coletivamente os atores envolvidos com negociação do trabalho no SUS. A modalidade de ensino à distância – EAD se adequou como forma de

atingir maior número de atores concomitantemente, tendo por instituição de ensino viabilizadora e de titulação a Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca - ENSP/FIOCRUZ e coordenação colegiada do DEGRTS/MS, o Núcleo de Estudos e Pesquisas em Recursos Humanos/ENSP, representação da MNNP – SUS e a equipe técnica de operacionalização EAD/ENSP. Aproximadamente 1.300 negociadores encontram-se capacitados em todo país.

Qualificação da Gestão do Trabalho e da Educação no SUS – ProgeSUS:

As estruturas de gestão do trabalho e educação na saúde (recursos humanos) têm pouca relevância em parcela importante das Secretarias Estaduais de Saúde, além de serem inexistentes em grande parte das Secretarias Municipais. A partir dos problemas levantados na área, o Ministério da Saúde assumiu a responsabilidade de desenvolver políticas para o fortalecimento e a modernização dessas estruturas nos estados e municípios.

Assim, o Departamento de Gestão e da Regulação do Trabalho em Saúde propõe a reformulação das estruturas de recursos humanos, numa perspectiva moderna e inovadora, buscando espelhar a experiência do Ministério da Saúde na área de gestão do trabalho e da educação na saúde. Tal iniciativa, realizada em parceria com o CONASS e o CONASEMS, leva em consideração o porte e as necessidades das respectivas estruturas de governo.

Entre as propostas de intervenção estão as ações que objetivam sensibilizar e conscientizar os gestores quanto: 1 - a necessidade de elaboração e implantação de uma nova política de recursos humanos; 2 - o desenvolvimento de um Sistema Nacional de Informações que permita a comunicação entre o Ministério da Saúde, os estados e os municípios, oferecendo suporte às ações voltadas à gestão do trabalho e da educação na saúde; 3 - o desenvolvimento de um programa de capacitação dos profissionais do setor, para maior qualificação técnica, administrativa e institucional em planejamento, programação, acompanhamento e avaliação; 4 - investimentos junto às Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde na implantação ou no fortalecimento das infra-estruturas de gestão do trabalho e da educação na saúde.

Para fazer frente a esses desafios, o Ministério da Saúde instituiu, através da Portaria/GM nº 2. 261, de 22 de setembro de 2006, (DOU nº 185, de 26 de setembro de 2006), o Programa de Qualificação e Estruturação da Gestão do Trabalho e da Educação no SUS – ProgeSUS, com os seguintes componentes: a) financiamento para a modernização dos setores de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde de Secretarias da Saúde de estados, do Distrito Federal e de municípios por meio da aquisição de mobiliário e de equipamentos de informática; b) disponibilização, pelo Ministério da Saúde, de Sistema de Informação Gerencial para o setor de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde das Secretarias da Saúde que desejarem adotá-lo; c) capacitação de equipes que atuam no referido setor das Secretarias da Saúde de estados, do Distrito Federal e de municípios; d) participação, por parte das secretarias que aderirem ao ProgeSUS, no Sistema Nacional de Informações em Gestão do Trabalho do SUS.

Sistemas de Informação

Com o objetivo de subsidiar uma efetiva Política Nacional de Gestão do Trabalho, o Degerts desenvolveu dois bancos de dados com a finalidade de fornecer informações sobre o mercado de trabalho em saúde, a serem utilizadas como instrumento para a tomada de decisão e apoio na formulação de políticas, nas três esferas de governo e para o setor privado complementar.

SIGTrabalho – Banco de dados em nível nacional, subdividido em cinco dimensões – Grandes Regiões, Unidades da Federação, Municípios por Porte Populacional, municípios fronteiriços ao MERCOSUL e os com a América Latina, em quatro grandes blocos.

COMPROF – Banco de Dados que objetiva a disponibilização em um único instrumento de consulta as informações dos Conselhos Profissionais - Federais e Estaduais, das profissões que compõem as equipes de saúde brasileiras.

Regulação do Trabalho em Saúde:

No Brasil é livre o exercício de qualquer trabalho, desde que sejam atendidas as qualificações profissionais estabelecidas por lei. A Constituição Federal de 1988, em seu artigo 22, inciso XVI, estabelece competência privativa à União para legislar sobre a organização das profissões, entretanto; a regulação das profissões tem obedecido

muito mais às regras impostas pelo mercado do que propriamente às ações efetivas do governo.

As iniciativas legislativas reproduzem, na maioria das vezes, resoluções internas dos Conselhos de Fiscalização do exercício profissional sem que haja iniciativa de intervenção do governo nesse aspecto. Numa análise mais aprofundada da situação, identifica-se uma característica básica do atual regime regulatório brasileiro: a existência de uma legislação que preserva monopólios de regulação do trabalho, os quais, muitas vezes, extrapolam os seus próprios limites de atuação, disseminando conflitos que promovem a competição entre as profissões de saúde.

Portanto, é fundamental que o Estado retome seu papel de gestor e regulador do trabalho em saúde. A regulação do trabalho e o exercício profissional dizem respeito às regulamentações jurídico-legais, éticas ou administrativas que, a partir da intervenção do Estado demarcam campos de exercício de atividade.

Considerando que a saúde é um bem público, cabe ao Estado dispor sobre a sua regulamentação, fiscalização e controle, adequando o interesse particular ao interesse público. Desta forma, o Ministério da Saúde constituiu a Câmara de Regulação do Trabalho na Saúde (CRTS) por meio da **Portaria 827/GM** de 05/05/2004.

Desenvolvimento e o Exercício Profissional no MERCOSUL:

A especificidade do exercício profissional na área da saúde no Mercosul⁹ está estreitamente ligada ao entendimento de que a saúde constitui-se um núcleo de proteção do Estado e o seu exercício está condicionado à formulação e implementação de políticas de recursos humanos consensuadas pelos Estados Partes, que visam a respeitar a livre circulação de pessoas e de serviços entre estes Estados, em consonância com o objetivo central do Tratado de Assunção, o da formação de um mercado

⁹ Retirado da internet em 11/09/2009 - http://portal2.saude.gov.br/portal/saude/profissional/area.cfm?id_area=1013.

comum.

É neste contexto que está se desenvolvendo o trabalho da Subcomissão de Desenvolvimento e Exercício Profissional, cuja responsabilidade institucional está à cargo do Departamento de Gestão e da Regulação do Trabalho em Saúde. A importância dessa Subcomissão está diretamente vinculada às relações coletivas e individuais de trabalho, "do livre trânsito" de trabalhadores, da formação profissional, da compatibilização dos currículos de formação, do reconhecimento da habilitação profissional (títulos e diplomas), do registro profissional, da regulação do trabalho e dos requisitos para o exercício profissional no Mercosul.

Outros grandes desafios, inerentes ao processo de integração, precisam ser considerados, tais como: a existência de diferentes culturas regionais (intra e extrapaíses); a questão do idioma; o desequilíbrio quantitativo de profissionais de saúde nos Estados Partes; as diferentes estruturas de organização dos profissionais e de fiscalização do exercício profissional nos Estados Partes; a dificuldade de implementação de políticas de saúde para as áreas de fronteiras; a prática não regulamentada do exercício profissional; a necessidade de implantação de programas de educação permanente voltada para os profissionais de saúde no âmbito do MERCOSUL; a criação de faculdades e escolas "*off-shore*", que tendem a absorver a demanda extraordinária dos países onde há elevada necessidade por estudos superiores e que, com a admissão de outros países no bloco, acarretará o agravamento da situação.

Nesse sentido, foi criado o Fórum Permanente Mercosul para o Trabalho em Saúde, no Departamento de Gestão e da Regulação do Trabalho em Saúde. Criado em 13 de abril de 2004, e institucionalizado pela Portaria nº 929/GM, publicada no DOU em 2 de maio de 2006, o Fórum é uma instância que busca o permanente diálogo e a cooperação entre gestores e trabalhadores da saúde.

A Rede de Observatórios: se apresenta como uma ação integradora entre as áreas do trabalho e da educação na produção de informações para tomada de decisões, planejamento e reformulações das ações e políticas e sociais prioritárias nas referidas áreas:

A Rede Observatório de Recursos Humanos em Saúde do Brasil¹⁰ é regulamentada pela Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde do Ministério da Saúde. Compõe um projeto de âmbito continental da OPAS, já implantado em 16 países da Região das Américas. O propósito geral da Rede é propiciar o mais amplo acesso a informações e análises sobre recursos humanos de saúde no País, facilitando a melhor formulação, acompanhamento e avaliação de políticas e programas setoriais, bem como regulação social dos sistemas de educação e trabalho no campo da saúde.

A Portaria nº 1 da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde/MS de 11 de março de 2004, regulamenta a Rede de Observatórios de Recursos Humanos - ROREHS.

O propósito geral da Rede é produzir estudos e pesquisas, bem como propiciar o mais amplo acesso a informações e análises sobre a área do trabalho e da educação na saúde no País, facilitando a melhor formulação, o acompanhamento e a avaliação de políticas e projetos dessa área. Além disso, espera-se que a Rede também contribua para o desenvolvimento de processos de controle social sobre a dinâmica e as tendências dos sistemas de educação e trabalho no campo da saúde.

Estas ações nos dão a dimensão da abordagem das áreas de Gestão do Trabalho e da Educação. Com um contingente legítimo de atores além dos integrantes dos Ministérios da Educação e Saúde e do Trabalho, o CONASS, o CONASEMS, o Conselho Nacional de Saúde, Instituições de Ensino médio e superior e outros para que toda essa programação seja pactuada e tenha possibilidade de atingir seus objetivos.

Em que medida políticas que fragilizaram os vínculos de trabalho e que são implementadas por trabalhadores sem a qualificação adequada à ESF, afetam os resultados para a área de recursos humanos. Será no âmbito desses dois departamentos que iremos confrontar os dados de pesquisa sobre a precarização dos vínculos de trabalho para o enfermeiro na ESF, encontrando seus limites e possibilidades.

¹⁰ Retirado da internet - http://www.opas.org.br/rh/redes.cfm?id_rede=11 em 11/10/2009.

O CONASS em sua literatura afirma que:

“A heterogeneidade de vínculos é um dado importante que compõe esse conjunto de transformações. As novas formas de “contrato” mudam radicalmente os mecanismos de ingresso e manutenção do trabalhador, estabelecendo novas relações de trabalho, definindo também a necessidade de se adquirir competências que habilitem trabalhadores e gestores como negociadores das condições adversas do ponto de vista orçamentário, para operar avanços significativos nas negociações, mesmo quando o pleito dos trabalhadores é reconhecido como legítimo”.

Isso nos faz acreditar que nesse cenário, as instituições do SUS deveriam se preparar para os processos de negociação do trabalho, e preservar a harmonização dos diferentes vínculos, o que a bem pouco tempo era competência dos sindicatos e outras entidades da sociedade civil. (CONASS Progestores, nº5/pág.19)

Segundo Nogueira, Baraldi e Rodrigues - Trabalho precário tem três conceituações – **1** - aquele que caracteriza situação de déficit ou ausência de proteção social. - **2** – aquele que decorre de uma instabilidade do vínculo, do ponto de vista dos interesses do trabalhador. **3** – aquele que está associado as condições de trabalho de determinados setores da economia que criam vulnerabilidade social para o trabalhador aí inserido (conceito da OIT (informalidade), não é definida, a precariedade pela ausência de proteção social ou limitada duração do contrato, mas sim porque o emprego pode ser destruído pela falta de competitividade e vigor econômico.).

Neste estudo trabalharemos com o conceito **1** e **2** no serviço público desenvolvido pelos municípios na Estratégia Saúde da Família na vinculação dos enfermeiros.

4.3. Estratégia Saúde da Família – ESF¹¹

O Programa Saúde da Família – PSF foi criado pelo Ministério da Saúde em 1994. Porém só a partir 1998 ele se consolida como estratégia estruturante de um modelo de atenção à saúde voltado aos princípios da territorialização, da intersetorialidade, da descentralização, da co-responsabilização e da equidade, priorizando grupos populacionais que possuem maior risco de adoecer ou morrer em consonância com os princípios do SUS. (M.S, 2003 apud M.S, 2006:10)

A estratégia Saúde da Família é entendida como uma reorientação do modelo assistencial, operacionalizada mediante a implantação de equipes multiprofissionais em unidades básicas de saúde. O PSF como estratégia prevê a reversão do modelo tradicional de assistência, hospitalocêntrico e curativo, e passa a ter como foco a família, percebida a partir de seu ambiente físico e social. Este modelo deve possibilitar às equipes profissionais a compreensão ampliada do processo de saúde/doença, incorporando intervenções que fossem além das práticas curativas habituais. Estas equipes são responsáveis pelo acompanhamento de um número definido de famílias, localizadas em uma área geográfica delimitada. As equipes atuam com ações de promoção da saúde, prevenção, recuperação, reabilitação de doenças e agravos mais frequentes, e na manutenção da saúde desta comunidade. A responsabilidade pelo acompanhamento das famílias coloca para as equipes saúde da família a necessidade de ultrapassar os limites classicamente definidos para a atenção básica no Brasil.

Segundo a proposta governamental o trabalho de equipes da Saúde da Família é o elemento-chave para a busca permanente de comunicação e troca de experiências e conhecimentos entre seus integrantes e desses com o saber popular do Agente Comunitário de Saúde. As equipes são compostas, no mínimo, por um médico de família, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem e de 4 (quatro) a 6 (seis) agentes comunitários de saúde. A partir do ano 2000 a equipe pôde ser ampliada contando

¹¹ O Saúde da Família surge no Brasil sob a nomenclatura de *Programa*, seu potencial de organização da atenção básica e evolução no campo das políticas de saúde pública eleva-o a categoria de *Estratégia*, por esse motivo a literatura e as pesquisas aparecem ora como PSF e atualmente ESF. Nesse estudo dependendo do momento da análise ou descrição as duas nomenclaturas aparecem.

com uma equipe de saúde bucal, composta por um dentista, um auxiliar de consultório dentário e um técnico em higiene dental.

O modelo prevê que cada equipe se responsabilize pelo acompanhamento de cerca de três mil a quatro mil e quinhentas pessoas ou de mil famílias de uma determinada área, e estas passam a ter co-responsabilidade no cuidado à saúde. A partir do cadastramento destas famílias (por visitas domiciliares), os profissionais e gestores obtêm dados para traçar o perfil epidemiológico e conseqüentemente planejar as ações que serão desenvolvidas.

Os dados referentes ao número de equipes de saúde da família passaram a ser registrados oficialmente a partir de 1998 com a implantação do Sistema de Atenção Básica – SIAB. Sendo assim somente a partir 1998 se pôde ter estimativa de cobertura populacional média pelo PSF, no Brasil.

Em pesquisa realizada em cooperação técnica entre Núcleo de Estudos e Pesquisas em Recursos Humanos em Saúde/DAPS/ENSP/FIOCRUZ, e o Ministério da Saúde/Departamento de Atenção Básica (2000), levantou-se o Perfil dos Médicos e Enfermeiros do Programa Saúde da Família no Brasil. Estão registrados, nesta pesquisa, entre outros dados os de expansão do programa:

Tabela 3. Síntese de Evolução da Expansão do PSF.

- Final de 1996 – 847 equipes de PSF – em 900 municípios.
- Final de 1999 – 4.945 equipes de PSF – em 1.870 municípios.
- Em três anos um aumento de 483% em equipes PSF e 107% em Municípios.

Fonte: NERHUS-DAPS-ENSP/FIOCRUZ /Perfil dos Médicos e Enfermeiros do Programa Saúde da Família: relatório final. V.1 – Brasil e Grandes Regiões. MS/2000.

No mesmo período o Programa dos Agentes Comunitários de Saúde – PACS, considerado etapa transitória para o PSF, passa de 44 mil agentes/1996, para 111.659 mil agentes em dezembro de 1999.

Esta mesma pesquisa revela que em 1998, mesmo que de forma incipiente havia o seguinte quadro de expansão de equipes e cobertura populacional do PSF, conforme demonstra a Tabela 5:

Tabela 4. Síntese da expansão de equipes e cobertura populacional do PSF.

- Em 1998 – 3.147 equipes de PSF – com 6.294 profissionais (Médicos e Enfermeiros) – distribuídos em 1.117 municípios cobrindo 11 milhões de habitantes.
- Isto significa aproximadamente 5,6% de profissionais por município e 2,8% equipes por município.
- A relação de profissionais/habitante era de 1 profissional / 1.747 habitante cobertos pelo PSF. Considerando que cada equipe deverá cobrir até 4.500 pessoas e que a relação nesse caso não seria de profissional/hab. e sim de equipe/habitante. Esta relação fica em 1 equipe/3.495 habitantes – o que se compatibiliza com a estratégia em suas diretrizes.

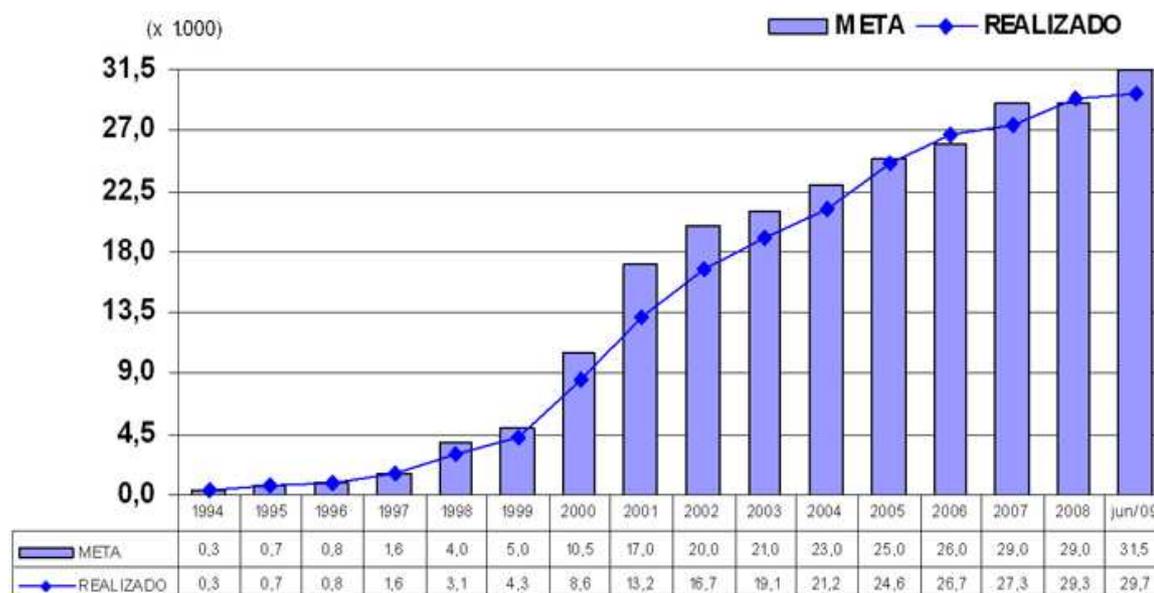
Fonte: NERHUS-DAPS-ENSP/FIOCRUZ /Perfil dos Médicos e Enfermeiros do Programa Saúde da Família: relatório final. V.1 – Brasil e Grandes Regiões. MS/2000.

Para apoiar esta expansão, como não havia profissionais cujo perfil estivesse pronto no mercado, foram feitos investimentos na qualificação dos mesmos para o PSF, através da criação de Pólos de Capacitação em Saúde da Família, que articulavam universidades e secretarias estaduais e municipais de saúde. Atualmente o Ministério da Saúde, através da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde, reconduziu esse processo de qualificação pela Política de Educação Permanente,

residências multiprofissionais e outras ações que visam preparar as equipes para o trabalho nessa estratégia.

Outra pesquisa¹² realizada pelo Ministério da Saúde, publicada em 2006 – *Saúde da Família no Brasil - Uma Análise de Indicadores Seleccionados (1998 – 2004)*, registra a evolução da Estratégia do Saúde da Família e evidência que o número de municípios cobertos cresceu 411% de 1998 a 2004 e a cobertura populacional aumentou 600%, no mesmo período.

Gráfico 1. Meta e Evolução da Implantação das Equipes Saúde da Família - BRASIL - 1998 - JUNHO/2009



FONTE: SIAB – Sistema de Informação da Atenção Básica
SCNES – Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos em Saúde

Fonte: SAS/Departamento de Atenção Básica/MS – site: <http://dtr2004.saude.gov.br/dab/abnumeros.php> (acesso em: 17/09/09)

¹² Pesquisa realizada pelo MS/SAS/DAB sob a supervisão geral de Luis Fernando R. Sampaio, Coordenação Geral de Eronildo Felisberto e Elaboração da Pesquisa por Alice Teles de Carvalho (Consultora Especializada), publicada pela editora MS- OS 2006/0237. 2ª edição – 2006. Págs 7/8.

Tradicionalmente nossas estruturas de saúde em âmbito nacional apresentam um modelo que funciona por oferta de serviços que desconsidera as reais necessidades dos indivíduos, famílias e comunidades, tanto na atenção secundária e terciária como nas Unidades Básicas de Saúde. Nesse sentido, segundo os mesmos autores a ESF oferece uma nova forma de Atenção Básica (Primária) à Saúde onde os princípios de prevenção e promoção da saúde fazem com que a lógica se transforme e a população adstrita seja monitorada e acompanhada antes que as patologias se instalem ou que requeiram cuidados cada vez mais complexos e conseqüentemente mais onerosos. Aponta ainda que em dezembro de 2005 a ESF estava presente em 4.984 municípios, ou seja, 89,6% do total dos municípios brasileiros. Atualmente são, até junho de 2009 (dados do DAB/06/09/09), 29.678 equipes de SF presentes em 5.229 municípios, ou seja, 96% do total de municípios estão cobertos. Esta pesquisa afirma ainda que o SF esteja promovendo equidade, um dos princípios mais caros do SUS, dado que a estratégia tem maior cobertura em municípios de IDH (Índice de Desenvolvimento Humano) mais baixo e, ainda, tem aproximado os indicadores desses aos de outros municípios de IDH maior, o que reduz a brecha existente entre estes dois grupos de municípios.

4.4. ENFERMEIRO uma Profissão na ESF.

Considerando que este estudo elegeu a categoria profissional Enfermeiro para o levantamento dos dados de precarização dos vínculos de trabalho e do perfil apresentado na execução das suas funções junto a Estratégia Saúde da Família, faz-se necessário sua descrição, seu histórico e inserção na equipe de saúde.

Atualmente temos acompanhado mudanças para a categoria dos enfermeiros quanto a suas novas formas de inserção no mercado de trabalho, seu perfil de liderança que o faz ocupar mais freqüentemente a gestão, e não só do processo de trabalho em enfermagem, aumentando seu nível de autonomia profissional e o ESF ainda expandiu suas possibilidades de postos de trabalho.

Foi no Rio de Janeiro que teve início a formação de enfermeiros, o governo criou a Escola de Enfermeiros e Enfermeiras no Hospital Nacional de Alienados do Ministério

dos Negócios do Interior, tornando-se a primeira escola de enfermagem do Brasil. A legislação que a criou foi o Decreto Lei Federal de nº 791, de 27 de setembro de 1890. Hoje essa escola está na Universidade do Rio de Janeiro – UNI-RIO, denominada de Escola de Enfermagem *Alfredo Pinto*. Em 1930 um decreto federal modificou o curso em sua duração passando a ser realizada em 03 anos e dirigida por enfermeiras “diplomadas” - termo utilizado a época que denotava à enfermeiras com o nível superior.

Somente em 1922, é criada a Escola de Enfermagem *Anna Nery*, junto ao Hospital Geral de Assistência do Departamento Nacional de Saúde Pública, anteriormente denominada de “Escola de Enfermeiras do Departamento Nacional de Saúde Pública – cujo padrão de ensino era no modelo Nightingale (CARVALHO, 1976 apud VARELA e PIERANTONI, 2008). Posteriormente em 1937, esta escola é inserida na *Universidade do BRASIL* como Instituto de Ensino Complementar, se igualando às outras unidades acadêmicas em 1946. Esse é o motivo de se dizer que a Escola *Anna Nery* é a primeira escola de enfermagem brasileira integrada a uma universidade (VARELA e PIERANTONI, 2008).

Paixão (1969) apud VARELA e PIERANTONI, 2008 - refere que a Lei nº. 775 - 16/08/1949 foi regulamentada pelo Decreto Lei nº. 27.426 de novembro/1949 - dispõe sobre o ensino de enfermagem no país, distinto em dois cursos: o de enfermeiro, durando 36 meses e pré-requisito do ensino secundário, e o de auxiliar de enfermagem, durando 18 meses e pré-requisito do ensino primário. (p.126)

Embora a atividade dos enfermeiros esteja estreitamente atrelado ao “cuidado” ela é **uma profissão** (Miranda apud VARELA e PIERANTONI, 2008), Nightingale dizia que: “*a enfermagem é uma ciência e uma arte, talvez a mais bela das artes*”. O que nos faz refletir tratar-se de uma profissão na arte de cuidar em saúde e do cuidado em saúde como fonte de produção em arte no processo de trabalho em enfermagem.

Podemos pensar que um modelo de profissão, conforme definido por muitos autores exige certos atributos no seu fazer e existir. Para Machado, apud VARELA e PIERANTONI (2008) o enfermeiro é considerado semiprofissão, pelo fato de em sua visão não possuir um corpo de conhecimentos específicos. Outros autores argumentam que a ocupação que ostenta posição predominante na divisão do trabalho e que controla

a determinação da sua própria atividade é uma profissão. (Freidson apud VARELA e PIERANTONI, 2008). Remete-nos ainda a mais que apoiar-se na teoria das ocupações do que na Teoria das classes. Defende a “sociologia do trabalho” que estuda a natureza e variedade de conhecimentos e competências especializadas que se incorporam ao trabalho.

Para Larson, apud VARELA e PIERANTONI, 2008 uma profissão é um processo de dois eixos fundamentais e independentes – o corpo de conhecimento abstrato passível de emprego prático e um mercado de trabalho favorável, cuja determinação tem origem no desenvolvimento econômico e social. O conhecimento deixa de ser personalizado e passa a representar a base cognitiva de determinado grupo e sua formalização instrumento de unificação profissional.

A formalização e padronização do conhecimento são fornecidas pelos aparelhos formadores de nível superior, instituições legalmente constituídas para esse fim. Portanto o saber teórico e a práxis são compartilhados pelos pares de uma profissão, assim como seus aspirantes (VARELA e PIERANTONI, 2008).

A profissionalização é um processo com os seguintes atributos, segundo Moore e Wilensky, apud VARELA e PIERANTONI, 2008: Ocupação de tempo integral, ou seja, seu executor sobrevive da remuneração resultante dessa atividade e ainda existe demanda pelo serviço; Vocação que é a identidade do profissional com os valores difundidos pela profissão, aceitação das normas e modelos e identificação com seus pares e as escolas passam a transmitir o conhecimento; Organização profissional corporativa que controla a admissão e o exercício profissional – adotam um código de ética próprio que define a conduta profissional - o estado concede à ocupação, exclusividade legal na prestação de determinados serviços no mercado e pune os que a praticam sem credenciamento; possui conhecimento teórico formal e complexo adquirido em geral por universidade; a ocupação adquire autonomia.

Pautados então nesses princípios em que os autores se firmam podemos dizer que enfermeiro é uma profissão estando contemplado em todos os requisitos listados e a única questão que poderia ser objeto de reflexão é a autonomia.

Podemos, no entanto relativizar a autonomia conforme nos sugere VARELA e PIERANTONI, 2008 considerando a complexidade do trabalho na atualidade que

incorporou aparato tecnológico fazendo com que a autonomia como independência de ação de diferentes grupos profissionais ganhasse nova dimensão. Outro valor que se pode pensar para rever o conceito de autonomia é o papel do enfermeiro que vem adquirindo maior visibilidade no sistema de saúde do Brasil, não mais tendo suas atividades profissionais no âmbito da assistência, mas também na gerência e na academia produzindo pesquisa e ensinando. Essa evolução tem dado mostras de outros padrões de autonomia para o enfermeiro, pois nas posições de direção nas diferentes esferas de governo em que encontramos o enfermeiro, sua autonomia na tomada de decisões é exigida. Vale lembrar que mesmo outros profissionais que são tipicamente autônomos são ameaçados atualmente pelo assalariamento e pela incorporação de tecnologia na execução profissional.

Por pertencer ao setor serviço o trabalho em saúde segue as regras universais, mas com algumas características típicas, segundo VARELA e PIERANTONI, 2008 a saúde obedece a regras da divisão técnica do trabalho como o modelo Taylorista-fordista que coloca a produção fracionada do trabalho, parcalizando as tarefas e normalmente mecanizando. Na saúde não é diferente e para a enfermagem essa divisão se dá tanto dentro da própria categoria “enfermagem” que se divide em Técnico de Enfermagem, Auxiliar de Enfermagem e em alguns locais ainda há o Atendente de enfermagem (sem qualificação formal para o trabalho), e cada um tem competências que se distinguem. Segundo dados do COFEN – Conselho Federal de Enfermagem a força de trabalho de enfermagem (2009) era de 1.243.804¹³ profissionais ativos.

O que também se vê, é o enfermeiro em uma divisão de trabalho dita horizontal, com profissionais como médicos, nutricionistas, fisioterapeutas, fonoaudiólogos e outros das profissões típicas da saúde, o que torna a atividade profissional coletiva e cooperativa (VARELA e PIERANTONI, 2008).

Outra característica típica do trabalho em saúde é o fato de ser intensivo de força de trabalho, apesar da incorporação tecnológica, o que resulta na não dispensa de dessa força de trabalho, ao contrário amplia a base técnica e demanda novas ocupações.

¹³ Enfermeiros – 14,5%; Técnicos de Enf. – 37,5%; Auxiliares – 48%.

Podemos perceber então que o desenvolvimento das ações na saúde requer trabalho humano e qualificado, entendendo que o serviço de saúde oferece para consumo a utilidade do trabalho (VARELA e PIERANTONI, 2008).

Podemos então nos voltar para o trabalho do enfermeiro no ESF, nosso foco nesse estudo. A Saúde da Família é uma estratégia de fortalecimento da assistência em atenção básica no SUS, que adotada no início da década de 1990 abriu novos postos de trabalho para enfermeiros e médicos além da criação de uma nova profissão a de Agente Comunitário de Saúde. Em atendimento à diretriz constitucional de saúde como um direito de todos e um dever do estado representou pelos princípios nele implícitos de solidariedade e cidadania de acesso aos serviços de saúde ganhando visibilidade e impacto no campo das políticas de saúde brasileiras hoje cobrindo 104 milhões de pessoas e 44.550 famílias (DAB/2009 - Junho/2009).

O processo de expansão da estratégia trouxe ganhos, mas também problemas de várias naturezas. Primeiro o processo de qualificação dessa força de trabalho que carecia das habilidades inerentes a nova abordagem do processo saúde doença. Segundo coloca no cenário outro trabalhador que tem pré-requisitos específicos, ou seja, ter que residir na comunidade coberta *pela Saúde da Família* e do ponto de vista formal não era profissional de saúde, sequer tinha vínculo com o serviço público. Terceiro para os gestores dos sistemas municipais de saúde que enfrentavam e enfrentam o dilema da expansão dos serviços com a implantação da estratégia, os limites no contingenciamento de recursos financeiros e dos recursos humanos com remuneração diferenciada (Lei de Responsabilidade Fiscal¹⁴) que tem gerado desconforto na contratação de pessoal.

As modalidades de inserção de trabalhadores mais flexíveis entram em cena para driblar os obstáculos legais, mas a médio e longo prazo também se constituíram em problema de recursos humanos para saúde. Presenciamos então contratações a margem da legalidade que muito tem sido polêmico.

¹⁴ O setor público é regido por lei de nº 101, 04/05/2000, que associa as despesas com pessoal às receitas líquidas das administrações federais, municipais e estaduais, limitando o gasto com pessoal a até 60% da receita para estados e municípios e em 50% da receita líquida federal, o que limita a autonomia das intuições públicas para contratação direta de pessoal.

Para a enfermagem foi um incremento na oferta de postos de trabalho e isso se comprova pela ocupação do enfermeiro, que segundo Machado e Girardi, apud VARELA e PIERANTONI, 2008, a Saúde *da Família* ocupou 15% dos profissionais registrados no COFEN em 2001, 19,9% dos postos de trabalho em serviços de saúde e 20,0% dos vínculos formais de emprego. Soma-se a isso o fato de que os enfermeiros ocupavam 70% dos cargos de coordenador do programa e eram as prefeituras os contratantes diretos em 85% desses profissionais. Estes dados serão atualizados mais adiante no decorrer da consolidação dos dados das pesquisas 2001 e 2006/NESCON para o enfermeiro na ESF.

Sendo assim o enfermeiro enquanto profissão nos oferece uma boa representação do processo de reflexão sobre a precarização dos vínculos de trabalho oriundo da flexibilização, cabendo em nossas análises a relevância da categoria como integrante da equipe de saúde e em especial da ESF.

A pesquisa¹⁵ o *Perfil dos Médicos e Enfermeiros do PSF no Brasil* (MS/DAB/Fiocruz -2000) levantou os perfis desses profissionais nos aspectos: 1. Sócio demográfico, 2. A *formação técnico-científica* e 3. O *Mercado de Trabalho* para estas categorias profissionais em todas as regiões do país, abrangendo um total de 3.131 trabalhadores, (1.480 médicos e 1.651 enfermeiros). Esta pesquisa usou como instrumento de coleta de dados questionário de autopreenchimento com perguntas abertas, semi-abertas e fechadas que foi respondido no período de janeiro a junho de 1999.

No que se refere a formação dos enfermeiros, o documento destaca que: 70,7% dos Enfermeiros no PSF formaram-se em instituição de ensino público, bem como 81% desses profissionais estão nas faixa da pesquisa - Até 4 anos (43,1%) e de 5 a 14 anos (38,0%) de formados. Na sua maioria (63,0%), não possuíam habilitação profissional e, dos enfermeiros que possuíam habilitação (35,5%), 40,0% a tinham em Saúde Pública. Vale mencionar que 64,5% dos enfermeiros não possuíam curso de especialização, e dos que o possuíam, 35,5% concentravam os títulos em *Saúde Pública* (38,5%).

¹⁵ Pesquisa elaborada pelo Núcleo de Estudos e Pesquisas em Recursos Humanos em Saúde – NERHUS-DAPS-ENSP/FIOCRUZ, coordenada por Maria Helena Machado. Perfil dos Médicos e Enfermeiros do Programa Saúde da Família: relatório final. V.1 – Brasil e Grandes Regiões. MS/2000.

Quanto ao Mestrado, 98,5% dos enfermeiros não possuíam e o título de Doutorado, estava quase ausente, 99,0% não o possuíam. A modalidade de pós-graduação mais acessada pelos enfermeiros é a habilitação (37%) seguida pela especialização (35,4). Para os enfermeiros, à primeira escolha por capacitação seria outra especialização (28,5%) seguida do Mestrado/Doutorado (23%) e por fim capacitações de curta duração (19,0%) e aperfeiçoamento (15,5%). Demonstra a tendência naquele momento de uma procura pelos enfermeiros de formas mais robustas de capacitação como a Especialização, o Mestrado e o Doutorado.

Os enfermeiros acessavam publicações técnicas e científicas em 65,3% e 97,0% participavam de eventos técnicos e científicos, relatavam ainda que sentiam necessidade desse aprimoramento profissional na área.

Tabela 3. Formação dos Enfermeiros do PSF – Brasil, jun/1999.

Condições da Formação	Percentual
Instituição Formadora Pública	70,0%
De até 4 e de 5 a 14 anos de formados	81,0%
Não possuíam Habilitação Profissional.	63,0%
Habilitação Profissional em Saúde Pública	40,0% dos que possuíam Habilitação
Não possuíam Curso de Especialização	64,5%
Curso de Especialização em Saúde Pública	40,0% dos que possuíam Especialização
Não possuíam Mestrado	98,0%
Não possuíam Doutorado	99,0%
Acesso a publicações Técnicas-científicas	65,3%
Participação em eventos técnicos e científicos	97,0%

Fonte: NERHUS-DAPS-ENSP/FIOCRUZ /Perfil dos Médicos e Enfermeiros do Programa Saúde da Família: relatório final. V.1 – Brasil e Grandes Regiões. MS/2000.

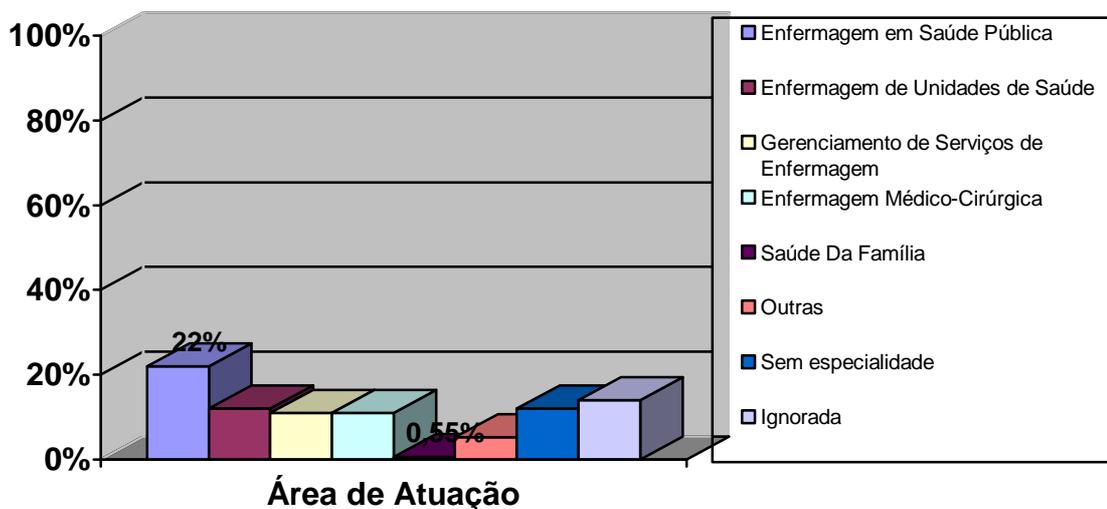
Tabela 5. Quadro demonstrativo de prioridade nas escolhas por capacitação pelos Enfermeiros do PSF - Brasil, jun/1999.

Grau de Prioridades na escolha por Capacitação	Tipo de Capacitação	%
1ª escolha	Outra Especialização	28,5%
2ª escolha	Mestrado e Doutorado	23,0%
3ª escolha	Capacitações de Curta duração	19,0%
4ª escolha	Aperfeiçoamento	15,5%

Fonte: NERHUS-DAPS-ENSP/FIOCRUZ /Perfil dos Médicos e Enfermeiros do Programa Saúde da Família: relatório final. V.1 – Brasil e Grandes Regiões. MS/2000.

Ainda no que se refere ao perfil desses trabalhadores, podemos citar que a **área de atuação** prevalente para os enfermeiros ao entrar no PSF era a *Saúde Pública* (22,0%) estando o restante das outras opções distribuídas em Unidades de Saúde (11,6%); em Gerenciamento de Serviços de Enfermagem 11,1%; em Médico-cirúrgica 10,9%, **em PSF 0,5%**, em Outras áreas 5,2%, sem especialidade 11,8% e Ignorada 13,5%.

Gráfico 2. Área de Atuação dos Enfermeiros do PSF – Brasil, jun/1999



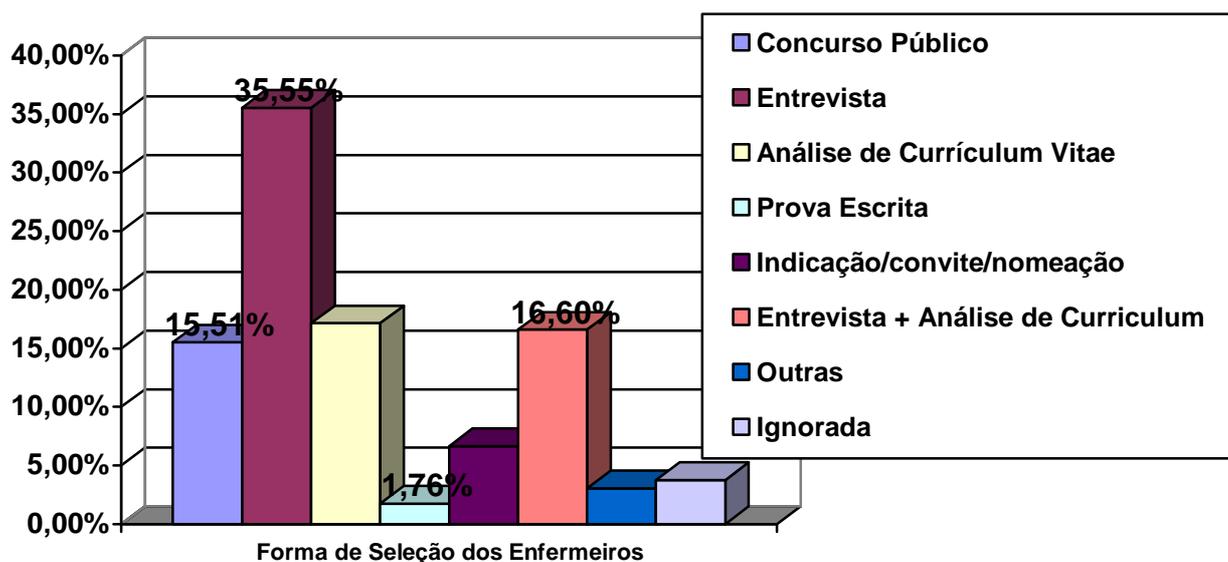
Fonte: NERHUS-DAPS-ENSP/FIOCRUZ /Perfil dos Médicos e Enfermeiros do Programa Saúde da Família: relatório final. V.1 – Brasil e Grandes Regiões. MS/2000.

O **Tempo de atuação** dos enfermeiros no PSF, era na maioria, de menos de 1 ano (44,0%).

Em média de 77,2% dos enfermeiros *haviam exercido a profissão antes de atuarem no PSF* e 15,9% relatam o não exercício profissional anterior ao PSF.

A **forma de seleção** mais referida pelos enfermeiros (35,5%) era a **Entrevista**. Esse dado contraria a premissa da seleção por concurso público para servidores públicos de forma exclusiva (Constituição Federal 1988), que representou apenas 15,5% das seleções de enfermeiros do PSF.

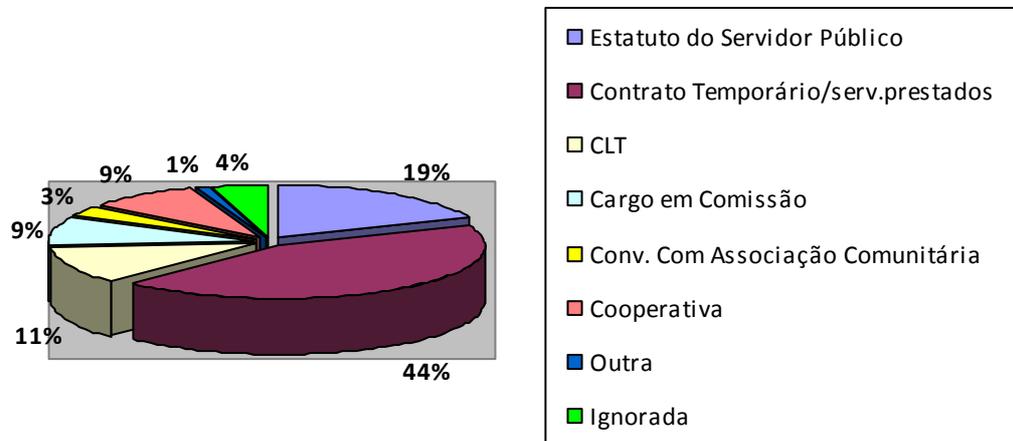
Gráfico 5. Enfermeiros do PSF, por Forma de Seleção - Brasil, jun/1999.



Fonte: NERHUS-DAPS-ENSP/FIOCRUZ /Perfil dos Médicos e Enfermeiros do Programa Saúde da Família: relatório final. V.1 – Brasil e Grandes Regiões. MS/2000.

A **modalidade de contratação** mais prevalente, naquele período, para os enfermeiros (44,0%) era a **contratação temporária/serviços prestados**. Isto caracteriza a precarização dos vínculos naquele período e o quadro de expansão se deu com essa característica.

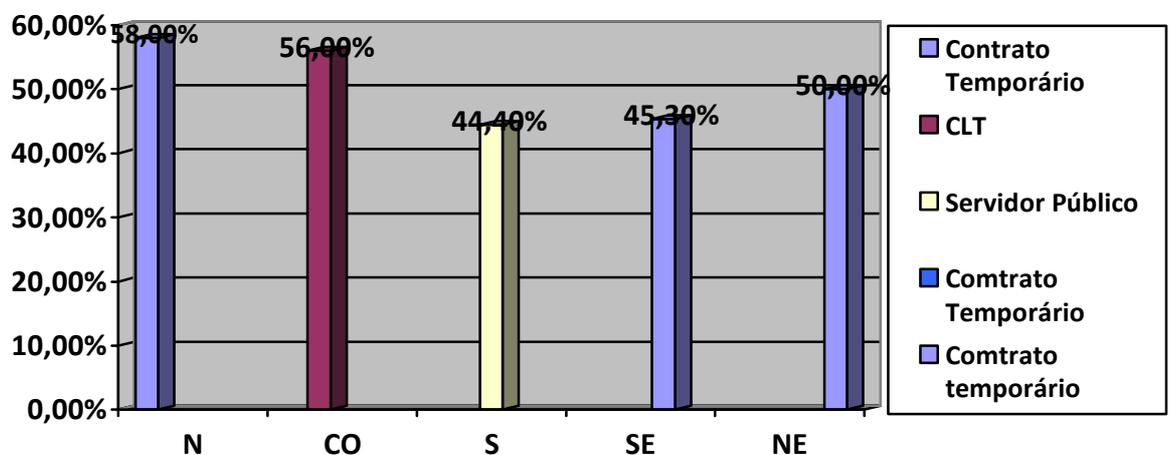
Gráfico 6. Enfermeiros do PSF segundo Modalidade de Contratação – Brasil, jun/1999.



Fonte: NERHUS-DAPS-ENSP/FIOCRUZ /Perfil dos Médicos e Enfermeiros do Programa Saúde da Família: relatório final. V.1 – Brasil e Grandes Regiões. MS/2000.

A região Norte era a que mais se utilizava a modalidade de contratação Temporária (58,0%) para enfermeiros no PSF, seguida das regiões Nordeste (50,0%) e Sudeste (45,3%).

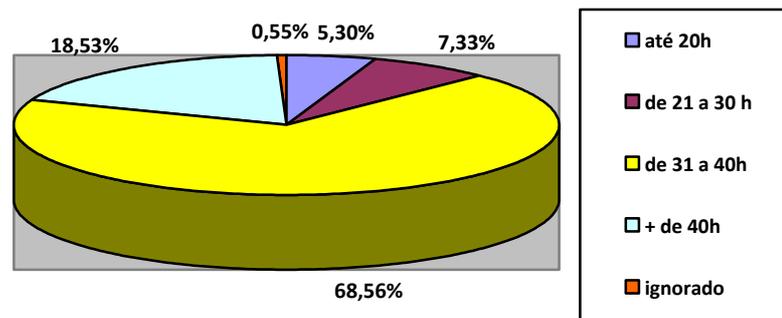
Gráfico 7. Enfermeiros do PSF 1999 por Modalidade de Contratação/região – Brasil, jun/1999.



Fonte: NERHUS-DAPS-ENSP/FIOCRUZ /Perfil dos Médicos e Enfermeiros do Programa Saúde da Família: relatório final. V.1 – Brasil e Grandes Regiões. MS/2000.

A **Jornada de Trabalho** para estes profissionais variava de 31 a 40 horas semanais (68,5%). Em tese não poderia haver variações, pois o PSF prevê a carga-horária de 40 horas semanais, como forma de dedicação exclusiva.

Gráfico 8. Jornada de Trabalho dos Enfermeiros do PSF – Brasil, jun/1999

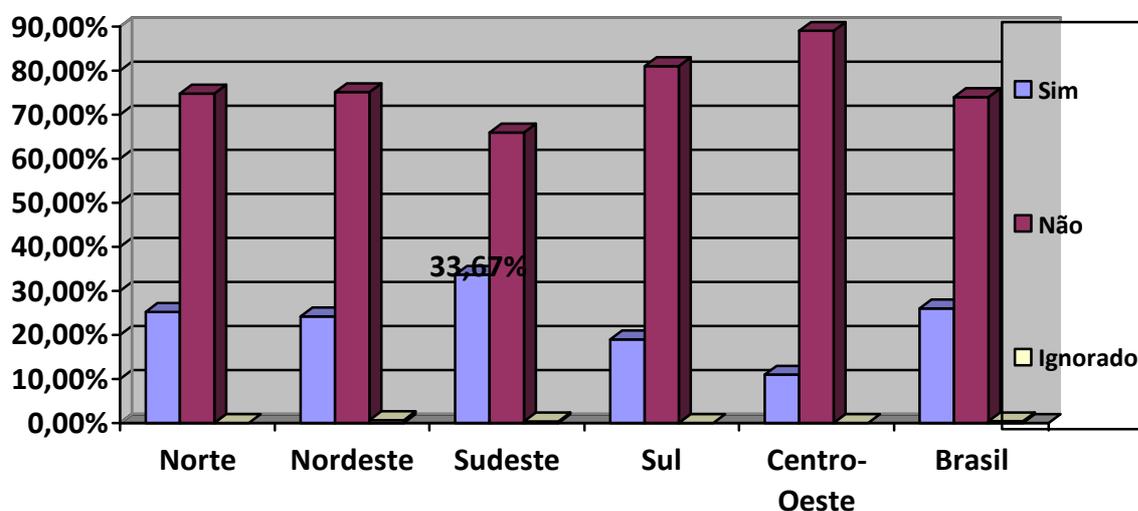


Fonte: NERHUS-DAPS-ENSP/FIOCRUZ /Perfil dos Médicos e Enfermeiros do Programa Saúde da Família: relatório final. V.1 – Brasil e Grandes Regiões. MS/2000.

Apesar da variação na carga horária de trabalho dos enfermeiros do PSF, 74,0% dos enfermeiros referiram não possuir outro vínculo empregatício.

Na região Sudeste vale mencionar, entretanto que 33,6% dos enfermeiros possuem outro vínculo de trabalho.

Gráfico 9. Enfermeiros do PSF por outro vínculo empregatício segundo grandes regiões - Brasil, jun/1999.



Fonte: NERHUS-DAPS-ENSP/FIOCRUZ /Perfil dos Médicos e Enfermeiros do Programa Saúde da Família: relatório final. V.1 – Brasil e Grandes Regiões. MS/2000.

Note-se que 82,6% desses profissionais não referiram ter trabalhado em PSF de outros municípios. Naquele momento não havia caracterização de rotatividade entre municípios, muitas vezes marcado pela procura de melhores salários.

Os Enfermeiros neste período da pesquisa revelam alterações positivas ocorridas na vida profissional após trabalhar no PSF, principalmente no que tange a remuneração, a relação com os pacientes e à autonomia técnica.

Tabela 5. Alterações positivas citados pelos enfermeiros no PSF - Brasil, jun/1999

Aspectos Avaliados	Alterações profissionais positivas
1. Quanto à remuneração	67,0% de melhora
2. Quanto a Jornada de Trabalho	65,3% de melhora
3. Quanto às condições de trabalho	45,0% de melhora

4. Quanto à autonomia técnica	68,5% de melhora
5. Quanto à relação com os pacientes	90,1% de melhora
6. Quanto ao prestígio profissional	61,9% de melhora

Fonte: NERHUS-DAPS-ENSP/FIOCRUZ /Perfil dos Médicos e Enfermeiros do Programa Saúde da Família: relatório final. V.1 – Brasil e Grandes Regiões. MS/2000.

No que se refere à inserção desses profissionais no mercado trabalho privado, 93,8% dos enfermeiros não possuíam atividade profissional particular.

Os enfermeiros que procuravam atividade particular (6,1%) o faziam, em sua maioria no domicílio (44,5%) e em hospitais (40,5%).

A pesquisa trabalhou com faixas de renda mensal para os enfermeiros sendo assim distribuídas – 1ª Até 500 dólares (R\$ 850,00); 2ª de 501 a 1.000, 3ª de 1.001 a 2.000, 4ª de 2.001 a 3.000, 5ª de 3.001 a 4.000 e 6ª de 4.001 a 5.000 (R\$ 8.500,00).

A renda salarial mensal no PSF *declarada* pelos enfermeiros variava prevalentemente entre a segunda e a terceira faixas, ou seja, de 501 a 1.000 (R\$ 851,70 / R\$ 1.700,00) e 1001 a 2.000 dólares (R\$ 1.701,70 /R\$ 3.400,00) em 87,8%.

**Tabela 6. Enfermeiros do PSF por renda mensal declarada (em dólares*)
segundo regiões geográficas - Brasil, jun/1999.**

Faixa de renda mensal declarada	Enfermeiros do PSF (%)					Brasil
	N	NE	SE	S	CO	
Até 500	8,4	3,6	7,4	9,7	1,2	5,7
<u>De 501 a 1.000</u>	55,1	46,3	48,1	59,2	43,9	49,0
<u>De 1.001 a 2.000</u>	33,6	41,9	40,2	27,3	39,0	38,8

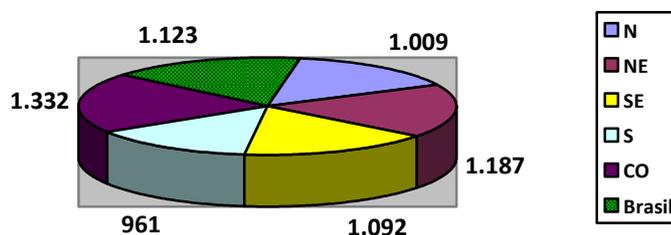
De 2001 a 3.000	2,8	4,9	2,6	2,3	9,7	4,0
De 3.001 a 4.000	0,0	1,3	0,8	0,4	3,6	1,0
De 4.000 a 5.000	0,0	0,2	0,2	0,0	0,0	0,1
Ignorado	0,0	1,6	0,6	0,9	2,4	1,1

Fonte: NERHUS-DAPS-ENSP/FIOCRUZ /Perfil dos Médicos e Enfermeiros do Programa Saúde da Família: relatório final. V.1 – Brasil e Grandes Regiões. MS/2000. * Valor do Dólar á época – US\$ 1,70

A *renda média mensal nacionalmente* declarada no PSF para os enfermeiros era de 1.123 dólares (R\$ 1.909,10).

A região em que os enfermeiros declaravam a maior renda média mensal era o Centro-Oeste (1.332 dólares) e a menor média de renda mensal declarada pelos enfermeiros era da região Sul (961dólares).

Gráfico 13. Enfermeiros do PSF segundo Renda Média Mensal Nacional (em dólares) - Brasil, jun/1999.



Fonte: NERHUS-DAPS-ENSP/FIOCRUZ /Perfil dos Médicos e Enfermeiros do Programa Saúde da Família: relatório final. V.1 – Brasil e Grandes Regiões. MS/2000.

Ainda sobre a questão de remuneração dos enfermeiros do PSF nesse período o Piso Salarial com maior frequência considerado mais adequado por estes profissionais, para uma jornada de 40 horas, estava em **Primeiro lugar** (37,7%) - na faixa de 1.001 a 2.000 dólares (R\$ 1.701,70 a 3.400,00), e em **Segundo lugar** (31,9%) - na faixa de 2.001 a 3.000 dólares (R\$ 3.401,70 a R\$ 5.100,00). Os enfermeiros da região **Sul** foram os que mais opinaram pelo **Primeiro lugar** das faixas.

Tabela 7. Percentual de Enfermeiros do PSF segundo Piso Salarial por grandes regiões - Brasil, jun/1999.

Piso Salarial *	N	NE	SE	S	CO	Brasil (%)
Até 500	0,0	2,2	1,6	0,9	1,2	1,7
De 501 a 1.000	4,6	3,6	5,2	9,2	1,2	4,7
De 1.001 a 2.000	46,7	31,5	39,4	49,0	41,4	37,7
De 2.001 a 3.000	26,1	34,9	32,6	24,5	28,0	31,9
De 3.001 a 4.000	10,2	14,1	11,0	7,4	19,5	12,3
De 4.001 a 5.000	4,6	5,3	3,4	5,0	3,6	4,6
De 5.001 a 6.000	0,0	1,4	1,0	0,4	1,2	1,0
Mais de 6.000	0,9	0,8	0,2	0,0	0,0	0,4

Ignorado	6,5	5,7	5,4	3,2	3,6	5,2
----------	-----	-----	-----	-----	-----	-----

*Em dólares.

Fonte: NERHUS-DAPS-ENSP/FIOCRUZ /Perfil dos Médicos e Enfermeiros do Programa Saúde da Família: relatório final. V.1 – Brasil e Grandes Regiões. MS/2000.

Também estava nessas faixas, do 1º e 2º lugar, o *valor considerado satisfatório* para renda mensal dos enfermeiros, ou seja, de 1.001 a 3.000 dólares (R\$1.701,70 a R\$ 5.100,00).

Vale salientar que 12,3% dos enfermeiros consideraram como satisfatória uma renda mensal mais alta, ou seja, na faixa de 3.001 a 4.000 dólares (R\$ 5.101,00 a R\$ 6.800,00). A região Centro-Oeste foi onde os enfermeiros mais opinaram por essa faixa como mais satisfatória.

Constituiu ainda dessa pesquisa algumas opiniões desses profissionais a cerca da melhoria das condições de saúde ao que os enfermeiros em 98,6%, responderam que **houve melhoria** para a população e qual era sua opinião sobre o futuro do PSF ao que os enfermeiros (55,6%) responderam, estar **otimistas**.

Para termos parâmetros e comparar o cenário atual do PSF muito importante seria repetir a pesquisa com as mesmas variáveis e confrontar os dados com as diversas ações e políticas no âmbito das três esferas de governo, que podem ter impactado estes dados. Como não foi possível tal abordagem nos serviremos dos dados a seguir como forma de poder avaliar o antes e o depois em alguns aspectos.

Precarização dos vínculos de trabalho em saúde – Pesquisa - 2006.

“Pesquisa Nacional de Precarização e Qualidade do Emprego no Programa de Saúde da Família”, patrocinada pelo SGTES/DEGERTS do Ministério da Saúde e executada pela Estação de Pesquisa de Sinais de Mercado em Saúde (NESCON / FM / UFMG) ao que passaremos a analisar a seguir.

Envolveu aspectos quantitativos e qualitativos, e consistiu na realização de um “survey” junto aos coordenadores municipais do programa de saúde da família, por

meio de Entrevistas Telefônicas Assistida por Computador (ETAC) em uma amostra de 855 municípios do Brasil, do total de 4.884, constantes do Cadastro Departamento de Atenção Básica do Ministério da Saúde (Municípios com PSF – DAB - Setembro 2005), estratificada por porte populacional e por regiões geográficas segundo critério do IBGE.

Foram mantidos os 668 municípios utilizados na pesquisa realizada pela REDE OBSERVATORIO DE RECURSOS HUMANOS EM SAÚDE DO NESCON – FM – UFMG (EPSM – NESCON) chamada “*Agentes Institucionais e modalidades de contratação de pessoal no Programa de Saúde da Família no Brasil*” – 2001. Foram acrescentados outros 187 municípios obtidos através de sorteio, respeitando-se os critérios de estratificação explicitados acima e assegurada à presença de todas as capitais não contempladas no sorteio.

A prioridade estabelecida foi a do conhecimento dos tipos de instituições, modalidades de vínculos contratuais e empregatícios e padrões de remuneração praticados pelas prefeituras e secretarias municipais na implementação e execução do programa. Ao mesmo tempo o estudo levantou informações sobre aspectos de gerenciamento do programa bem como sobre problemas de retenção da força de trabalho no PSF e estratégias utilizadas para “fixação” dos profissionais.

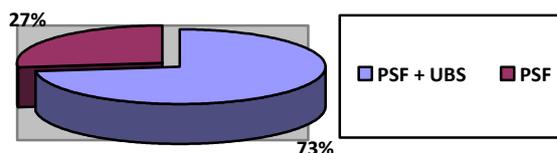
Uma questão fundamental que a pesquisa analisa é a da qualidade dos “empregos” gerados pelo PSF no que diz respeito a *graus de formalização/informalização da relação de trabalho, durabilidade do emprego, salários, esquemas de proteção, benefícios e direitos dos trabalhadores, entre outras características*. Estes atributos são essenciais para avaliar a qualidade do emprego, conforme tratamos no capítulo desta dissertação *A Reforma do Estado e a Flexibilização dos Vínculos de Trabalho*.

As categorias profissionais pesquisadas foram médicos, enfermeiros, dentistas, técnicos e auxiliares de enfermagem e agentes comunitários de saúde que atuam no PSF.

O referido estudo mostra que a atenção básica nos municípios tem mantido uma organização que integram as Unidades Básicas de Saúde (UBS) e o PSF: 73,0% dos municípios mantêm os dois (PSF+UBS) no sistema e 27% dos municípios optaram

pela exclusividade do PSF. Quanto menor o porte populacional do município, maior a tendência do mesmo em optar por PSF exclusivo na organização da atenção básica.

Gráfico 15. Os Municípios e sua organização da Atenção Básica no Sistema de Saúde local – Brasil, jun/1999.



Fonte: “Pesquisa nacional de precarização e qualidade do emprego no PSF” - 2006 - EPSM – NESCON/FM/UFMG

Ao analisarmos a organização da atenção básica por região encontramos que: Em mais de sessenta por cento das regiões os municípios organizaram a atenção básica (AB) utilizando o PSF/UBS.

Os municípios de menor porte populacional tendem a optar por uma organização da AB via PSF de forma exclusiva. Em contra partida os municípios quanto maior os portes populacionais mais utilizam como organização da AB as estruturas PSF/UBS no sistema de saúde local.

Os municípios informaram que 92,0% têm Coordenador de PSF; em pesquisa anterior (2001- EPSM – NESCON) essa informação era de 84,0% dos municípios mantendo nas suas estruturas o coordenador de PSF. Dos municípios que informaram não ter coordenador em 2001 – 16,0%, em 2006 são 8,1%.

Tabela 10. Coordenador de PSF – Brasil, jun/1999.

Pesquisas	Existência de Coordenador PSF	
	Sim	Não
2001	84,0%	16,0%
2006	92,0%	8,1%

Fonte: “Pesquisa nacional de precarização e qualidade do emprego no PSF” - 2006 - EPSM – NESCON/FM/UFMG e “Pesquisa “Agentes Institucionais e modalidades de contratação de pessoal no PSF no Brasil” – 2001 – EPSM – NESCON/FM/UFMG

Quanto menor o porte populacional do município menor a configuração de coordenador de PSF. 71,0% dos coordenadores de PSF são de nível superior da área da saúde, sendo 57,0% enfermeiros e 5,0% médicos e 18,3% são de outras profissões em outras áreas fora da saúde. Comparando com a pesquisa de 2001, onde 68,0% dos coordenadores eram enfermeiros e 10,0% médicos, podemos dizer que houve uma mudança no cenário que insere outros profissionais.

Tabela 11. Coordenadores de PSF segundo categoria Profissional – Brasil, jun/1999.

Pesquisas/ano	Coordenadores de PSF/Categoria Profissional		
	Enfermeiro	Médico	Outras Profissões.
2001	68,0%	10,0%	0,0
2006	57,0%	5,0%	18,3%

Fonte: “Pesquisa nacional de precarização e qualidade do emprego no PSF” - 2006 - EPSM – NESCON/FM/UFMG e “Pesquisa “Agentes Institucionais e modalidades de contratação de pessoal no PSF no Brasil” – 2001 – EPSM – NESCON/FM/UFMG

Do ponto de vista quantitativo houve aumento do número de equipes /município, em 2001 era de 4,5 eq./mun. e que em 2006 passa para 10,5 eq./mun., um aumento de 133,3% neste período. Os municípios de porte populacional de + de 500 mil habitantes apresentam a maior variação na configuração de equipes de PSF entre 2001 e 2006. Os municípios com PSF ampliaram suas equipes com o programa de Saúde Bucal 92,4%, com uma média 5,7 equipes de saúde bucal /município.

Tabela 12. Evolução das equipes de PSF nos municípios anos 2001 e 2006 segundo porte populacional – Brasil, jun/1999.

Pesquisas/ano e variação	% de aumento de eq. PSF/porte populacional dos municípios						
	Até 10 mil	10 a 20 mil	20 a 50 mil	50 a 100 mil	100 a 500 mil	+500mil	Brasil
2001	1,5	3,3	4,8	8,2	19,8	66	4,5
2006	1,9	4,4	7,5	13,1	35,8	191	10,5
Variação	26,7	33,3	56,3	59,8	80,8	189,4	133,3

Fonte: “Pesquisa nacional de precarização e qualidade do emprego no PSF” - 2006 - EPSM – NESCON/FM/UFMG e “Pesquisa “Agentes Institucionais e modalidades de contratação de pessoal no PSF no Brasil” – 2001 – EPSM – NESCON/FM/UFMG

Quanto à *forma de recrutamento* - entendido como instrumento ou o conjunto de instrumentos que os gestores municipais utilizam para selecionar os profissionais que compõe o PSF.

Em 94% dos municípios dessa pesquisa foram encontradas as seguintes **Formas de Recrutamento**: a *livre contratação* – ou seja, sem processo público de seleção que por ser irregular, essa modalidade faz o contrato de trabalho ser de direito nulo para fins legais na administração pública direta ou indireta; o *concurso público* – instrumento legal de prova ou prova e títulos de seleção e aceito constitucionalmente

para ocupação de cargo público por concurso público; ou a *seleção pública* - forma simplificada de seleção com entrevista e análise de currículo, necessário que se faça edital público.

Os enfermeiros são selecionados, preferencialmente, via *livre contratação* em 62,6% dos municípios; essa característica é típica para os profissionais de nível superior e mais acentuado para a categoria médica.

Tabela 13. Municípios segundo a Forma de Contratação dos Profissionais de nível superior - Brasil, 2006.

Forma de Recrutamento	Enfermeiros	Médicos	Dentistas
Concurso Público	25,5%	17,2	28,5
Seleção Pública	9,10%	10,1	7,9
Livre Contratação	62,6%	70,0	61,4

Fonte: “Pesquisa nacional de precarização e qualidade do emprego no PSF” - 2006 - EPSM – NESCON/FM/UFMG

A região que usa o recrutamento por livre contratação de forma menos expressiva é a região Sul, estando presente em 39,0% dos municípios. A região que mais utiliza essa forma é o Centro-Oeste, com 72,0% dos municípios, embora se equipare percentualmente às regiões Nordeste e Sudeste com respectivamente 70,0 e 71,0 dos municípios com a livre contratação como forma de recrutamento para o enfermeiro.

A região Sudeste usa a livre contratação com mais ênfase para o nível médio e fundamental.

Tabela 14. Municípios segundo Percentual de profissionais com a “Livre Contratação” como forma de recrutamento para o PSF, por categoria profissional, segundo região – Brasil, 2006.

Categorias Profissionais no PSF	% de Livre Contratação/regiões				
	CO	N	NE	S	SE
<i>Enfermeiro</i>	72,0	54,5	70,0	39,2	71,0
Médico	76,5	66,7	73,9	53,6	76,5
Dentista	70,9	57,6	72,4	34,9	65,6
Téc. de Enfermagem.	44,4	34,8	49,8	22,9	<i>51,6</i>
ACS	16,0	19,7	24,5	30,7	<i>56,6</i>

Fonte: “Pesquisa nacional de precarização e qualidade do emprego no PSF” - 2006 - EPSM – NESCON/FM/UFGM

A pesquisa ainda aponta, nesse sentido, que nos municípios de menor porte populacional (até 10 mil habitantes, de 10 a 20 mil, de 20 a 50 mil) há tendência a uma menor utilização da livre contratação, enquanto nos de porte populacional de 100 a 500 mil ela aumenta, voltando a diminuir nos municípios de porte de mais de 500 mil habitantes.

Esses dados mostram que nos municípios de 100 a 500 mil habitantes há certo tencionamento para a tendência de recrutamento por livre contratação, indicando que o crescimento de 189,4%, conforme tabela 12 que compara a média de equipes de PSF por municípios em 2006 em relação a 2001, pode apontar para utilização de

forma marcante, à livre contratação como forma de recrutamento dos profissionais de PSF.

O **concurso público** é a forma de contratação predominante para Técnicos de Enfermagem (44,0%). As categorias de *nível superior* têm nessa modalidade sua *segunda forma de recrutamento*, no caso dos enfermeiros é de 25,5% o uso do concurso público.

Tabela 16. Municípios segundo percentual de Profissionais do PSF que são contratados por Concurso Público – Brasil, 2006.

Categorias Profissionais PSF	% de uso do Concurso Público
Enfermeiro	25,5
Médico	17,2
Dentista	28,5
Téc. de Enfermagem	44,0
ACS	23,0

Fonte: “Pesquisa nacional de precarização e qualidade do emprego no PSF” - 2006 - EPSM – NESCON/FM/UFGM

Para os enfermeiros, a pesquisa identificou que 38,6% dos municípios da região Sul utilizam o concurso público e 37,9% na região Norte, o que nos diz que estas regiões são as que mais utilizam essa forma de contratação para enfermeiros.

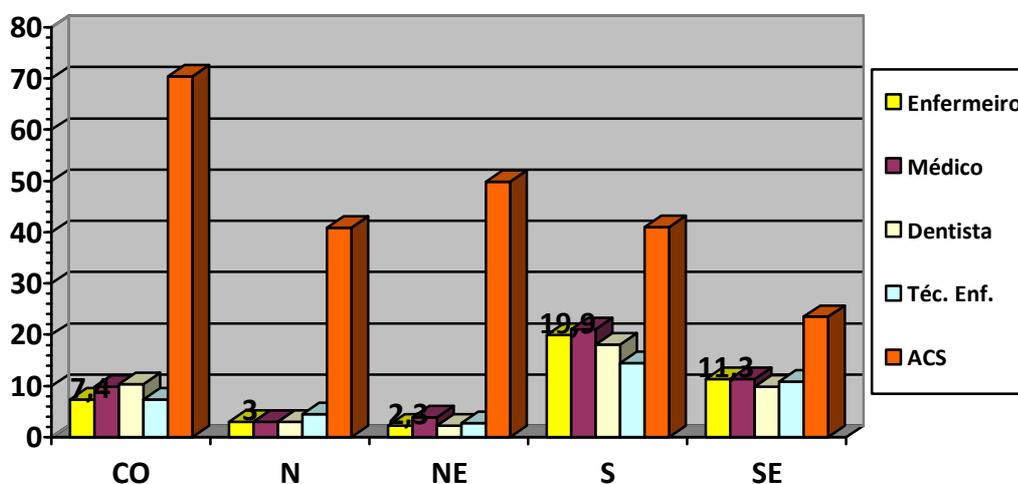
Quanto ao porte populacional e o **concurso público** a pesquisa apresenta que quanto maior o porte populacional maior é o uso do concurso público principalmente para as categorias profissionais de nível superior. Para as demais categorias profissionais esta relação se inverte e à medida que cresce o porte populacional diminui o percentual de municípios que utilizam de concurso público.

Os municípios com porte populacional de 50 a 100 mil habitantes são os que tencionam a tendência em aumentar o uso do concurso público como forma de recrutamento.

A **seleção pública** é predominante na seleção de ACS 42%, justificado talvez por legislação pertinente (Lei 11.350/06 - art.9º), que assim o estabelece como processo seletivo. A região Sudeste é a que menos seleciona o ACS por seleção pública (23,5%) e o Centro-Oeste é o recordista nessa modalidade para essa categoria (70,4%).

Menos de 11% dos municípios brasileiros usam a seleção pública para os outros profissionais da equipe PSF. Para Enfermeiros apenas 9,0% dos municípios, utilizam como forma de recrutamento a seleção pública. Os municípios da região Sul são os que mais recrutam profissionais de nível superior por seleção pública, alcançando 20,0% dos enfermeiros no PSF. Os municípios das regiões Norte e Nordeste são os que menos recrutam por seleção pública o nível superior; os enfermeiros ficam com um percentual de 3,0% e 2,3% respectivamente.

Gráfico 17. Percentual de municípios que utilizam o recrutamento dos profissionais do PSF por Seleção Pública por regiões geográficas – Brasil, 2006.



Fonte: “Pesquisa nacional de precarização e qualidade do emprego no PSF” - 2006 - EPSM – NESCON/FM/UFMG

Os enfermeiros do PSF são selecionados via seleção pública em 16,7% e 16,0% respectivamente nos municípios de porte de 50 a 100 mil e mais de 500 mil habitantes, ou seja, são os portes que utilizam mais essa modalidade seletiva para a categoria de enfermagem.

Os municípios de maior porte populacional são os que mais selecionam os ACS por seleção pública e os municípios de porte populacional de 50 a 100 mil e os de mais de 500 mil habitantes são os que mais utilizam esta forma de recrutamento para o nível superior.

Quanto ao **Agente Contratante** que se trata de pessoa jurídica utilizada na contratação dos profissionais do PSF, essa informação permite inferir os níveis de execução direta, descentralização funcional ou de terceirização das relações de trabalho no PSF.

A pesquisa apura que a *Prefeitura Municipal (Administração Direta)*, é a maior contratante dos enfermeiros do PSF (88,6%), assim como dos outras categorias profissionais. Em segundo lugar como contratante entram as *entidades privadas sem fins lucrativos*, que no caso dos enfermeiros representam 9,1% de municípios que o utilizam.

Tabela 19. Percentual de municípios e os agentes contratantes utilizados para os profissionais do PSF - Brasil, 2006.

Agente Contratante	Enfermeiro	Médico	Dentista	Téc.Enf	ACS
Prefeitura (Administração Direta)	88,6	86,6	90,0	89,9	78,3
Privado não Lucrativo ¹⁶	9,1	11,0	8,2	7,6	11,6
Outro Público ¹⁷	0,0	1,8	1,0	1,3	8,6

¹⁶ A pesquisa classifica como “Privada sem fins lucrativos” – Cooperativas, ONGS, OSCIP, Associação de Bairro, Entidades Filantrópicas e OS.

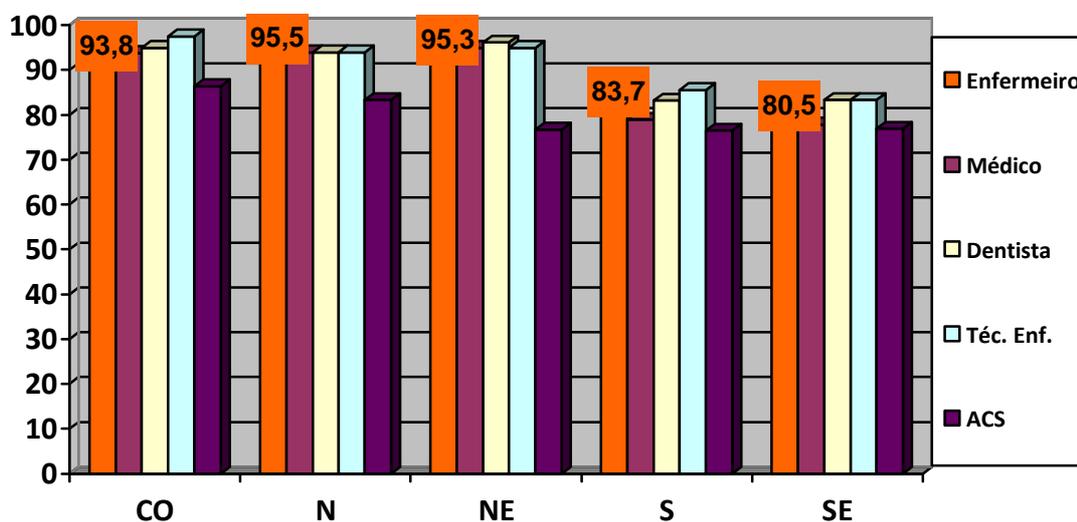
Privado Lucrativo	0,6	0,6	0,7	0,3	0,3
-------------------	-----	-----	-----	-----	-----

Fonte: “Pesquisa nacional de precarização e qualidade do emprego no PSF” - 2006 - EPSM – NESCON/FM/UFMG

As regiões que mais utilizam a prefeitura como contratante direta dos enfermeiros do PSF são as regiões Centro-Oeste, Norte e Nordeste (mais de 90,0%). As regiões Sul e Sudeste são as que menos utilizam o agente contratante prefeitura demonstrando que seus municípios têm o maior índice de terceirização, embora não muito elevado (16,3% e 19,5%).

Para a categoria profissional *enfermeiro*, os municípios têm as maiores porcentagens de utilização da prefeitura com contratante direta.

Gráfico 18. Percentual de municípios que utilizam como agente contratante a prefeitura municipal – administração direta, para os profissionais do PSF – Brasil, 2006.



Fonte: “Pesquisa nacional de precarização e qualidade do emprego no PSF” - 2006 - EPSM – NESCON/FM/UFMG

¹⁷ A pesquisa classifica como “Outro Público” - Autarquias, Fundações Municipais, Consórcios Intermunicipais de Saúde, órgãos estaduais e órgãos federais.

Os municípios de porte 100 a 500 mil habitantes, que tiveram o maior crescimento da média de equipes de PSF na comparação com 2001 são os que apresentam os menores índices de *contratação direta* pela prefeitura para todas as categorias profissionais.

Considerando que a utilização, pelos municípios, do agente de contratação por **entidades privadas sem fins lucrativos** apresentar percentuais irrelevantes para os enfermeiros no PSF subtraímos seus dados e análises.

As **Modalidades de Contratação** referem-se aos tipos de vínculos existentes entre os profissionais de PSF e os respectivos agentes contratantes. Os vínculos são definidos pelo direito administrativo, nos casos de cargo, emprego ou função pública, na legislação trabalhista quando se configura relação de trabalho ou ainda no código Civil ao se tratar de relação comercial entre dois entes jurídicos.

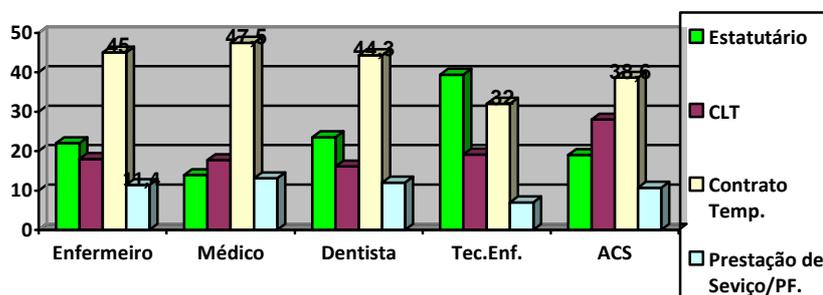
As principais modalidades apontadas pela pesquisa são: o *regime Estatutário*, o contrato regido pela *CLT (Consolidação das Leis Trabalhistas)*, o *Contrato Temporário* e o *Prestador de Serviço/Autônomo/pessoa física*.

Destes o Contrato Temporário é tipo de vínculo mais utilizado pelos municípios brasileiros para todas as categorias de trabalho.

Os **enfermeiros** são vinculados por **Contrato Temporário em 45,0%** dos municípios pesquisados, percentual só inferior ao dos médicos que se vinculam por contrato temporário em 47,5% dos municípios.

A vinculação por Prestação de serviço/pessoa física é a modalidade de contratação menos utilizada pelos municípios para vincular os enfermeiros (11,4%).

Gráfico 19. Percentual de municípios segundo modalidade de contratação dos profissionais do PSF – Brasil, 2006.



Fonte: “Pesquisa nacional de precarização e qualidade do emprego no PSF” - 2006 - EPSM – NESCON/FM/UFMG

Os municípios da **região Norte** são os que mais utilizam a **vinculação estatutária** para o PSF: os **enfermeiros** assumem o percentual de **35,0%** nessa vinculação nessa região seguida da região **Sul**, com **32,0%**. A região que **menos** vincula o enfermeiro pela via estatutária é a **Sudeste**.

A relação entre a vinculação estatutária e o porte populacional dos municípios é forte, ou seja, quanto maior o porte populacional maior a vinculação pela via estatutária para os profissionais de nível superior do PSF. Aos enfermeiros corresponde um percentual de **63,2%** para vinculação estatutária em municípios de porte de **mais de 500 mil** habitantes. No contra ponto os municípios de **até 10 mil** habitantes são os que **menos** vinculam por **via estatutária** os **enfermeiros**. Para os ACS a relação é inversa, na medida em que o porte populacional dos municípios diminui aumenta a vinculação estatutária.

Tabela 21. Percentual de municípios que vinculam os profissionais do PSF pela via estatutária segundo porte populacional – Brasil, 2006.

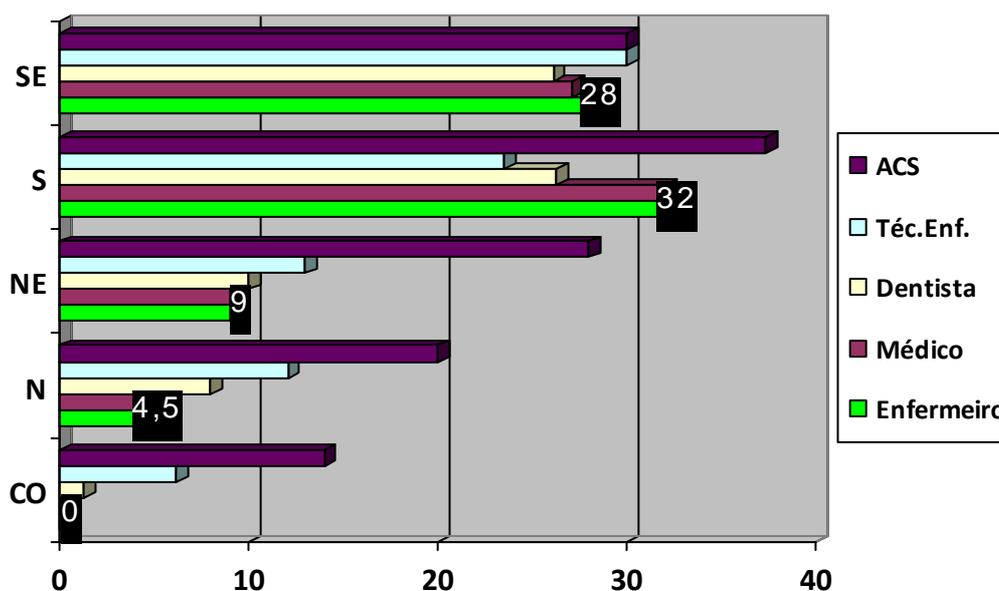
Profissionais do PSF	Até 10 mil	10 a 20 mil	20 a 50 mil	50 a 100mil	100 a 500mil	+ 500mil
Enfermeiro	17,2	18,5	19,4	44,0	38,1	63,2
Médico	8,5	12,0	14,4	33,3	26,2	58,0

Dentista	21,0	21,3	20,0	41,3	39,0	50,0
----------	------	------	------	------	------	------

Fonte: “Pesquisa nacional de precarização e qualidade do emprego no PSF” - 2006 - EPSM – NESCON/FM/UFMG

Os municípios da região Sul e Sudeste são os que mais utilizam a vinculação de profissionais no PSF pela via CLT; correspondem aos enfermeiros o percentual de 32,0% e 28,0% respectivamente. A região Centro-Oeste *não* utiliza a forma CLT para vincular ao PSF os enfermeiros e médicos.

Gráfico 21. Percentual de municípios que utilizam a via de contratação CLT para os profissionais do PSF segundo regiões geográficas - Brasil, 2006.



Fonte: “Pesquisa nacional de precarização e qualidade do emprego no PSF” - 2006 - EPSM – NESCON/FM/UFMG

Semelhante ao que acontece com o regime estatutário, para todas as categorias profissionais, na medida em que o porte populacional cresce, aumenta a utilização dessa modalidade de contratação pela via CLT. Vale salientar que os municípios com porte populacional de 50 a 100 mil habitantes pressionam para baixo a forma de contratação por CLT.

Os municípios que mais utilizam a modalidade de contratação CLT para os enfermeiros são os de 100 a 500mil habitantes e os que menos a utilizam são os de 10 a 20 mil habitantes (14,0%) seguidos pelos de porte de 10 mil habitantes (15,5%).

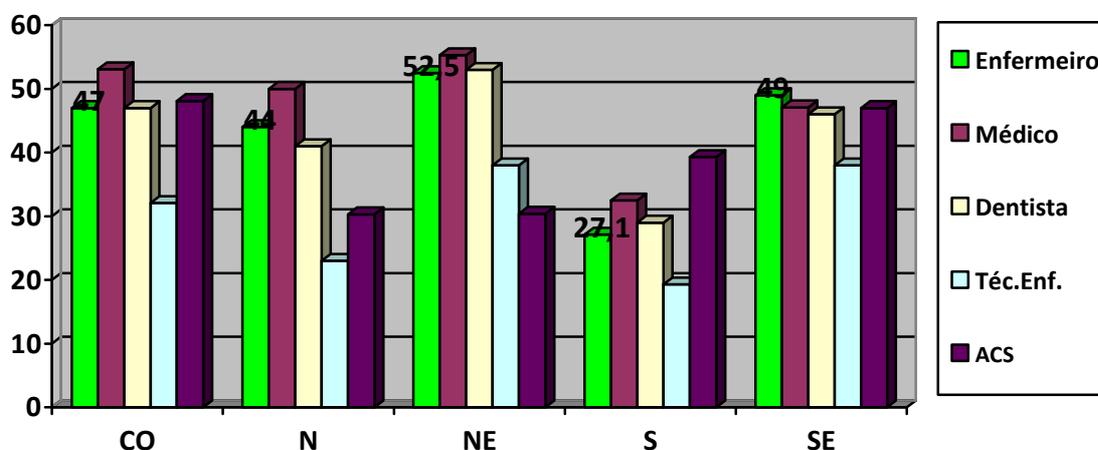
Tabela 22. Percentual de municípios que vinculam os profissionais do PSF pela via CLT/ porte populacional, com ênfase para o enfermeiro.

Profissionais do PSF	Até 10 mil	10 a 20 mil	20 a 50 mil	50 a 100mil	100 a 500mil	+ 500mil
Enfermeiro	15,5	14,0	23,0	21,0	29,0	21,1

Fonte: “Pesquisa nacional de precarização e qualidade do emprego no PSF” - 2006 - EPSM – NESCON/FM/UFMG

Na utilização do **contrato temporário** em relação às regiões geográficas temos que os municípios do **Nordeste** são os que mais a utilizam para os profissionais de nível superior do PSF: os enfermeiros com percentual de 52,5% dos municípios e os médicos 55,3% municípios. Os municípios que menos utilizam o Contrato Temporário para os enfermeiros são os da região Sul.

Gráfico 22. Percentual de municípios que utilizam a modalidade de contratação por Contrato Temporário para os profissionais do PSF segundo regiões geográficas - Brasil, 2006.



Fonte: “Pesquisa nacional de precarização e qualidade do emprego no PSF” - 2006 - EPSM – NESCON/FM/UFMG

A predominância da utilização do contrato temporário pelos municípios brasileiros na contratação dos profissionais de PSF, demonstrada anteriormente, apresenta uma correlação forte, mas negativa, quando analisada a partir do porte populacional dos municípios. Em geral nessa modalidade de Contrato Temporário quanto menor o porte populacional¹⁸ dos municípios maior é o uso dessa via para vincular os profissionais do PSF.

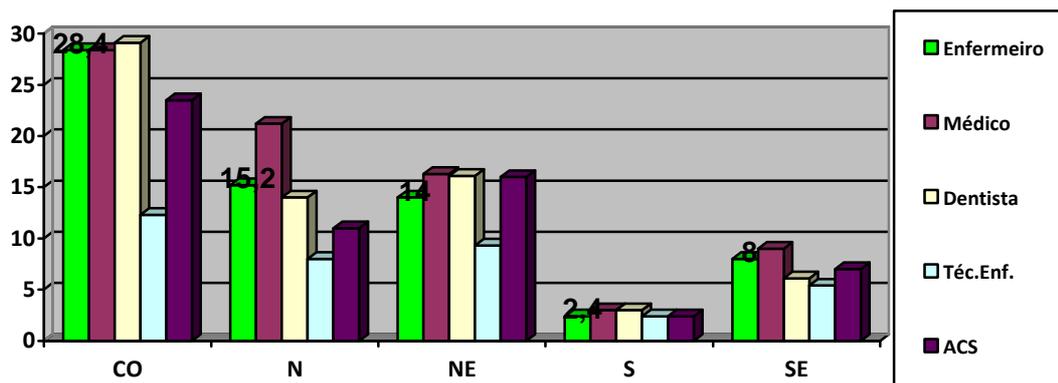
Os enfermeiros são contratados temporariamente com maior percentual nos municípios de porte populacional de 100 a 500 mil e nos de mais de 500 mil habitantes. Já os municípios de 50 a 100 mil habitantes utilizam menos o Contrato Temporário para os enfermeiros.

Embora a modalidade de contratação pela via **prestador de serviço/autônomo/pessoa física** para o PSF nos municípios encontre-se em quarto lugar, de fato vale a pena ser registrado.

Os municípios da região Centro-oeste são os que mais se utilizam dessa modalidade de contratação, apresentando percentuais de 28,4% para os enfermeiros e os médicos. Para os ACS, nesta região, o índice de utilização do prestador de serviço/autônomo/pessoa física é de 23,5%. A região Sul é que menos utiliza essa modalidade de vinculação para a equipe do PSF estando os enfermeiros com um percentual de 2,4%.

Gráfico 23. Percentual de municípios que utilizam a modalidade de prestador de serviço para a equipe do PSF/regiões geográficas brasileiras, com ênfase para o enfermeiro.

¹⁸ A Pesquisa 2006 não disponibilizou os valores numéricos percentuais do Contrato Temporário segundo Porte Populacional.



Fonte: “Pesquisa nacional de precarização e qualidade do emprego no PSF” - 2006 - EPSM – NESCON/FM/UFMG

Com relação ao porte populacional e a utilização da modalidade de prestação de serviço para os enfermeiros *quanto maior o porte populacional menor a utilização* desse tipo de modalidade, chegando a ser nulo nos municípios de mais de 500 mil habitantes.

Tabela 23. Percentual de Municípios que utilizam a modalidade de Contratação Prestação de Serviço para a equipe do PSF segundo porte populacional – Brasil, 2006.

Profissionais do PSF	Prestação de Serviço / porte populacional					
	Até 10 mil	10 a 20 mil	20 a 50 mil	50 a 100 mil	100 a 500 mil	Mais 500 mil
Enfermeiro	12,2	12,2	12,2	4,2	9,5	0,0

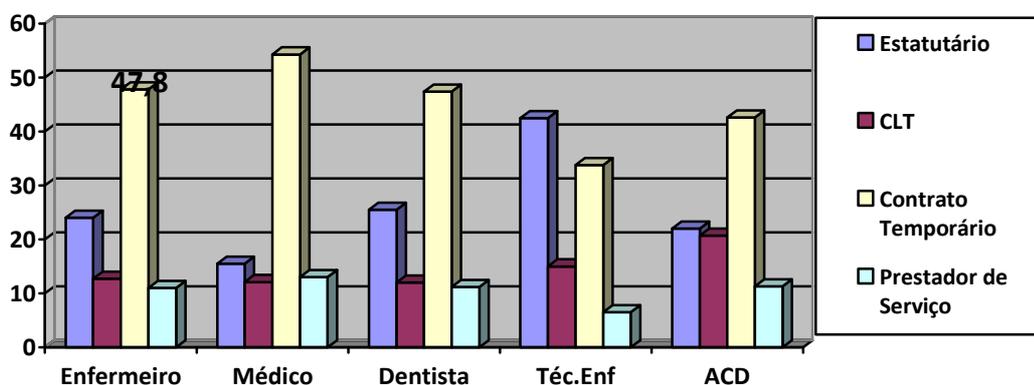
Fonte: “Pesquisa nacional de precarização e qualidade do emprego no PSF” - 2006 - EPSM – NESCON/FM/UFMG

A pesquisa nos revela que, por ser o município o agente contratante predominante e o responsável pelo Programa Saúde da Família é nele que as análises devem se

centrar, pois as modalidades de vinculação oferecidas por eles em relação aos profissionais determinam o perfil encontrado nacionalmente.

A modalidade predominante, utilizada pelas prefeituras, de vinculação dos profissionais de nível superior é o *Contrato Temporário*: para os enfermeiros **47,8% dos municípios** adotam essa vinculação.

Gráfico 24. Percentual dos municípios a partir das modalidades de contratação utilizadas quando a prefeitura é o agente contratante no Brasil.



Fonte: “Pesquisa nacional de precarização e qualidade do emprego no PSF” - 2006 - EPSM – NESCON/FM/UFMG

A pesquisa destaca que o regime **estatutário para enfermeiros** tem maior percentual de municípios em utilização, nas regiões **Sul** (37,4%) e **Norte** (35,0%) quando o agente contratante é a prefeitura. Os municípios da região **Sudeste** oferecem o **menor** percentual de **vinculação estatutária** para enfermeiros (13,0%), médicos e técnicos de enfermagem.

Tabela 24. Percentual de municípios cujo agente contratante da equipe do PSF é a prefeitura segundo modalidade de Contratação é Estatutária por região geográfica - Brasil, 2006.

Categorias Profissionais no PSF	% de municípios/região geográfica				
	CO	N	NE	S	SE
Enfermeiro	21,1	35,0	22,4	37,4	13,0
Médico	13,2	23,0	16,0	20,0	10,0
Téc. de Enfermagem.	48,1	53,2	38,1	58,5	30,0

Fonte: “Pesquisa nacional de precarização e qualidade do emprego no PSF” - 2006 - EPSM – NESCON/FM/UFMG

Ao cruzarmos as variáveis do regime estatutário com o porte populacional quando o agente contratante é a prefeitura, encontramos que quanto maior o porte populacional mais aumenta a vinculação nessa modalidade para todos os profissionais inclusive os enfermeiros. A exceção é o ACS onde essa característica se inverte e quanto maior o porte populacional do município menor a vinculação estatutária.

O regime regido pela **CLT** é utilizado pelas prefeituras mesmo sabendo que teria que optar pelo CLT como Regime Jurídico Único, essa modalidade é encontrada principalmente nas regiões **Sul e Sudeste** para os **enfermeiros**. Conforme referido anteriormente os municípios da região Centro-Oeste não utilizam CLT para vinculação do enfermeiro e do médico no PSF, o que se confirma mesmo quando o agente contratante é a prefeitura.

Tabela 26. Percentual de municípios cujo agente contratante da equipe do PSF é a prefeitura segundo a modalidade de contratação CLT por região geográfica - Brasil, 2006.

Categorias	% de municípios/região geográfica				
------------	-----------------------------------	--	--	--	--

Profissionais no PSF	CO	N	NE	S	SE
Enfermeiro	0,0	5,0	9,0	24,5	17,4
Médico	0,0	4,0	8,2	20,2	11,0

Fonte: “Pesquisa nacional de precarização e qualidade do emprego no PSF” - 2006 - EPSM – NESCON/FM/UFMG

O regime CLT se analisado pelo porte populacional, quando o agente contratante é a prefeitura, vemos que há certa homogeneidade para vinculação do enfermeiro. Os municípios de 50 a 100 mil habitantes são os que menos utilizam CLT para os enfermeiros.

Tabela 27. Percentual de municípios cujo agente contratante da equipe do PSF é a prefeitura segundo modalidade de contratação CLT por porte populacional - Brasil, 2006.

Profissionais do PSF	Até 10 mil	10 a 20 mil	20 a 50 mil	50 a 100mil	100 a 500mil	+ 500mil
Enfermeiro	12,0	12,0	17,0	7,1	16,0	18,0

Fonte: “Pesquisa nacional de precarização e qualidade do emprego no PSF” - 2006 - EPSM – NESCON/FM/UFMG

As prefeituras da região **Sudeste** são as que mais utilizam o **Contrato Temporário** para contratar profissionais no PSF, com exceção para os Dentistas. Para os enfermeiros nessa região os municípios apresentam o **maior** percentual de utilização do **Contrato Temporário** (56,2%) e na região Sul o **menor** percentual – 29,0%.

Tabela 28. Percentual de municípios cujo agente contratante da equipe do PSF é a prefeitura segundo a modalidade de Contrato Temporário por região geográfica - Brasil, 2006.

Categorias Profissionais no PSF	% de municípios/região geográfica				
	CO	N	NE	S	SE
Enfermeiro	49,0	44,4	53,1	29,0	56,2
Médico	57,0	50,0	58,2	41,2	59,3
Dentista	49,0	40,3	55,0	31,0	52,0

Fonte: “Pesquisa nacional de precarização e qualidade do emprego no PSF” - 2006 - EPSM – NESCON/FM/UFMG

No **Contrato Temporário** quanto **maior o porte populacional dos municípios menos** é utilizada essa modalidade de contratação para os enfermeiros e para os outros profissionais do PSF.

Tabela 29. Percentual de municípios cujo agente contratante da equipe do PSF é a prefeitura segundo modalidade Contrato Temporário por porte populacional - Brasil, 2006.

Profissionais do PSF	Até 10 mil	10 a 20 mil	20 a 50 mil	50 a 100mil	100 a 500mil	+ 500mil
Enfermeiro	52,0	51,2	46,0	40,5	22,0	12,0

Fonte: “Pesquisa nacional de precarização e qualidade do emprego no PSF” - 2006 - EPSM – NESCON/FM/UFMG

A pesquisa analisa também *questões de Jornada de trabalho* aqui compreendido como tempo semanal que o trabalhador dedica ao exercício de suas funções; e a

questão de *Incentivos* como sendo a adoção por parte do gestor municipal de mecanismos de valorização e retenção dos profissionais/gratificações e salários.

Sobre o aspecto jornada de trabalho julgam que analisar o tempo que o profissional se dedica às suas atividades serve de parâmetro para avaliar a qualidade do emprego e a precarização do trabalho. Considerando que o PSF pré-estabelece uma jornada fixa de trabalho de **40 horas**, a pesquisa apurou que **95,0%** dos municípios **confirmaram** esta carga-horária.

No aspecto incentivo cuja interpretação é o que gestor municipal usa como mecanismos de valorização do profissional no PSF, podendo estar no seguinte rol:

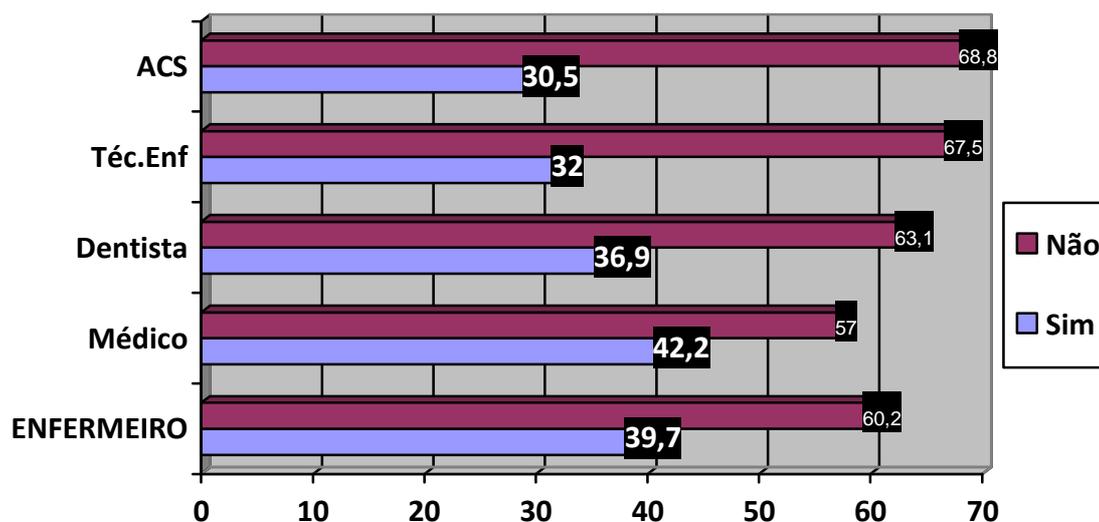
- Adicional por tempo de trabalho,
- Adicional por produtividade,
- Adicional por qualificação/titulação,
- Auxílio alimentação,
- Auxílio transporte,
- Auxílio moradia,
- Assistência hospitalar,
- Assistência odontológica,
- Creche,
- Previdência privada,
- Estacionamento,
- Outros.

A resposta dos municípios a esta indagação foi negativa para a maioria dos incentivos, mas os que informaram oferecer algum incentivo em geral fica restrito a categoria profissional médica (42,2%), e o profissional que menos aparece com incentivo é o ACS.

Os incentivos mais citados para os **enfermeiros** foram: Auxílio alimentação com 16,7%, Adicional por qualificação com 12,5% e auxílio transporte com 12,0%, *totalizando 39,7%*.

Foram informadas outras formas de incentivos para todas as categorias profissionais na forma de gratificações financeiras, relacionadas à atuação no PSF, à insalubridade, área de risco, área rural, e outras.

Gráfico 25. Percentual de municípios segundo os Incentivos oferecidos por categoria profissional do PSF – Brasil, 2006.



Fonte: “Pesquisa nacional de precarização e qualidade do emprego no PSF” - 2006 - EPSM – NESCON/FM/UFMG

Os municípios da região **Nordeste** são os que **mais oferecem incentivos para os enfermeiros** 61,1%. Nas regiões Sul, Sudeste e Centro-Oeste o conjunto de municípios são os que **menos oferecem incentivos** para todas as categorias profissionais do PSF.

Na relação de incentivos e porte populacional, à medida que o porte populacional **aumenta também aumenta a existência de incentivos**. Os municípios **de mais de 500 habitantes** são os que **mais oferecem incentivos** para equipe do PSF.

No aspecto **Salário**, foi considerada a remuneração mensal no PSF quando da contratação a pesquisa considerou o valor bruto do vencimento mensal em Reais, agrupados em faixas salariais devido à variedade de informações.

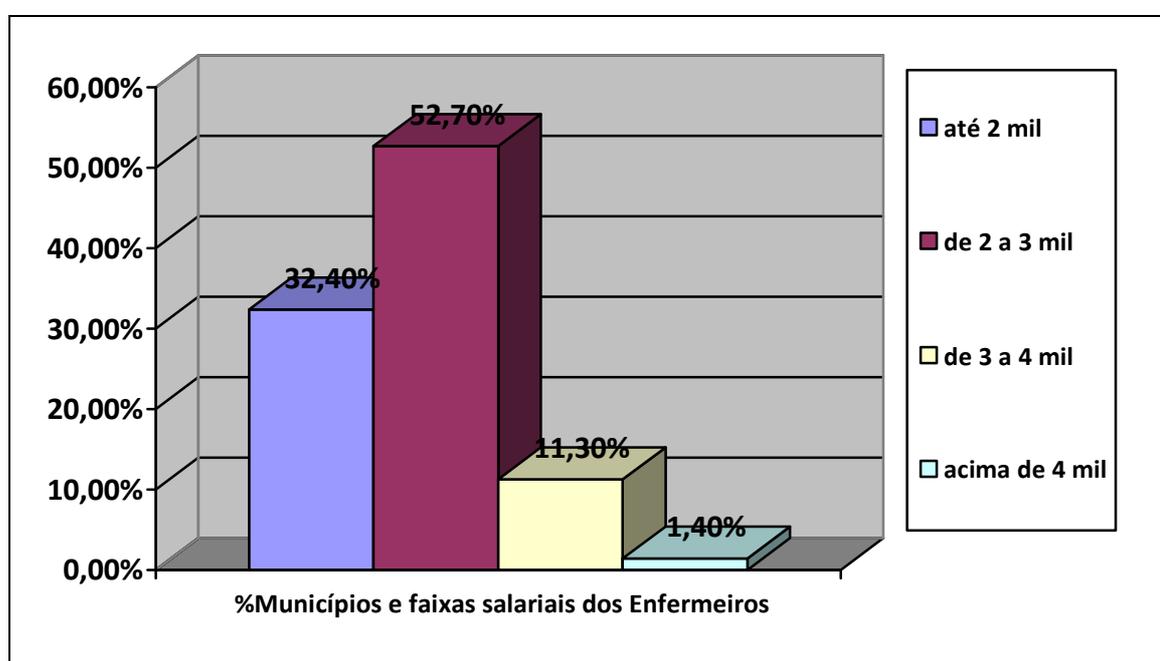
Para os enfermeiros, as faixas salariais criadas foram: 1ª - até 2 mil reais, 2ª - de 2 a 3 mil reais, 3ª - de 3 a 4 mil reais e 4ª - acima de 4 mil reais.

O salário do médico de PSF apresenta uma média nacional de R\$ 5.223,69, com desvio padrão de R\$2.016,90. O salário máximo informado foi de R\$14.000,00 e o mínimo foi de R\$2.500,00.

O salário do **enfermeiro no PSF** apresenta uma **média nacional** em torno de R\$ 2.199,10, com desvio padrão de R\$ 616,19. O salário máximo informado foi de R\$ 4.500,00 e o mínimo foi de R\$ 520,00.

A **faixa salarial predominante** para o **enfermeiro** é de **2 a 3 mil reais** em **52,7%** dos municípios; **32,4%** dos municípios pagam salários de **até 2 mil reais**; apenas **1,4%** dos municípios pagam salários acima de 4 mil reais.

Gráfico 27. Percentual de municípios segundo faixa salarial dos enfermeiros do PSF - Brasil, 2006.

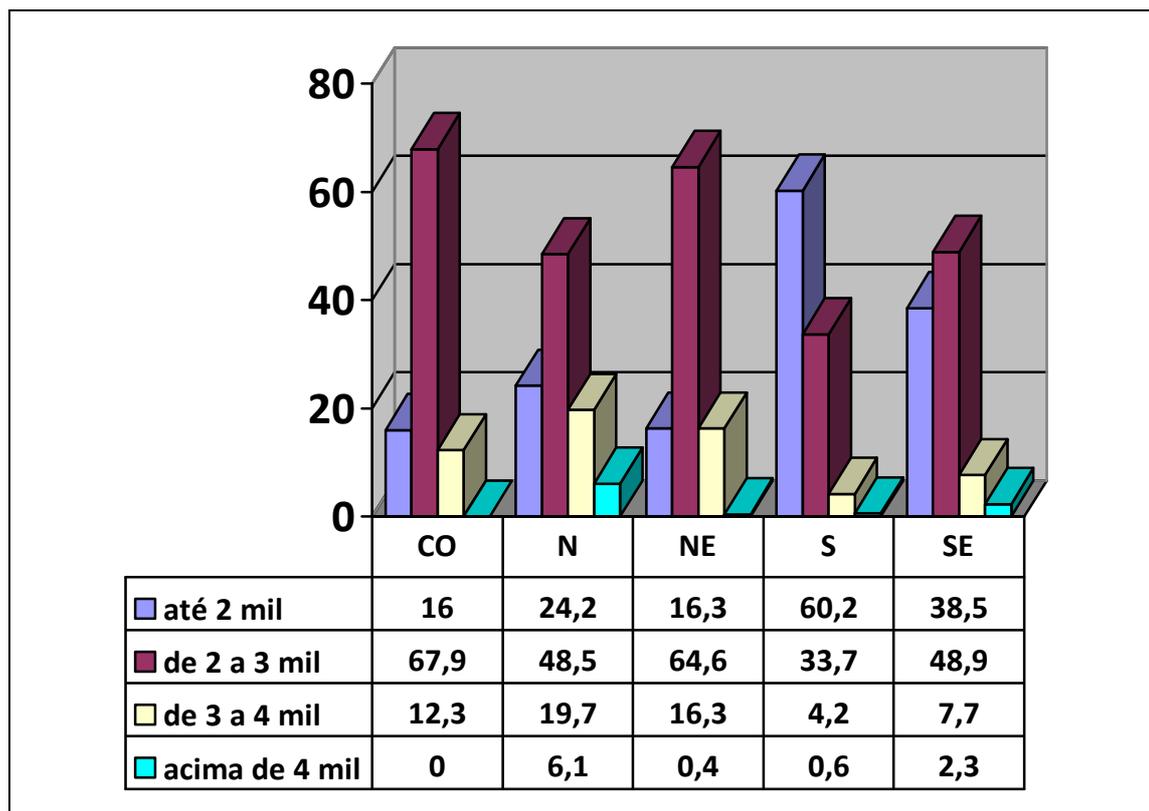


Fonte: “Pesquisa nacional de precarização e qualidade do emprego no PSF” - 2006 - EPSM – NESCON/FM/UFMG

O **Centro-Oeste** (68,0 %) e o **Nordeste** (65,0%) são as regiões em que seus municípios **mais utilizam** salários na **faixa de 2 a 3 mil reais**, acima da média nacional - (salários de R\$ 2.282,10 e R\$ 2.408,46). Os municípios da região **Sul** são

os que praticam salários para enfermeiros em até 2 mil reais (R\$1.861,59 – os **menores salários**). Em 6,1% dos municípios da região **Norte** os salários dos enfermeiros estão acima de 4 mil reais, ou seja, esta região é a que paga os maiores salários.

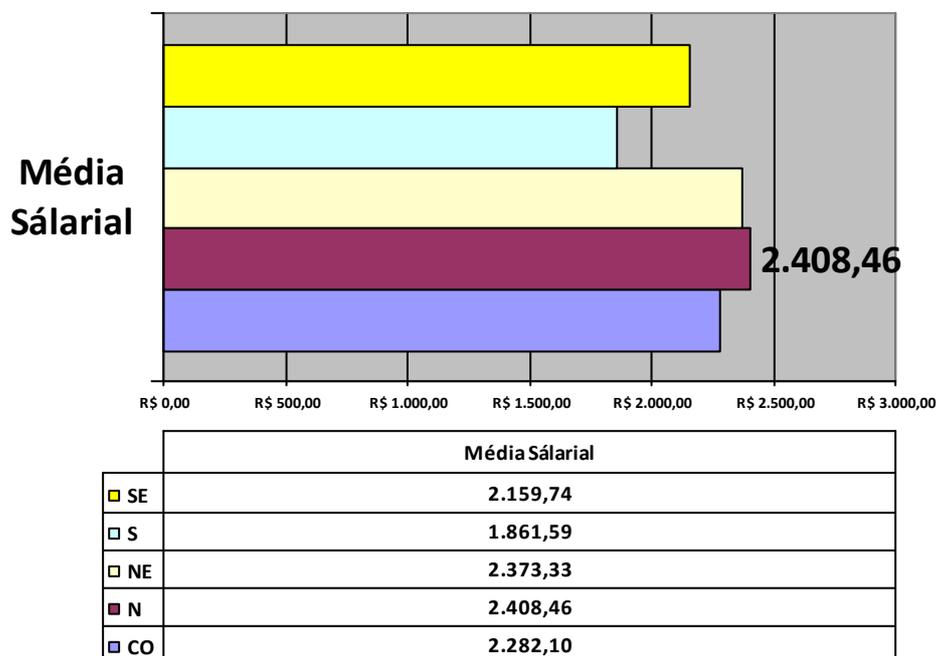
Gráfico 28. Percentual de municípios segundo faixa salarial do enfermeiro do PSF por regiões geográficas – Brasil, 2006.



Fonte: “Pesquisa nacional de precarização e qualidade do emprego no PSF” - 2006 - EPSM – ESCON/FM/UFGM

A região Norte é a que apresenta a maior média salarial para os enfermeiros do PSF e a região Sul é a que tem a menor.

**Gráfico 29. Média Salarial dos enfermeiros do PSF por regiões geográficas
- Brasil, 2006.**



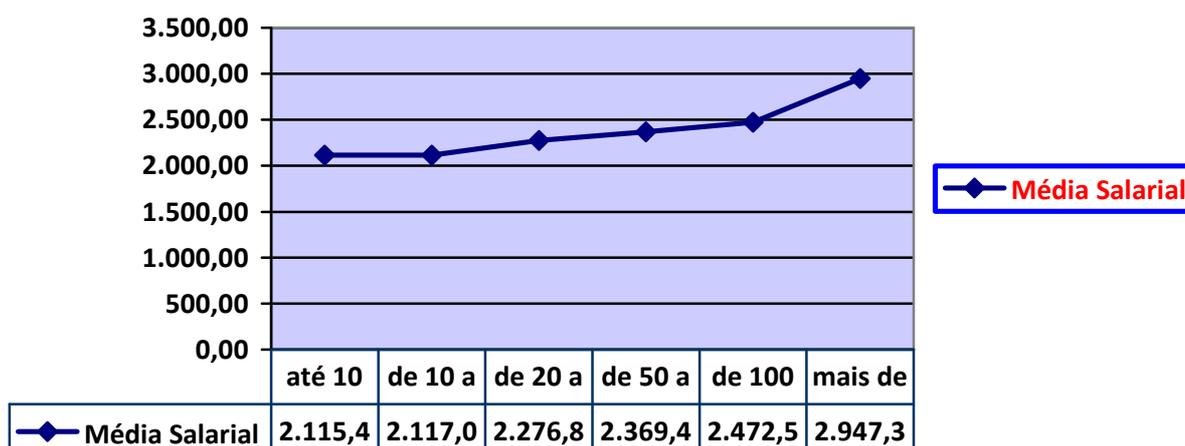
Fonte: “Pesquisa nacional de precarização e qualidade do emprego no PSF” - 2006 - EPSM /NESCON/FM/UFMG

O **salário dos enfermeiros** a partir do **porte populacional** aponta que na medida em que **aumenta o porte populacional diminui a utilização de salários na faixa de até 2 mil reais.**

A faixa salarial de 2 a 3 mil reais, é predominante para os enfermeiros do PSF. Para a faixa salarial de 3 a 4 mil reais, observa-se que a medida que o porte populacional aumenta também aumenta o percentual de municípios com essa faixa salarial, embora os portes populacionais de 10 a 20 mil e de 50 a 100 mil possam demonstrar tendência a queda nessa faixa de salários. A utilização de salários acima de 4 mil reais só é significativa para os municípios com população acima de 100 mil habitantes.

Em média, são nos municípios *maiores* que os salários dos enfermeiros do PSF proporcionalmente *maiores*.

Gráfico 31. Média de salários dos enfermeiros do PSF por porte populacional dos municípios – Brasil, 2006.



Fonte: “Pesquisa nacional de precarização e qualidade do emprego no PSF” - 2006 - EPSM – NESCON/FM/UFGM

3.5 Tendências de evolução do emprego para os Enfermeiros na ESF:

Os dados coletados nessa Pesquisa Nacional de Precarização e Qualidade do Emprego no Programa de Saúde da Família – 2006 foram comparados com os resultados da pesquisa “*Agentes Institucionais e modalidades de contratação de pessoal no Programa de Saúde da Família no Brasil*”, realizada em 2001 pela Estação de Pesquisas de Sinais de Mercado/ NESCON/UFGM.

Quanto ao agente contratante, a pesquisa revela que as prefeituras municipais têm crescido na função de contratante para os profissionais no PSF, chegando mesmo a figurar uma tendência de se consolidar como principal e exclusiva nesse papel junto aos profissionais do PSF.

Foi reduzida significativamente em todas as categorias profissionais do PSF, com exceção dos Dentistas, a utilização de entidades privadas sem fins lucrativos (ONG, Associação de moradores, Organização social, entidades filantrópicas, entre outras) para contratação. As possibilidades existentes de se utilizar outras instituições públicas como agente contratante também se mostraram pouco atraentes aos gestores municipais, com exceção do ACS (que subiu de 8,2% para 8,6% nos municípios).

Quanto aos Enfermeiros o agente contratante “Prefeitura” é maioria e os outros agentes apresentam variação negativa o que nos faz inferir que nessa projeção reforça-se a exclusividade da contratação via serviço público municipal – administração direta de forma crescente.

Tabela 31. Percentual de municípios segundo agentes contratantes dos enfermeiros do PSF em 2001, 2006.

Agentes Contratantes	Ano	Enfermeiro
Prefeitura	2001	85,4
	2006	88,6
	Variação%	3,7
Privado Não lucrativo	2001	12,4
	2006	9,1
	Variação%	-26,6
Outro Público	2001	1,8
	2006	1,5

	Variação%	-16,7
--	-----------	-------

Fonte: Pesquisa “Pesquisa nacional de precarização e qualidade do emprego no PSF - 2006 -EPSM – NESCON/FM/UFMG e Pesquisa “Agentes Institucionais e modalidades de contratação de pessoal no PSF no Brasil” – 2001 – EPSM – NESCON/FM/UFMG

Os **agentes contratantes** segundo as regiões geográficas demonstram que a tendência de aumento da presença do poder público municipal como agente contratante para o PSF observada nacionalmente no intervalo 2001/2006 não se dá de forma homogênea muito embora a variação negativa seja pequena em algumas regiões como o Nordeste e o Centro-Oeste.

A região **Sul**, em compensação, apresenta uma variação significativa de 24,6% de **aumento** na utilização do Agente Prefeitura para os enfermeiros do PSF.

Em geral no Brasil a variação foi positiva demonstrando a tendência da exclusividade do uso da Prefeitura como agente contratante não só para o enfermeiro como para a equipe do PSF como um todo.

Tabela 32. Percentuais de participação direta da Prefeitura na contratação dos profissionais do PSF em 2001, 2006 e variação em percentual por região geográfica segundo categoria profissional.

Regiões Geográficas	Ano	Categorias profissionais e o percentual de contratação “Prefeitura” / região				
		Enfermeiro	Médico	Dentista	Técnico de Enf.	ACS
Centro-Oeste	2001	97,4	96,2	98,5	96,1	88,5
	2006	93,8	93,8	94,9	97,5	86,4
	Variação%	-3,7	-2,5	-3,7	1,5	-2,4

Norte	2001	93,0	91,2	87,1	93,1	86,0
	2006	95,5	93,9	93,9	93,9	83,3
	Variação%	2,6	3,0	7,9	0,9	-3,1
Nordeste	2001	95,4	95,0	92,1	94,7	77,0
	2006	95,3	94,9	96,1	94,9	76,6
	Variação%	-0,1	-0,1	4,4	0,3	-0,4
Sul	2001	67,2	62,1	76,2	72,8	53,6
	2006	83,7	78,9	83,2	85,5	76,5
	Variação%	24,6	27,1	9,2	17,5	42,7
Sudeste	2001	78,6	74,2	85,5	78,6	74,6
	2006	80,5	77,8	83,4	83,3	76,9
	Variação%	2,5	4,9	-2,4	5,9	3,1
BRASIL	2001	85,4	82,9	89,1	85,1	74,2
	2006	88,6	86,6	90,0	89,9	78,3
	Variação	3,7	4,5	1,0	4,4	5,5

Fonte: Pesquisa “Pesquisa nacional de precarização e qualidade do emprego no PSF - 2006 -EPSM – NESCON/FM/UFGM e Pesquisa “Agentes Institucionais e modalidades de contratação de pessoal no PSF no Brasil” – 2001 – EPSM – NESCON/FM/UFGM.

Cruzando as variáveis do **agente contratante Prefeitura**, com o **porte populacional** dos municípios encontramos para o **enfermeiro** nos municípios de porte de **mais de 500 mil** habitantes, a variação foi expressiva em 96,6% embora os municípios de porte até 10 mil, de 10 a 20 mil e de 50 a 100 mil também tivessem variado positivamente. Os municípios de 100 a 500 mil tiveram variação negativa não só para enfermeiros como toda a equipe PSF.

Para o enfermeiro a variação foi negativa para os portes de 20 a 50 mil e de 100 a 500 mil. Os municípios com **mais de 500 mil** habitantes estão **impulsionando a exclusividade das contratações pelo agente Prefeitura**. As outras categorias do PSF mantêm uma variação positiva nacionalmente frente à variável porte populacional.

Tabela 33. Percentuais de participação direta da Prefeitura na contratação dos enfermeiros do PSF em 2001, 2006

Porte Populacional	Ano	Enfermeiro
Até 10 mil	2001	87,7
	2006	92,9
	Variação%	6,0
De 10 a 20 mil	2001	86,1
	2006	88,9
	Variação%	3,2
De 20 a 50	2001	84,0

mil	2006	81,3
	Variação%	-3,2
De 50 a 100 mil	2001	82,6
	2006	87,5
	Variação%	5,9
De 100 a 500 mil	2001	81,8
	2006	76,2
	Variação%	-6,9
Mais de 500 mil	2001	45,5
	2006	89,5
	Variação%	96,6
BRASIL	2001	85,4
	2006	88,6
	Variação	3,7

Fonte; Pesquisa “Pesquisa nacional de precarização e qualidade do emprego no PSF - 2006 -EPSM – NESCON/FM/UFMG e Pesquisa “Agentes Institucionais e modalidades de contratação de pessoal no PSF no Brasil” – 2001 – EPSM – NESCON/FM/UFMG.

Podemos observar nesses dados a seguir que para os enfermeiros que atuam no PSF a contratação direta pela prefeitura se confirma, como maioria, os outros agentes de contratação via indireta têm percentual menor e em média diminuiu de 2001 para 2006. Os municípios de porte populacional de 100 a 500 mil, ao contrário, aumentaram seus percentuais de contratação via indireta de 14,8% para 23,8% para os enfermeiros, guardando coerência com a variação negativa descrita acima.

Tabela 34. Percentuais de contratação dos enfermeiros do PSF via administração direta (prefeitura) e de outros agentes contratantes (indireta) por porte populacional – Brasil, 2001 e 2006.

Categoria	Porte Populacional	Contratação direta		Contratação Indireta	
		2001	2006	2001	2006
Enfermeiro	Até 10 mil	88,1	92,9	11,7	7,1
	De 10 a 20 mil	85,8	88,9	14,2	11,1
	De 20 a 50 mil	81,4	81,3	18,6	18,7
	De 50 a 100 mil	83,8	87,5	16,2	12,5
	De 100 a 500 mil	85,2	76,2	14,8	23,8
	Mais de 500 mil	80,0	89,5	20,0	10,5
	Brasil	86,0	88,0	14,0	11,4

Fonte; Pesquisa “Pesquisa nacional de precarização e qualidade do emprego no PSF - 2006 -EPSM – NESCON/FM/UFGM e Pesquisa “Agentes Institucionais e modalidades de contratação de pessoal no PSF no Brasil” – 2001 – EPSM – NESCON/FM/UFGM.

Para os enfermeiros que atuam no PSF a modalidade de vinculação pela via **Estatutária**, nacionalmente, aumentou de 2001 para 2006 de 14,4 % para 21,7%.

As regiões em sua maioria aumentaram o acesso na modalidade estatutária e o **Sudeste** se comportou **diminuindo a vinculação estatutária para os enfermeiros**.

O **Nordeste e Norte** confirmam de forma expressiva a modalidade **Estatutária** para os enfermeiros - de 8,0% em 2001 para 21,8% em 2006 e de 21,1% em 2001 para 34,8% em 2006, respectivamente.

A modalidade **CLT para os enfermeiros no PSF** só é mais significativa no **Sul e Sudeste**. A região **Centro-Oeste** fez nulo esse acesso em 2006 para enfermeiros do PSF.

A região **Sul** tinha em 2001 maiores percentuais de enfermeiros na modalidade de **Contrato Temporário – 35,7%**, no entanto em **2006** sofreu queda nas regiões como um todo sendo, porém mais significativo nas regiões **Centro-Oeste, Norte e Nordeste**.

A modalidade de **Prestação de Serviços por privados** para os *enfermeiros* era pequena em 2001, mas **vêm crescendo nacionalmente**. A região **Centro-Oeste** tem aumento significativo dessa modalidade para enfermeiros de 5,4% em 2001 para 32,1% em 2006. A região **Sul** tem o menor percentual de aumento na modalidade de prestação de serviços, de 0,9% em 2001 para 7,8% em 2006.

As outras modalidades de contratação para o enfermeiro do PSF são insignificantes percentualmente chegando à nula na região **Norte** e a variação nacional vai de 8,3% em 2001 para 0,6% em 2006.

Percentuais da utilização de modalidades de contratação de enfermeiros no PSF em 2001, 2006 e Variação em percentual por regiões geográficas – Brasil, 2006.

Categoria	Região	Estatutário		C L T		C T A P		P S P F		O u t r o s	
		2001	2006	2001	2006	2001	2006	2001	2006	2001	2006
Enfermeiro	C O	13,5	19,8	4,1	0,0	73,0	46,9	5,4	32,1	4,1	1,2
	N O	21,1	34,8	2,6	4,5	68,4	42,4	7,9	18,2	0,0	0,0
	N E	8,0	21,8	2,0	8,9	77,1	52,5	6,5	16,7	6,5	0,0
	S	26,1	31,9	25,2	31,9	35,7	26,5	0,9	7,8	12,2	1,8
	S E	13,2	10,9	23,7	27,6	47,4	48,9	4,7	12,2	11,1	0,5
	Brasil	14,4	21,7	13,3	17,7	59,2	44,6	4,9	15,3	8,3	0,6

Fonte: Pesquisa “Pesquisa nacional de precarização e qualidade do emprego no PSF - 2006 -EPSM – NESCON/FM/UFGM e Pesquisa “Agentes Institucionais e modalidades de contratação de pessoal no PSF no Brasil” – 2001 – EPSM – NESCON/FM/UFGM.

Os dados a seguir demonstram que para os enfermeiros no PSF **segundo modalidade de contratação por porte populacional, nacionalmente houve aumento** percentual no vínculo **Estatutário** (de 14,4% em 2001 para 21,7% em 2006). Os municípios de porte de 50 a 100 mil são os que apresentam maior percentual de aumento (16,5% de diferença de 2001/2006) seguido do porte populacional de mais de 500 mil (13,2% de diferença de 2001/2006).

A modalidade **CLT aumentou** (de 13,3% em 2001 para 17,7% em 2006) **na análise por porte** populacional o padrão se mantém em todos os portes com exceção do **porte de 50 a 100 mil** que apresenta **diminuição** (de 13,6% em 2001 para 10,4% em 2006).

O **Contrato Temporário diminuiu** em geral em **todos os portes** populacionais, mas o porte de 100 a 500 mil apresenta a maior diferença de 2001/06 – menos 22,9% de contratos temporários para a categoria enfermeiro.

A **Prestação de serviço por porte populacional**, nacionalmente **aumenta** em 0,2% de 2001 para 2006, mas os municípios de porte populacional de mais de 500 mil

mantêm-se nulo. As **outras** formas de contratação são pequenas percentualmente e apresentam redução de 0,3%.

Tabela 36. Percentuais da utilização de modalidades de contratação de enfermeiros do PSF em 2001, 2006 e Variação em percentual por porte populacional.

Categoria	Porte	Estatutário		C L T		C T A P		P S P F		O u t r o s	
		2001	2006	2001	2006	2001	2006	2001	2006	2001	2006
Enfermeiro	Até 10 mil	12,1	17,2	14,3	15,5	62,9	50,3	4,6	12,4	4,6	4,5
	10 a 20 mil	8,6	18,5	12,2	16,4	64,0	48,1	5,8	6,5	5,8	4,8
	20 a 50 mil	14,7	19,4	11,2	23,7	53,4	40,3	6,9	4,8	6,9	4,3
	50 a 100mil	27,3	43,8	13,6	10,4	56,8	37,5	0,0	0,6	0,0	4,2
	100 a 500 mil	32,3	38,1	12,9	26,2	41,9	19,0	3,2	1,1	3,2	7,1
	+500 mil	50,0	63,2	25,0	26,3	12,5	10,5	0,0	0,0	0,0	0,0
	Brasil	14,4	21,7	13,3	17,7	59,2	44,6	4,9	5,1	4,9	4,6

Fonte: Pesquisa “Pesquisa nacional de precarização e qualidade do emprego no PSF - 2006 -EPSM – NESCON/FM/UFGM e Pesquisa “Agentes Institucionais e modalidades de contratação de pessoal no PSF no Brasil” – 2001 – EPSM – NESCON/FM/UFGM.

A avaliação dos dados que seguem com relação a salários praticados para os enfermeiros da equipe do PSF mostram que há pouca variação entre o agente contratante direto e indireto no valor em reais dos salários.

A região que apresenta maior valor em prática salarial é a **Norte** e a região **Sul** pratica o **menor valor** quando o agente de contratação é direto (Prefeitura).

Embora haja variação salarial entre as regiões quando o agente contratante é indireto, continua ser a região **Norte** quem pratica **maior valor de salário** e a região **Sul** o **menor valor**.

Tabela 37. Média salarial dos enfermeiros do PSF praticadas pelas Prefeituras (administração direta) e por outros agentes contratantes em 2001, 2006 e Variação em percentual por regiões geográficas para o enfermeiro.

Categoria	Região	Contratação Direta	Contratação Indireta	V a r i a ç ã o
Enfermeiro	CO	2.283,16	2.266,60	-0,17
	NO	2.389,84	2.793,33	4,03
	NE	2.382,87	2.183,33	-2,00
	S	1.838,61	1.978,15	1,40
	SE	2.129,18	2.281,98	1,53
	Brasil	2.199,79	2.193,87	-0,06

Fonte: Pesquisa “Pesquisa nacional de precarização e qualidade do emprego no PSF - 2006 -EPSM – NESCON/FM/UFMG e Pesquisa “Agentes Institucionais e modalidades de contratação de pessoal no PSF no Brasil” – 2001 – EPSM – NESCON/FM/UFMG.

O quadro a seguir nos mostra que quando o agente de contratação é direto, a partir do porte municipal de 10 a 20 mil habitantes os municípios vão aumentando o valor praticado na remuneração dos enfermeiros. Encontramos uma diferença no valor salarial praticado pelos municípios de porte populacional de até 10 mil habitantes que operam valor discretamente maior que o porte subsequente. A diferença mais significativa no valor salarial praticado para os enfermeiros do PSF esta nos municípios de porte de 100 a 500 mil e os de mais de 500 mil que operam um valor maior em R\$ 456,98.

Quando o agente de contratação é indireto também há tendência de quanto maior o porte populacional maior o valor de salário praticado. A diferença mais significativa encontrada no valor salarial praticado para os enfermeiros do PSF esta nos

municípios de portes 100 a 500 mil e os de mais de 500 mil que operam um valor maior em R\$ 1.126,00.

Tabela 38. Média salarial dos enfermeiros do PSF praticadas pelas Prefeituras (administração direta) e por outros agentes contratantes em 2001, 2006 e Variação em percentual por porte populacional para o enfermeiro.

Categoria	Porte	Contratação Direta	Contratação Indireta	Variação
Enfermeiros	Até 10 mil	2.137,33	1.832,40	-3,0
	10 a 20 mil	2.113,60	2.143,29	0,3
	20 a 50 mil	2.295,52	2.199,08	-1,0
	50 a 100mil	2.376,83	2.318,83	-0,6
	100 a 500 mil	2.378,31	2.774,00	4,0
	+500 mil	2.835,29	3.900,00	10,6
	Brasil	2.199,79	2.193,87	-0,1

Fonte: Pesquisa “Pesquisa nacional de precarização e qualidade do emprego no PSF - 2006 -EPSM – NESCON/FM/UFMG e Pesquisa “Agentes Institucionais e modalidades de contratação de pessoal no PSF no Brasil” – 2001 – EPSM – NESCON/FM/UFMG.

Quanto ao Tempo de Permanência os enfermeiros do PSF permanecem nacionalmente, quando a contratação é direta, **de 2 a 4 anos no município**. A maioria das regiões mantêm o padrão nacional e nas regiões **Norte e Sul** o tempo de permanência é **de mais de 5 anos**.

Quando a contratação do enfermeiro do PSF é indireta o tempo de permanência é similar ao da situação de contratação direta. Nas regiões **Centro-Oeste e Sul** o tempo de permanência fica na **faixa de 1 a 2 anos**, na **Sudeste de 2 a 4 anos** e no **Norte e Nordeste** a faixa de permanência é de **mais de cinco anos**. A variação nesse caso é pequena do tempo de permanência dos enfermeiros ficando entre 1 a 2 anos (29,0%), 2 a 4 anos (32,2%) e mais de 5 anos (29,0%).

Esta variação nacional do tempo de permanência dos enfermeiros do PSF em que o limite máximo fica na faixa dos mais de cinco anos (25,5% - C.Direta e 28,9% - C.Indireta) demonstra que a noção de carreira no PSF é limitada, independente da contratação ser direta ou indireta.

Uma vez que a faixa de tempo de permanência para os enfermeiros do PSF preponderante é a de 2 a 4 anos (32,5% e 32,2%) e ainda que 17,0% e 5,6% permanecem apenas 1 ano ou menos, isto nos dá a noção da rotatividade dessa força de trabalho, independente da contratação ser direta ou indireta. Se somarmos os percentuais nacionais das menores faixas de permanência isso fica mais evidente (Até 1 ano – 17,0% e de 1 a 2 anos – 22,5% na C. Direta = **39,5%** e na C. Indireta – 5,6% + 28,9 = **34,5%**) reforçando a não retenção da força de trabalho.

Tabela 39. Tempo de Permanência do Enfermeiro do PSF nos municípios segundo tipo de Contratação (Direta e Indireta) por região geográfica, Brasil, 2006.

Categoria	Região	C o n t r a t a ç ã o D i r e t a					C o n t r a t a ç ã o I n d i r e t a				
		Até 1ano	1 a 2anos	2 a 4 anos	+ 5 anos	NR/NS	Até 1ano	1 a 2anos	2 a 4 anos	+ 5 anos	NR/NS
Enfermeiro	C O	22,4	22,4	39,5	13,2	2,6	20,0	40,0	20,0	20,0	0,0
	N O	15,9	27,0	25,4	28,6	3,2	0,0	0,0	33,3	66,7	0,0
	N E	15,1	22,9	34,3	25,3	2,4	8,3	8,3	33,3	50,0	0,0
	S	13,7	18,0	30,9	35,3	2,2	11,1	40,7	29,6	14,8	3,7
	S E	20,2	24,2	31,5	22,5	1,7	0,0	27,9	34,9	30,2	7,0
	Brasil	17,0	22,5	32,5	25,5	2,3	5,6	28,9	32,2	28,9	4,4

Fonte: Pesquisa “Pesquisa nacional de precarização e qualidade do emprego no PSF - 2006 -EPSM – NESCON/FM/UFMG e Pesquisa “Agentes Institucionais e modalidades de contratação de pessoal no PSF no Brasil” – 2001 – EPSM – NESCON/FM/UFMG.

O tempo de permanência dos enfermeiros do PSF nos municípios segundo porte populacional e quando a contratação é direta, nacionalmente fica na faixa de 2 a 4 anos. Nos municípios de porte de até 10 mil a de 50 a 100 mil habitantes a faixa de tempo de permanência fica em 2 a 4 anos se igualando ao perfil nacional. Caracterizando a rotatividade da força de trabalho de enfermagem. Conforme aumenta o porte populacional aumenta o tempo de permanência dos enfermeiros nos municípios. O que indica que os grandes municípios têm maior capacidade de reter força de trabalho em enfermagem.

Não há variação na permanência do enfermeiro do PSF por porte populacional, quando a contratação é indireta ou direta, ou seja, de 2 a 4 anos é o tempo de permanência. Os municípios de porte até 10 mil e os de 50 a 100 mil tem um índice de 52,0% e 50,0% de tempo de permanência de 1 a 2 anos, o que caracteriza a existência de rotatividade desses profissionais.

Nos municípios de porte de **mais de 500 mil habitantes e contratação indireta** o tempo de permanência para os enfermeiros de **mais de 5 anos em 100%** fortalecendo a contratação indireta para os enfermeiros nos municípios desse porte populacional. Se juntarmos essa informação ao fato de que também nesse porte populacional (mais de 500 mil – R\$ 3.900,00) são pagos os melhores salários, reforça justificativa da permanência em mais de 5 anos dos enfermeiros do PSF.

Tabela 40. Tempo de Permanência do Enfermeiro do PSF nos municípios segundo tipo de Contratação (Direta e Indireta) por porte populacional – Brasil, 2006.

Categoria	Porte	C o n t r a t a ç ã o D i r e t a					C o n t r a t a ç ã o I n d i r e t a				
		Até 1ano	1 a 2anos	2 a 4 anos	+ 5 anos	NR / NS	Até 1ano	1 a 2anos	2 a 4 anos	+ 5 anos	NR / NS
Enfermeiro	Até 10mil	25,2	23,1	31,0	20,0	0,6	8,0	52,0	20,0	20,0	0,0
	10 a 20mil	12,0	23,4	35,9	26,9	1,8	0,0	23,8	52,4	19,0	4,8
	20 a 50mil	11,6	22,3	35,7	30,4	0,0	7,7	15,4	38,5	34,6	3,8

50 a 100mil	2 , 4	26 , 2	35 , 7	35 , 7	0 , 0	16 , 7	50 , 0	0 , 0	33 , 3	0 , 0
100 a 500mil	3 , 1	15 , 6	34 , 4	40 , 6	6 , 3	0 , 0	11 , 1	33 , 3	44 , 4	11 , 1
+ 500 mil	5 , 9	11 , 8	5 , 9	35 , 3	41 , 2	0 , 0	0 , 0	0 , 0	100 , 0	0 , 0
B r a s i l	17 , 0	22 , 6	32 , 8	25 , 6	2 , 0	5 , 6	29 , 2	32 , 6	29 , 2	3 , 4

Fonte: Pesquisa “Pesquisa nacional de precarização e qualidade do emprego no PSF - 2006 -EPSM – NESCON/FM/UFGM e Pesquisa “Agentes Institucionais e modalidades de contratação de pessoal no PSF no Brasil” – 2001 – EPSM – NESCON/FM/UFGM.

Capítulo 5. Discussão

As informações das pesquisas evidenciam uma expressiva expansão do PSF de 1999 a junho de 2009.

Ela se comprova pelo número de equipes implantadas por município, que passaram de 4,5 equipes /município em 2001 para 10,5 equipes /município em 2006, demonstrando que a organização da Atenção Básica com o PSF foi sendo incorporada pelos mesmos.

Em 1999 a formação do enfermeiro do PSF era em sua maioria graduada em instituição pública de ensino superior e possuíam de 4 a 14 anos de formados. O que demonstra a grande capacidade do aparelho formador de nível superior público em formar para o serviço público de saúde bem como seu número expressivo de vagas por ano. Há tendência com o BOON de escolas de formação superior, que as instituições privadas coloquem maior quantitativo de profissionais no mercado de trabalho.

A maior parte dos enfermeiros não possuíam Habilitação profissional, e os que a possuíam era na área de *Saúde Pública* na maioria. A categoria de enfermagem em seu currículo de formação antigo graduava-se em 7 períodos e ao final destes, era oferecido de forma opcional a Habilitação em áreas específicas como *Saúde Pública, Médico e Cirúrgica, Obstetrícia, Enfermagem do Trabalho, Licenciatura em Enfermagem* e outras. Para tanto o enfermeiro cursava, em média mais dois períodos de formação. Com o Currículo Novo para o enfermeiro (Parecer MEC nº 1.133/2001 e a Resolução nº 3/2001), a categoria passa a ter uma formação generalista e mais compatibilizada com os serviços de saúde existentes no país, além de uma formação que proporciona a integração com a comunidade e sua realidade em consonância com a Reforma Sanitária e as mudanças sociais que afetam a área de saúde.

A maioria dos enfermeiros do PSF em 1999 não possuíam curso de especialização, mas os que a possuíam era predominantemente na área de *Saúde Pública* em sua maioria. A área de Saúde Pública naturalmente é a que mais prepara especialistas

que se enquadram no trabalho desenvolvido por enfermeiros no PSF, afeto a atenção básica em saúde. Os enfermeiros têm buscado a compatibilização entre as ações desenvolvidas no PSF e seu processo de qualificação na pós-graduação ou ainda que, suas pós-graduações lhes abrem a possibilidade de acessar o PSF.

A quase totalidade dos enfermeiros do PSF não possuía Mestrado nem Doutorado essa era e ainda é uma área que carece de especialistas e pesquisadores, pois o programa do PSF teve seu desenvolvimento e implantação desarticulado do processo de formação e preparo da força de trabalho de enfermagem e de outras áreas profissionais.

A opção desses enfermeiros para modalidades de capacitação tinha por primeira escolha outra especialização e por segunda o mestrado/doutorado. Este nível de qualificação, até o período da pesquisa 1999, ainda não era uma realidade de qualificação. Isso demonstrava a necessidade de processos mais robustos de pós-graduação com foco em produzir pesquisa na área para o trabalho em PSF. Atualmente deveríamos articular políticas que ofereçam estas modalidades de pós-graduação como meta, e a construção de Mestrados Profissionais para os enfermeiros e os outros profissionais do PSF.

Os Pólos de Capacitação do Programa Saúde da Família foram criados na tentativa de qualificar em serviço os profissionais que desenvolviam o trabalho e posteriormente as novas ações do Ministério da Saúde tentam melhorar este descompasso entre a formação profissional e a expansão da estratégia do PSF.

Podemos citar as diretrizes políticas do Departamento de Gestão da Educação em Saúde/SEGTE/S.M.S que visam direta e indiretamente à capacitação para o PSF, como o *Pró-Saúde*, que objetiva à orientação da formação profissional, assegurando uma abordagem integral do processo saúde-doença com ênfase na atenção básica; as *Residências Multiprofissionais*; a rede *MAES* – Rede Multicêntrica de apoio à Especialização em Saúde da Família, que é uma cooperação entre diferentes instituições de formação superior e as Secretarias municipais de saúde que fazem capacitações e especializações de trabalhadores para o PSF, com a possibilidade de intercâmbio de experiências; a Universidade Aberta de Educação Permanente em Saúde - *UNAEPS* - com prioridade na construção de cursos de especialização à

distância (EAD) para os profissionais (nível superior) do PSF e com isso alcançar a meta de 100% de profissionais capacitados na atenção básica; o Programa Nacional de Telessaúde Aplicada à Atenção Básica - *Telessaúde Brasil* que objetiva capacitar e integrar as equipes de Saúde da Família do país entre si e com os centros universitários de referência com redução de custos e tempo de deslocamentos e promoção da *fixação* dos profissionais em locais de difícil acesso.

A nosso ver, embora estas políticas demonstrem disposição em enfrentar o processo de capacitação dos profissionais da equipe do PSF, onde se incluem os enfermeiros, entendemos que as ações sofrem reformulações constantes, produto de um processo construído de forma negociada com as instâncias de gestão do SUS, do governo Federal, do controle social e dos aparelhos formadores de nível médio e superior. Para o processo de formação profissional, a Comissão Interministerial de Gestão da Educação em Saúde visa ordenar a formação em saúde para o SUS, que passa a ser uma ação conjunta dos Ministérios da Saúde e Educação.

Os enfermeiros do PSF demonstraram sua busca por atualização profissional nos conteúdos técnicos e científicos, seja pela aquisição de publicações ou a participação em eventos de educação continuada.

A maioria dos enfermeiros relatou o exercício profissional anterior ao do PSF referiu ter de 4 a 14 anos de formados. Portanto os enfermeiros, não buscavam o PSF como primeira escolha de execução da sua atividade profissional. Estavam atuando no PSF em média há menos de 1 ano ou de 1 a 2 anos. Isso faz com que as percepções e impressões do processo de trabalho ainda estejam em construção não se conformando, portanto opiniões consolidadas sobre o PSF como um todo.

Na pesquisa de 1999 os enfermeiros fizeram referência a melhora nas condições de trabalho, na autonomia técnica, na relação com os pacientes e no prestígio profissional, o que pode ter contribuído no processo de adesão dos enfermeiros ao trabalho junto ao PSF e ter consolidado o fato de serem otimistas quanto ao futuro do PSF no Brasil uma vez que também havia melhora nas condições de saúde da população.

Complementando estas informações com os resultados das pesquisas de expansão 2001 e 2006, verifica-se que ocorreu credibilidade por parte dos enfermeiros na efetividade do processo de trabalho e nas condições gerais do emprego.

O sistema de saúde ao organizar a AB nos municípios aponta que os mesmos mantiveram as Unidades Básicas de Saúde/UBS concomitantes ao PSF, revelando que as UBS não foram substituídas em sua maioria e se mantiveram como referência para o PSF.

O nível de gestão de *Coordenador de Equipe PSF* se consolida, mas com a característica de não mais ser ocupação quase que exclusiva do enfermeiro. A exceção dos médicos, outros profissionais não exerciam a coordenação. A grande totalidade dos municípios manteve essa função nos seus quadros e outros profissionais a exercem além dos enfermeiros. A gestão de saúde local entendeu o nível de complexidade que está envolvido no processo de trabalho do PSF por isso mantém o cargo para as funções de planejamento, capacitação e monitoramento da AB, qualificando as ações em execução. O que pode estar impedindo a totalidade de municípios em adotar esse nível de gestão é o fato dos municípios de pequeno porte populacional possuir sistema de saúde menos complexo limitando estruturas de gestão de *Coordenação* de PSF, o que pode gerar um mesmo profissional em várias ações concomitantes.

Os enfermeiros do PSF - 1999 tinham como processo seletivo/formas de recrutamento mais referido a *Entrevista* e foram preponderantemente recrutados por *Livre Contratação*, segundo a pesquisa 2006. A região Sul recruta menos por livre contratação e as regiões Centro-Oeste e Sudeste recrutam em mais de 70% por Livre Contratação. Os municípios de 100 a 500 mil habitantes têm o maior percentual de recrutamento dos enfermeiros por Livre Contratação. Esta é uma característica que demonstra o recrutamento preponderante de enfermeiros para o PSF que não respeita o preconizado pela Constituição Federal (artigo 37, inciso II). A legislação brasileira exige para entrada no serviço público em todos os níveis, a realização de *concurso público* (Prova escrita ou Prova e títulos) dispensando apenas para ocupação de cargos em comissão (livre nomeação) ou as excepcionalidades como Contratação temporária por tempo determinado em situações emergenciais, como calamidades

públicas ou outras ações assim consideradas. Constatamos que mais de 50% dos municípios declaravam a *Livre Contratação* para enfermeiros que ocuparam as suas funções na estruturação da atenção básica. Esse dado nos faz refletir sobre como o enfermeiro pode compor uma equipe que precisa ter o princípio de continuidade administrativa preservada e garantida, em condições não legais e em muitas vezes em desamparo social. Importante ressaltar que a região Sudeste, que reúne as condições mais favoráveis para execução do concurso público, está na lista das que mais utilizavam esta forma de recrutamento para o enfermeiro.

Entendemos que a discricionariedade administrativa conferida aos gestores não valida a opção por essa forma de seleção, pois se vê nula perante as normas constitucionais. Mesmo compreendendo que o gestor em todos os níveis deva tomar decisões que coloquem o bem da coletividade em primeiro lugar e que respalde suas decisões pelo poder discricionário a ele investido pelo cargo. **Neste caso, achamos que o ato é ilegal confrontando-se com a possibilidade de não poder escolher entre uma ou outra forma de recrutar recursos humanos. A desassistência não se constituiria em solução, de certo, mas há que se ter mecanismos de gestão que atendam às prerrogativas legais e prioridades na saúde dos indivíduos, famílias e comunidades.** Em contraponto os municípios de pequeno e médio porte (de 10 mil a 50 mil habitantes) apresentam os *menores* índices de utilização de livre contratação embora possam reunir maior dificuldade em organizar processos seletivos.

Apesar da *Livre Contratação* e do *Contrato temporário* serem significativos na seleção e vinculação dos enfermeiros no PSF, houve aumento da vinculação Estatutária, para a maioria das regiões e portes populacionais.

O *Concurso Público* é a **segunda** forma de recrutamento dos enfermeiros do PSF. A região que menos utiliza o concurso público é o Sudeste e as que mais usam o concurso público são as regiões Sul e Norte. Quanto maior o porte populacional maior a utilização do *Concurso Público* para recrutar enfermeiros do PSF. Os municípios de grande porte reúnem melhores condições para execução desse tipo de recrutamento, mas o preconizado pela Constituição brasileira impede qualquer outra forma de se adentrar ao serviço público, que não o concurso público. Isso em tese

deveria ser justificativa para que nenhuma outra forma, mesmo em municípios de 10 mil habitantes, fosse utilizada como recrutamento. **Desta forma destacamos que novamente a discricionariedade se limita a escolhas possíveis do ponto de vista legal, ao gestor existem duas opções ou regimes de vinculação de servidor público - estatutário ou celetista em ambos o concurso público é uma exigência.**

Assim, achamos que executar e fazer cumprir a legislação para o recrutamento de recursos humanos em conjunto com outros municípios, principalmente os de pequeno porte, ou seja, de até 20 mil habitantes (assim se enquadram 71% dos municípios do Brasil / 3.953 municípios do total de 5.564) de forma consorciada, otimizaria recursos financeiros e talvez fosse atrativo para os profissionais.

O processo seletivo via Seleção Pública é irrelevante para a incorporação de enfermeiros no PSF estando os municípios da região Sul e os municípios de porte populacional de 50 a 100 mil entre que mais a utilizam. O processo de Seleção Pública se legitimou para o Agente Comunitário de Saúde, dada às condições especiais que são exigidas ao candidato, a residência na comunidade como condição pré-requisito para acessar o PSF, ou seja, estão respaldados por lei específica.

Quanto ao Agente Contratante, a *Prefeitura (administração direta)* é preponderante na contratação de enfermeiros para o PSF. Os agentes *privados sem fins lucrativos* nos municípios são agentes de contratação irrelevantes para os enfermeiros. Há tendência de a prefeitura ser *exclusiva na contratação de profissionais para o PSF*. As regiões que *menos* utilizam a prefeitura como agente contratante são a Sul e Sudeste e as regiões que *mais* a utilizam são o Centro-Oeste, Norte e Nordeste em mais de 90% dos municípios. Quanto maior o porte do município, maior a terceirização para os privados sem fins lucrativos. Os municípios de porte populacional de 100 a 500 mil habitantes, embora estejam entre os que mais cresceram em média de equipes de PSF em comparação a 2001 (perdendo somente para os de +500 mil), são os que mais terceirizam. Isso pode sugerir que, quanto mais complexa vai ficando a rede de atenção á saúde, mais passa a precisar de mecanismos ágeis de contratação, como a terceirização via entidades privadas sem fins lucrativos.

As duas pesquisas consultadas mostram que a modalidade de contratação prevalente era a Contratação Temporária/ serviços prestados. Apesar das amostras serem distintas, elas demonstram a manutenção de alta vinculação de enfermeiros do PSF nessa modalidade. Ao cruzarmos esse dado com o fato dos enfermeiros serem selecionados por Livre Contratação, desprezando o concurso público, **entendemos que a precarização se caracteriza.**

Assim, Ricardo Antunes (1995) faz do Mundo do Trabalho e seus sentidos uma avaliação, chamando-o de uma *acumulação flexível*:

“... na era da acumulação flexível e da "empresa enxuta", merecem destaque, e são citadas como exemplos a serem seguidos, aquelas empresas que dispõem de menor contingente de força de trabalho e que, apesar disso tem maiores índices de produtividade. Algumas das repercussões destas mudanças no processo produtivo têm resultados imediatos no mundo do trabalho: desregulamentação enorme dos direitos do trabalho, que são eliminados cotidianamente em praticamente todas as partes do mundo onde há produção industrial e de serviços; aumento da fragmentação no interior da classe trabalhadora; precarização e terceirização da força humana que trabalha; destruição do sindicalismo de classe e sua conversão num sindicalismo dócil, de parceria, ou mesmo em um "sindicalismo de empresa.”

A vinculação profissional com os agentes públicos está disciplinada e regulamentada por legislação específica (Lei 8.112/91 – Lei do RJU e a Lei 8.745/93 para Contratação Temporária) além dos aspectos legais citados acima. As formas autorizadas pela legislação somente poderiam ser *Servidor Público – Estatutário*; *Trabalhador regido por CLT* (com prazo indeterminado); e *Servidor Público não efetivo* (cargos comissionados, cargos de confiança e contratação temporária com a administração pública - por excepcional interesse público baseado em legislação municipal, todos demissíveis *ad nutum*). **Compreendemos então que isso reforça o fato de que um programa que se torna uma estratégia de governo na organização da atenção básica não poderia vincular de forma precária e sem legalidade sua força de trabalho, pois isso compromete as diretrizes do próprio processo de trabalho que preconiza a vinculação dos profissionais com a população adstrita às equipes do PSF.**

A região Nordeste é a que *mais* utiliza o *Contrato Temporário* para vincular enfermeiros no PSF e a região Sul a que *menos* utiliza. Quanto menor o porte populacional maior o uso do Contrato Temporário. Os municípios de 100 a 500 mil e os de + de 500 mil utilizam o contrato temporário, mas na variação de 2001 / 2006 apresentaram diminuição. Os municípios de 50 a 100 mil são os que menos utilizam o contrato temporário para enfermeiros no PSF.

A *segunda* modalidade mais utilizada para vincular os enfermeiros no PSF é a *Estatutária*. A pesquisa de 1999 mostra um aumento dessa modalidade, sendo positivo do ponto de vista legal e na desprecarização. As regiões que *mais* a utilizam são a *Norte e Sul* e a região que *menos* utiliza é o *Sudeste*, coerente com o fato de ser a região que menos seleciona por concurso público os enfermeiros para o PSF. Quanto maior o porte populacional dos municípios mais há vinculação pela via Estatutária para os enfermeiros. **Nessa lógica compreendemos que os municípios de 10 mil habitantes são os que menos vinculam enfermeiros pela via estatutária – para os municípios de pequeno porte a confecção de concurso público é oneroso pelo quantitativo a ser selecionado o que já não acontece com os de grande porte populacional que freqüentemente necessitam ocupar seus cargos, seja pelos processos inerentes a administração dos recursos humanos (vacâncias) ou pela abertura de novos serviços, e por estarem em grandes centros urbanos dispõe dos recursos necessários para realização do mesmo (disponibilidade de força de trabalho e de estrutura para organização de concurso público).**

A modalidade de vinculação por CLT não chega ser expressiva para enfermeiros no PSF. Mas a pesquisa de 1999, evidência um aumento o que é positivo para os aspectos legais e na desprecarização. A região Centro-Oeste não utiliza esta forma de vinculação para os enfermeiros e as regiões Sul e Sudeste são as que mais utilizam o CLT. Quanto maior o porte populacional maior o uso do CLT para vincular enfermeiros no PSF. O regime CLT embora seja legal e garanta a proteção social aos trabalhadores não tem sido a opção da gestão municipal, podemos pensar que sejam as desvantagem financeira pelos encargos gerados por essa vinculação (FGTS e INSS).

A modalidade de prestador de serviço/autônomo/pessoa jurídica é a menos utilizada para vincular os enfermeiros do PSF, ocupando o *quarto lugar*, mas apresenta crescimento principalmente na região Centro-Oeste. A região que menos utiliza a prestação de serviço para os enfermeiros do PSF é a Sul. Quanto maior o porte populacional dos municípios menor a utilização da prestação de serviço, chegando a ser nulo nos municípios de porte populacional de + 500 mil habitantes.

Os salários dos enfermeiros na pesquisa/1999 apurou que a renda salarial mensal **declarada** por eles estava entre R\$ 851,70 a R\$ 3.400,00 e a *renda média nacional*, apurada a época, era R\$ 1.909,10. Na pesquisa/2006 a **média salarial nacional** ficou em torno de R\$ 2.199,10, denotando aumento. A faixa da pesquisa em que está a *média salarial predominante* nos municípios, é de 2 a 3 mil reais. As regiões que remuneram acima da média são o Centro-Oeste - R\$ 2.282,10 e o Nordeste - R\$ 2.408,46. Os municípios da região Sul praticam os mais baixos salários - R\$ 1.861,59 e uma porcentagem pequena de municípios da região Norte remuneram acima de 4 mil reais aos enfermeiros do PSF. Em média, são nos municípios *maiores* que os salários dos enfermeiros são *maiores*.

Apesar da expansão do PSF não houve muita variação na remuneração dos enfermeiros segundo as regiões geográficas, mas quanto ao porte as variações foram mais significativas. Como a expectativa de remuneração considerada adequada na pesquisa/1999 era R\$ 1.701,70 a R\$ 3.400,00, a média nacional de 2006 (R\$2.199,10) e a faixa salarial predominante (de 2 a 3 mil reais) estão dentro desta variação atendendo a expectativa referida pelos enfermeiros. Segundo a pesquisa 1999 os enfermeiros relataram em sua maioria que houve melhora nas condições salariais. O teto de remuneração estabelecido de forma constitucional (CF/88 art.37, inciso XI) limita o investimento em maiores salários pelos municípios não só para o enfermeiro como para a equipe do PSF.

Na pesquisa de 1999 a maioria dos enfermeiros declarou a execução de uma jornada de trabalho variando entre 31 a 40 horas, o que também se confirma na pesquisa 2006. A carga-horária de 40 horas atende as especificidades do PSF, pois o trabalho nesse nível de atenção requer dedicação para acompanhamento e monitoramento da população adstrita. A jornada de trabalho nos faz estabelecer parâmetros de

qualidade do emprego e precarização, 95% dos municípios confirmam a jornada fixa de 40 horas já preconizadas pelo trabalho em PSF.

A rotatividade na pesquisa de 1999 não estava caracterizada, os enfermeiros relataram que 82,6% não referiam ter trabalhado em PSF de outros municípios e não era uma característica o exercício de atividade particular. Os municípios da região Sudeste, por serem os que mais concentram a capacidade de oferta de empregos, pode justificar o fato dos enfermeiros nessa região terem referido em mais de 70% outro vínculo de trabalho.

Considerando que as prefeituras são as responsáveis pela atenção básica, os percentuais produzidos por elas na qualidade dos seus empregos na área nos denunciam os níveis de precarização. Considerando as conclusões de que há a tendência em sua exclusividade como agente contratante seja por regiões ou por porte populacional, os dados consolidados na pesquisa 2006 referente ao Agente Contratante – Prefeitura (administração Direta) reforça a discussão proferida até aqui.

Os incentivos oferecidos pela gestão municipal ao enfermeiro, que valorizam o profissional e influenciam sua retenção, são em *minoría* algum tipo de incentivo. Quando o fazem, os incentivos são: auxílio alimentação, adicional por qualidade e auxílio transporte. É possível que os municípios precarizem as relações de trabalho com os enfermeiros, mas desconsiderem que a rotatividade desses profissionais pode ser abordada pelo oferecimento de incentivos. A categoria médica além de possuir a maior média salarial nacional – R\$ 5.223,69, ainda recebem incentivos da maioria dos municípios.

A região Nordeste é a que oferece mais incentivos para os enfermeiros, e as regiões Sul, Sudeste e Centro-Oeste têm os menores índices de incentivos oferecidos para todas as categorias profissionais. Quanto maior o porte populacional dos municípios maior o oferecimento de incentivos. Nos municípios de + 500 mil habitantes chegam a 84,2% de incentivos para os enfermeiros do PSF. Os municípios de grande porte reúnem melhores condições para estabelecer incentivos e capacidade de retenção da força de trabalho.

Em geral, o Tempo de Permanência dos Enfermeiros no PSF é em média de 2 a 4 anos tanto por regiões como por porte populacional e independe da contratação ser direta ou indireta com a prefeitura. A região Norte se destaca, pois seus municípios agregam um tempo de permanência dos enfermeiros maior, mais de 5 anos.

Somando as menores faixas de pesquisa (até 1 ano e de 1 a 2 anos) para permanência dos enfermeiros encontramos percentuais que denotam a rotatividade desses profissionais e a dificuldade em reter essa força de trabalho, além da média nacional (2 a 4 anos) que é baixa reforçando essa tendência. Esses dados independem da contratação ser direta ou indireta com a prefeitura, mas quanto maior o porte do município maior o tempo de permanência.

Capítulo 6. Considerações Finais

Levando em conta que objetivamos neste estudo identificar os limites e possibilidades das políticas de gestão do trabalho e da educação em saúde no processo de precarização dos vínculos de trabalho dos enfermeiros no PSF, podemos concluir que, embora o enfermeiro nesse programa não seja a categoria mais precarizada pelos municípios, sua condição ainda não é de total amparo social.

O Programa Saúde da Família surge no cenário brasileiro como política de organização da AB, e como tal não poderia ter se expandido por profissionais com vínculos precários. Além disso, **as diretrizes sociais que nele se ancoram não podem desconsiderar que os trabalhadores são cidadãos incluídos no mesmo processo e que para “cuidar” da saúde dos indivíduos, famílias e comunidades precisam ter o respaldo da vinculação legal.**

Podemos refletir que o mundo moderno em que se fala do fim do trabalho pode ser uma das justificativas para os arranjos que se constituíram na vinculação dos trabalhadores ou que a sociedade moderna não almeje mais uma carreira que o fixe em seu local de trabalho até a aposentadoria. Se isso for um processo de evolução explicado na sociologia do trabalho, vamos ter que repensar a saúde no SUS e os arcabouços legais que amparam o trabalho em saúde.

Esta lógica não poderia ser empregada no serviço de saúde, afinal apesar de estar no setor terciário, tem especificidades e por isso não “enxugamos” as instituições de saúde, não dispensamos força de trabalho pela incorporação tecnológica e não deveríamos terceirizar as atividades finalísticas. Nós, trabalhadores e profissionais da área da saúde estamos no mesmo processo sociológico, mas o Sistema Único de Saúde do país trabalha com políticas de inclusão e cobertura que vislumbram “Saúde para todos”.

O que seria para o serviço de saúde produtividade e lucro? Certamente ter poucos indivíduos a serem atendidos e conseqüentemente um processo de prevenção constituído ao ponto de termos total controle sobre as doenças. Esse é o melhor dos mundos, mas para isso não temos que diminuir a força de trabalho, precisamos de

qualidade de vida, afinal a saúde é intersetorial e o trabalhador de saúde não pode ser mais um insumo a área.

Se os sentidos do trabalho estão mudando, teremos que organizar a média e alta complexidade da atenção a saúde numa atenção básica estruturada e consolidada na Promoção e Prevenção à Saúde, que nos levará cada vez menos às necessidades de atendimento e intervenções. Para isso levaremos algum tempo, investimento financeiro, político e de recursos humanos.

Mesmo sabendo que a segunda maior modalidade de vinculação do enfermeiro é o Estatutário, precisamos colocá-lo em *primeiro e único* ou vincular pela via CLT. A vinculação CLT, embora não expressiva para os enfermeiros aparece na pesquisa em crescimento de aplicação, favorecendo ainda mais o caminho do amparo legal, que se soma ao aparecer à vinculação por prestação de serviço de maneira irrelevante.

Contudo, 100% dos enfermeiros com contrato indireto de trabalho, nos municípios de mais de 500 mil habitantes permanecem no PSF por mais de 5 anos. Contrariando a média de permanência nacional de apenas 2 a 4 anos. Indicando o quanto as políticas de desprecarização têm que incentivar e monitorar a vinculação formal e legal como a mais vantajosa e não ao contrário.

A rotatividade expressa nos dados de permanência dos enfermeiros é passível intervenção, afinal o percentual de até 1 ano e de 2 a 3 de permanência chega a quase 40%.

Mesmo com a carga horária, estando na margem do preconizado pelo PSF e o valor do salário na expectativa dos enfermeiros, ainda há rotatividade profissional. Essa é uma questão que podemos avaliar no processo de competitividade entre municípios gerador dessa característica ou como não é a primeira escolha de trabalho dos enfermeiros se desmobilizam rapidamente. Hoje o componente ideológico e a mobilização para formação é bem significativo para que a escolha seja feita.

Se os municípios de mais 500 mil habitantes pagam os melhores salários e oferecem maiores incentivos com vinculação indireta dos enfermeiros e a expansão do PSF com terceirização acontece nos municípios de 100 a 500 mil habitantes, são motivos para o seu monitoramento.

A SGTES tem mantido a prioridade na rede de Observatórios de Recursos Humanos e esta tem sido capaz de acompanhar e analisar os movimentos das áreas de educação e trabalho para o SUS.

Na pauta da Comissão Interministerial de Gestão da Educação deveria estar a questão dos vínculos precários dos profissionais como um componente que interfere na efetividade da atuação profissional e na qualidade da assistência prestada à população. Mesmo sabendo que não é uma questão de natureza pedagógica, a concepção da política de recursos humanos é a coletivização das áreas entrelaçando os problemas e constituindo pautas em comum. **Esta pauta tão pertinente na Comissão Nacional de Desprecarização do Trabalho no SUS, ação política do Departamento de Gestão e da Regulação do Trabalho em Saúde/MS, seria compartilhada entre as duas áreas da SGTES/MS, pois juntas elas se complementariam na conformação de políticas – das melhores, que não só capacitasse como também promovesse vínculos de trabalho legais e que garantissem proteção social ao trabalhador.**

A política de Educação Permanente tem seu locus prioritário no trabalho, e é no trabalho em que os reflexos da precarização repercutem. Assim como a Comissão de Desprecarização deveria incorporar a educação, mesmo que os representantes que compõe o comitê tenham clareza do foco da Educação Permanente, sua participação direta contribui com a área na direção das possíveis soluções.

As políticas de educação em saúde do DEGES, no que estamos chamando de terceira fase, apresentam uma grande abrangência e demonstram muita possibilidade de atender as demandas no campo da qualificação e formação em saúde em todos os níveis. Como elas estão sendo aceitas e incorporadas, dará sentido e efetividade na sua aplicação. Como estão sendo adaptadas nas diversas realidades do país, culminarão em atender os trabalhadores e futuros trabalhadores do processo em saúde. Por tratar-se de um departamento, relativamente recente na área da saúde, os resultados da implementação de suas políticas ainda não são totalmente perceptíveis, pois se trata de um processo em construção de recente implantação e de permanente avaliação, adequação e transformações.

O objeto desse departamento - Gestão de Educação em Saúde, tangencia as possibilidades de intervenção na precarização dos vínculos dos trabalhadores de enfermagem no PSF. O volume de ações e políticas que envolvem o PSF no DEGES são explicitamente priorizados. Seus resultados, como em todo processo formativo, serão verificados à médio e longo prazo.

Os enfermeiros querem mais Mestrados e Doutorados, além das especializações, e o DEGES deverá olhar nesse horizonte. A participação em eventos Científicos, para área são plenamente incorporados na construção desses profissionais, assim como as produções científicas, logo planejar ou incrementar as produções existentes é uma forma de estímulo. A revista *Formação*, oriunda do processo de implantação do PROFAE, pode ser um belo caminho, desde que se providencie o acesso irrestrito e temas abrangentes.

As políticas e ações no âmbito da gestão do trabalho claramente assumem posição de destaque na intervenção da flexibilização com precarização dos vínculos de trabalho dos enfermeiros do PSF. O programa prioritário *DesprecarizaSUS* se volta exclusivamente ao problema. Podemos pensar que seus resultados podem ser apurados, mesmo que timidamente, já na pesquisa de 2006, em que para o enfermeiro, podemos ver uma modificação positiva com a diminuição da vinculação por Contrato Temporário e aumento no vínculo Estatutário.

Em contraponto a política de controle do déficit público em função das políticas macroeconômicas, o SUS encaminha uma lógica de atenção a saúde descentralizando as ações ao âmbito dos municípios. Com isso os gestores se vêm limitados na possibilidade de investir na expansão de sua rede de assistência. Podemos identificar que os municípios de pequeno porte possuem dificuldade em realizar processos de seleção por concurso público, fazendo aumentar a Livre Contratação. As instâncias de gestão CONASS e CONASEMS que dialogam permanentemente com o DEGERTS na MNNP- SUS precisam acirrar essa discussão e usarem suas expertises na busca de soluções legais e protetoras do trabalhador. Se o problema está na onerosidade dos concursos, consorciem esta solução. Se o problema está no salário que não retêm força de trabalho, e os limites do teto salarial impedem vagas atrativas, a saída pode estar no oferecimento de outros incentivos que, não só os financeiros, ou ainda na implantação efetiva do PCCS.

Devemos discutir amplamente de forma intersetorial a possibilidade legal de se ter uma carreira nacional ou quem sabe o serviço descentralizado obrigatório para a saúde. A área da justiça trabalha com essa lógica de concurso público selecionando para todas as localidades, em âmbito estadual ou nacional. Óbvio que nesse sentido vamos ter que discutir salários – Teto salarial, pois sabemos que a área da justiça não se compara a da saúde nesse aspecto, mas olhando para importância social dessas categorias, esse seja um bom argumento.

Precisamos de aliados em vários níveis nesses encaminhamentos, e a *Mesa de Negociação* seria a instância indicada para essa operação. Considerando que o processo de desprecarização está na pauta dos trabalhadores e gestores, esse será mais um esforço que o DEGERTS terá que imprimir para entender a não adesão ao espaço privilegiado de negociação do trabalho em saúde.

A política de Qualificação e Estruturação da Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde – PROGESUS, no componente qualificação profissional de gestores de RH deve imprimir os esforços necessários para formação de maior número de especialistas, e nesse sentido ensinar as pautas da área como a *precarização dos vínculos de trabalho, o cálculo de efetivos, as vias de negociação do trabalho no SUS*, além da ampliação dos componentes de estruturação das áreas nas secretarias.

Estamos assistindo a um momento bastante propício para as discussões em torno da área de recursos humanos em saúde. O governo federal com a formalização da estrutura de gestão do trabalho e educação em saúde oferece condições de ampliação das discussões em torno das pautas prioritárias dos recursos humanos, seguindo seu papel indutor de políticas.

Passados basicamente 20 anos da municipalização da saúde, como diretriz do SUS, a gestão municipal ainda não acumulou suficiente expertise na gestão do sistema de saúde local. Deduzimos portanto, que estamos diante de grandes desafios, mas não só nos municípios desabastecidos de condições de gestão vemos a precarização. Nosso estudo apura que os grandes municípios e os localizados na região sudeste também precarizam. Isso nos aponta que o caminho da desprecarização para os enfermeiros no PSF, terá que estar na pauta nacional e podemos reforçar com o

Pacto de Gestão, onde todos se comprometam a desprecarizar, com metas claras e factíveis.

Mas isso não basta, é necessário que o Ministério da Saúde junto a Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação organize mecanismos de monitoramento e acompanhamento das ações e políticas propostas. As Secretarias de estado, que durante tanto tempo ficaram perdidas em sua verdadeira função nesse sistema de saúde, podem e devem ser aliadas na execução. As SES devem repensar sua forma de subsidiar acompanhamento técnico e financeiro aos municípios. A descentralização da saúde deixou os municípios com grandes compromissos de natureza financeira e de capacidade de gestão. A descentralização não veio acompanhada de uma reforma significativa nos repasses financeiros, soma-se a isso, uma legislação que cerceia a contratação (LRF). Assim torna-se premente encaminhar uma reforma tributária, que olhe de forma diferenciada para a área da saúde como uma política social.

Finalmente em que pese nossa total disponibilidade em produzir pesquisa científica para a saúde e aqui especificamente para a área de Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde, podemos concluir que só isso não é o suficiente, elas precisam de aplicabilidade e aceitação. As agendas positivas do DEGES e DEGERTS são passíveis de interferir positivamente na área de recursos humanos que se estrutura nas secretarias de saúde e estas precisam ser auxiliadas no ganho de autonomia de gestão, para que uma vez qualificadas, possam interferir na precarização e contribuir na capacitação da força de trabalho.

O processo de flexibilização com precarização dos vínculos de trabalho não é privilégio dos enfermeiros. Vincular formalmente os enfermeiros assim como os outros profissionais de saúde, significa comprometimento com a qualidade da assistência no SUS.

Entendendo que os enfermeiros são os artífices do cuidado continuado e profissionais com perfil para o trabalho em PSF, com ações resolutivas, coordenação, organização e ainda planejam educando e monitorando, são imprescindíveis a sua vinculação direta com os municípios em modalidades de seleção e contratação legais. Se para Nightingale o exercício profissional de

enfermagem “é a mais belas das artes”, encaremos esse processo de trabalho com o cuidado a quem cuida trabalhando e produz a arte em restabelecer a saúde para os indivíduos, famílias e sociedade.

Anexo 1

As Escolas Técnicas do SUS estão assim distribuídas nas macro regiões/estados:

ESCOLAS TÉCNICAS DO SUS - CENTRO-OESTE

- Centro de Educação Profissional de Saúde do Estado de Goiás (GO)
- Escola de Saúde Pública do Estado de Mato Grosso (MT)
- Escola Técnica de Saúde de Brasília (DF)
- Escola Técnica do SUS Prof^a. Ena de Araújo Galvão (MS)

ESCOLAS TÉCNICAS DO SUS - NORDESTE

- Centro de Formação de Pessoal para os Serviços de Saúde Dr. Manuel da Costa Souza (RN)
- Centro Estadual de Educação Profissional em Saúde Monsenhor José Luiz Barbosa Cortez (PI)
- Centro Formador de Recursos Humanos (PB)
- Escola de Formação Técnica em Saúde Prof. Jorge Novis (BA)
- Escola de Saúde Pública do Ceará Paulo Marcelo Martins Rodrigues (CE)
- Escola Técnica de Saúde do SUS Dr^a Maria Nazareth Ramos de Neiva (MA)
- Escola Técnica de Saúde do SUS em Sergipe (SE)
- Escola Técnica de Saúde Prof^a Valéria Hora (AL)
- Escola Técnica de Saúde Pública de Pernambuco (PE)

ESCOLAS TÉCNICAS DO SUS - NORTE

- Centro de Educação Profissional Graziela Reis de Souza (AP)
- Centro de Educação Técnico-Profissional na Área de Saúde (CETAS/RO)
- Escola de Formação Profissional Enfermeira Sanitarista Francisca Saavedra (AM)
- Escola Técnica de Saúde do SUS em Roraima (RR)
- Escola Técnica de Saúde do Tocantins (TO)
- Escola Técnica do SUS Dr. Manuel Ayres (PA)
- Escola Técnica em Saúde Maria Moreira da Rocha (AC)

ESCOLAS TÉCNICAS DO SUS - SUDESTE

- Centro Formador de Osasco (SP)
- Centro Formador de Pessoal de Nível Médio para Área da Saúde de São Paulo (SP)
- Centro Formador de Pessoal para a Saúde - Franco da Rocha (SP)
- Centro Formador de Pessoal para a Saúde de Araraquara (SP)
- Centro Formador de Pessoal para a Saúde de Assis (SP)
- Centro Formador de RH de Pessoal de Nível Médio para a Saúde - Escola de Auxiliar de Enfermagem (SP)
- Escola de Formação Técnica em Saúde Enfermeira Izabel dos Santos (RJ)
- Escola de Saúde Pública do Estado de Minas Gerais (ESP-MG)
- Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio (RJ)
- Escola Técnica de Saúde do Centro de Ensino Médio e Fundamental da Unimontes (MG)
- Escola Técnica do Sistema Único de Saúde de São Paulo (SP)
- Núcleo de Educação e Formação em Saúde (ES)

ESCOLAS TÉCNICAS DO SUS - SUL

- Centro Formador de RH Caetano Munhoz da Rocha (PR)
- Escola de Educação Profissional em Saúde do Rio Grande do Sul (RS)
- Escola de Formação em Saúde (EFOS/SC)
- Escola Técnica de Saúde de Blumenau (SC)

A coordenação geral da RET-SUS fica a cargo da Coordenação de Ações Técnicas do Departamento de Gestão da Educação na Saúde da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde do Ministério da Saúde (Deges/SGTES/MS). Existe ainda uma Comissão Geral de Coordenação, composta por um diretor de Escola Técnica do SUS de cada região geográfica brasileira, um representante do Conselho Nacional dos Secretários Municipais de Saúde (Conasems), um representante do Conselho Nacional dos Secretários de Saúde (Conass) e um representante da Organização Pan-Americana de Saúde (Opas/OMS).

Anexo 2

As seguintes Estações de Observatórios de RH - compõem a Rede que esta interligada a internet via suas respectivas home pages:

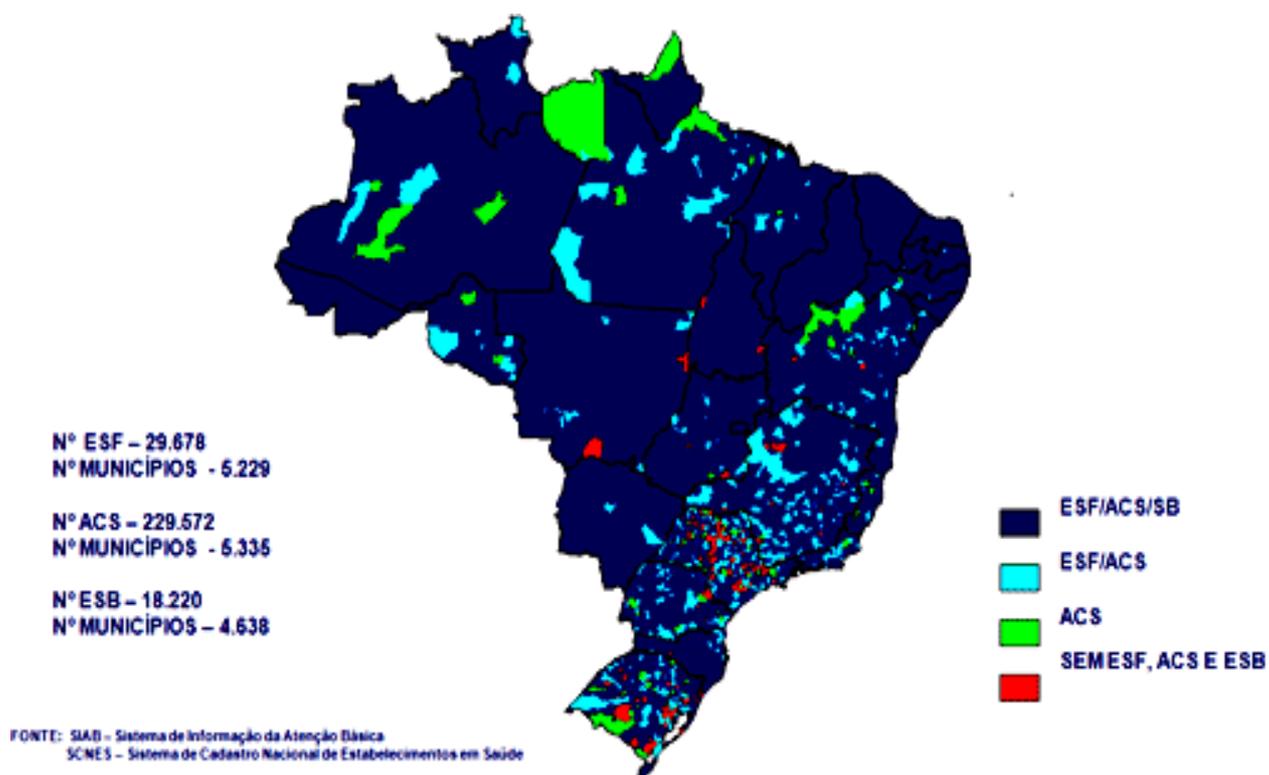
- Programa de Políticas de Recursos Humanos de Saúde – POLRHS do Núcleo de Estudos de Saúde pública – NESP do Centro de Estudos Avançados Multidisciplinares – CEAM da Universidade de Brasília – UnB.
- Estação de Pesquisa de Sinais de Mercado em Saúde – EPSM do Núcleo de Estudos em Saúde Coletiva – NESCON da Faculdade de Medicina – FM da Universidade Federal de Minas Gerais – UFMG.
- Estação de Trabalho Observatório dos Técnicos em Saúde da Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio – EPSJV da Fundação Oswaldo Cruz – FIOCRUZ.
- Estação de Trabalho do Instituto de Medicina Social – MS da Universidade do Estado do Rio de Janeiro – UERJ.
- Observatório RH do Núcleo de Estudos em Saúde Coletiva – NESC da Universidade Federal do Rio Grande do Norte – UFRN.
- Escola de Saúde Pública do Estado do Rio Grande do Sul – ESP da Secretaria Estadual de Saúde do Rio Grande do Sul – SES/RS.
- Observatório de Recursos Humanos da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto – EERP da Universidade de São Paulo – USP.
- Observatório de Recursos Humanos da Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca – ENSP da Fundação Oswaldo Cruz – FIOCRUZ.
- Observatório História e Saúde da Casa de Oswaldo Cruz – COC da Fundação Oswaldo Cruz – FIOCRUZ.
- Observatório de Recursos Humanos em Saúde do Paraná do Centro de Ciências da Saúde – CCS da Universidade Estadual de Londrina – UEL.

- Estação de Trabalho da Rede Observatório de Recursos Humanos de Saúde do Departamento de Saúde Coletiva do Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães CPqAM da Fundação Oswaldo Cruz – FIOCRUZ.
- Observatório de Recursos Humanos do SUS da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo
- Estação de Trabalho do Centro de Treinamento e Desenvolvimento – CETREDE da Universidade Federal do Ceará – UFC.
- Núcleo de Estudos e Pesquisas sobre Recursos Humanos da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo – NEPRH/EE/USP.
- Estação de Pesquisa da Escola Técnica de Saúde do Centro de Ensino Médio e Fundamental da Universidade Estadual de Montes Claros – ETS/CEMF/UNIMONTES.
- Observatório do Mercado de Trabalho em Saúde do SUS da Secretaria de Estado da Saúde de Minas Gerais.

O propósito geral da Rede é produzir estudos e pesquisas, bem como propiciar o mais amplo acesso a informações e análises sobre a área do trabalho e da educação na saúde no País, facilitando a melhor formulação, o acompanhamento e a avaliação de políticas e projetos dessa área. Além disso, espera-se que a Rede também contribua para o desenvolvimento de processos de controle social sobre a dinâmica e as tendências dos sistemas de educação e trabalho no campo da saúde.

Anexo 3

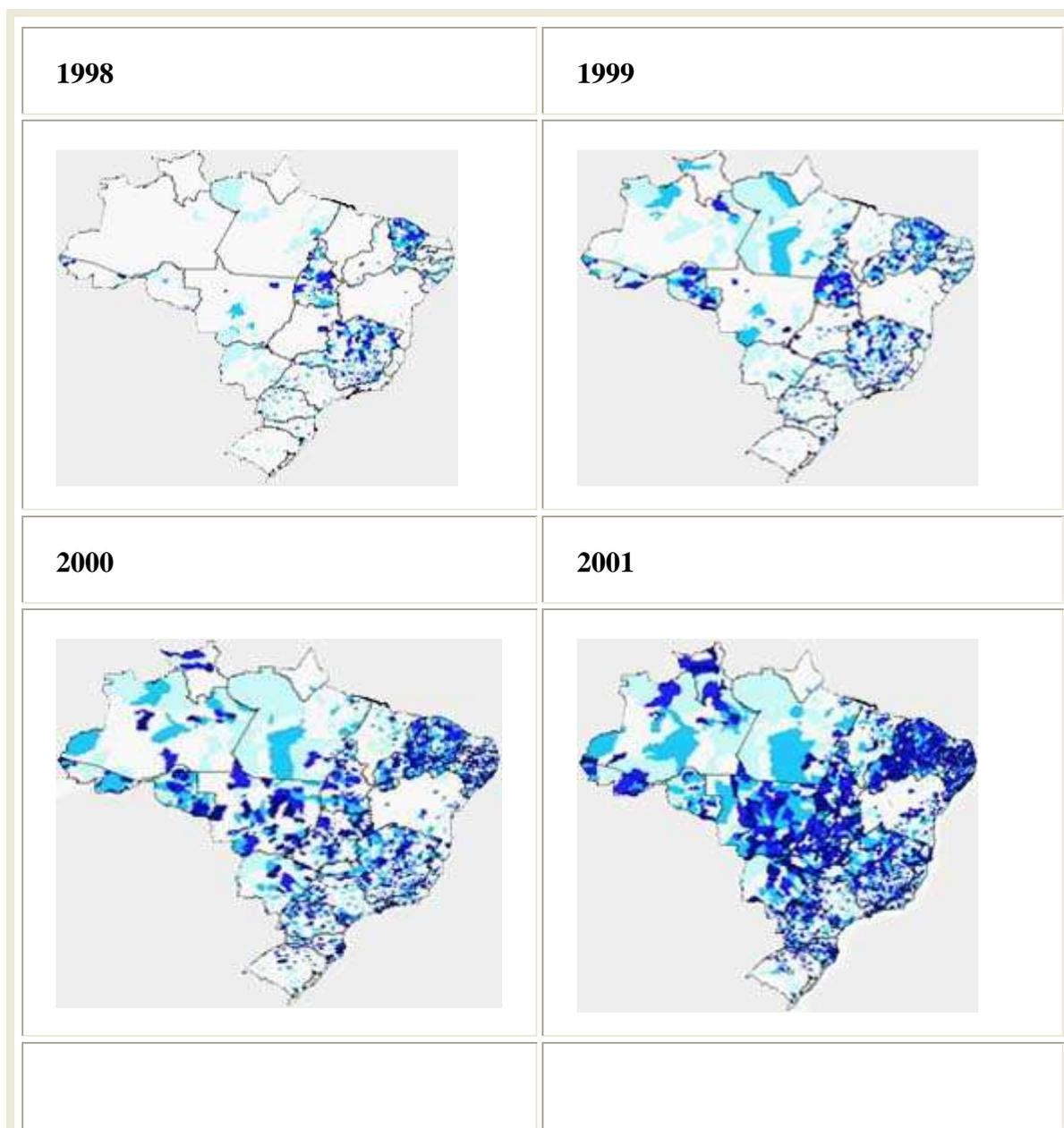
Situação de Implantação de Equipes de Saúde da Família, Saúde Bucal e de Agentes Comunitários de Saúde BRASIL - JUNHO/2009

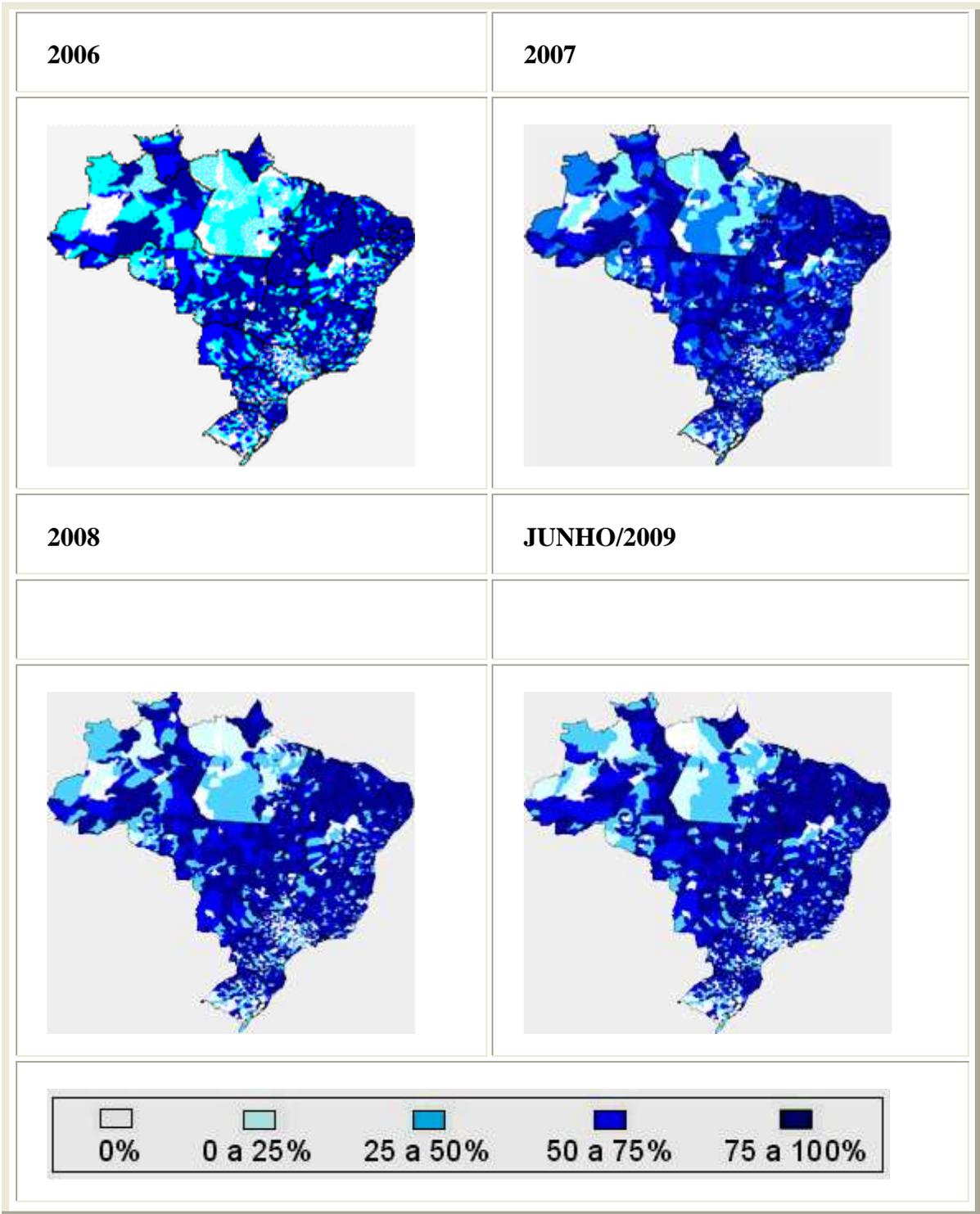


Fonte: SAS/Departamento de Atenção Básica/ Ministério da Saúde - site:
<http://dtr2004.saude.gov.br/dab/abnumeros.php> (acesso 17/09/09)

Anexo 4

Evolução da Implantação das Equipes Saúde da Família BRASIL - 1998 - JUNHO/2009





Fonte: SAS/Departamento de Atenção Básica/MS – site:
<http://dtr2004.saude.gov.br/dab/abnumeros.php> (acesso em 17/09/09)

Referências

ANTUNES, R. Os Sentidos do Trabalho. São Paulo: Boitempo.1999.

ANTUNES, R. Adeus ao Trabalho? São Paulo: Cortez. 1995.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Gestão do Trabalho na Saúde. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Brasília: CONASS, 2007c. 116 p. – (Coleção Progestores – para entender a Gestão do SUS, nº. 5). 194.

BRASIL. Constituição, 1988.

BRASIL. Presidência da República. *Plano Diretor da Reforma do Aparelho do Estado. (Versão Pdf)*. Brasília: Presidência da República, Câmara da Reforma do Estado, Ministério da Administração Federal e Reforma do Estado, Brasília; 1995.

CARVALHO, AC. Associação Brasileira de Enfermagem 1926-1976: documentário. Brasília, folha carioca, 1976.

CECCIM, R.B. Onde se lê “Recursos humanos em saúde”, leia-se “Coletivos organizados de Produção da Saúde”: Desafios para a educação. Pinheiro, Roseni e Mattos, Rubens de A. **A construção social da demanda**. Rio de Janeiro: IMS/UERJABRASCO. Parte II, 2005. P. 161-180. 198

DEDECCA, C.S. Flexibilidade e Regulação de um Mercado de Trabalho: A Experiência Brasileira – Colóquio Internacional – “Novas Formas do Trabalho e do Desemprego: Brasil, Japão e França numa perspectiva comparada – 11 e 12 de setembro de 2006. São Paulo.

DINIZ, E. O Pós-Consenso de Washington: Globalização, Estado e desenvolvimento revisitados – Texto apresentado na Mesa Redonda 16, O Desenvolvimento Revisitado, 30ª Encontro Anual da ANPOCS, Caxambu de 24 a 27 de outubro de 2006.

FARIA, R.M.B. Institucionalização da Política de Educação Permanente para o Sistema Único de Saúde: Brasil de 1997- 2006. Tese de Doutorado apresentada na Faculdade de Medicina de São Paulo, SP/2008.

FELIPE, J.S. MPAS: o vilão da reforma sanitária? **Cadernos de Saúde Pública**. Out./dez. 1987, vol.3, nº. 4, p.483-504.

FEUERWERKER, L. M. Modelos Tecnoassistenciais, gestão e organização do trabalho em saúde: nada é diferente no processo de luta para a consolidação do SUS. **Revista Interface – Comunicação, Saúde e Educação**. V.9, nº 18, p. 489-506, set/dez, 2005.
In, *Novas Tecnologias, Trabalho e Educação – Um Debate Multidisciplinar – 2ª Ed.* Org. Celso João Ferreti, Dagmar M. L. Zibas, Felicia R. Madeira e Maria Laura P. B. Franco Ed. Vozes. Petrópolis, 1994.

KOSTER, I. “*A Gestão do Trabalho e o Contexto da Flexibilização no Sistema Único de Saúde*” Dissertação de Mestrado, Ensp/Fiocruz. Rio de Janeiro, agosto de 2008.

MACHADO, M.H. Trabalhadores de Saúde e sua trajetória na Reforma Sanitária. In: Lima, Nísia Trindade (coord.). *Saúde e Democracia: história e perspectivas do SUS*. Rio de Janeiro: Editora: FIOCRUZ, 2005. Cap. 08, p 257- 280.

MACHADO, M.H.; OLIVEIRA, E. Mercado de trabalho em saúde: em que trabalham e quem emprega estes trabalhadores? In: Machado, Maria Helena (org). 200 *Trabalhadores de saúde em Números*. Rio de Janeiro, ENSP/FIOCRUZ. Vol. 02, 2006. P. 59-93.

MINAYO, M.C.S. **Desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 9ª edição revista e aprimorada**. São Paulo: Hucitec, 2006.

NERHUS-DAPS-ENSP/FIOCRUZ /Perfil dos Médicos e Enfermeiros do Programa Saúde da Família: relatório final. Coordenado por, Maria Helena Machado V.1 – Brasil e Grandes Regiões. MS/2000. Brasília: Ministério da Saúde,2000.146p.

NOGUEIRA, R.P. *A Regulação dos Vínculos de Trabalho no SUS*, Brasília. Setembro de 1999.

NOGUEIRA, R.P. *Reforma do Estado, o SUS em reforma e os recursos humanos*. Texto de apoio/ Unidade 1 - CADRHU. Capacitação em Desenvolvimento de Recursos Humanos Org. José Paranaguá de Santana, Janete Castro. Natal - Ed. EDUFRN, 1999.

NOGUEIRA R.P., *O Trabalho em Saúde Hoje: Novas Formas de Organização*. In: Recursos Humanos em Saúde – Política, Desenvolvimento e Mercado de Trabalho.

NOGUEIRA, R.P. Problemas de Gestão e Regulação do Trabalho no SUS. Artigo do projeto de pesquisa Conjuntura do Emprego em Saúde na Primeira Metade da década de 2000 (Plano Diretor 2006 do ObservaRH/NESP). Acessado em: <<http://www.observarh.org.br/nesp>>>. Data: 22/04/07b.

NOGUEIRA, R.P.; SILVA, F.B; RAMOS, Z.V.O. A Vinculação Institucional de um Trabalhador Sui Generis – o Agente Comunitário de Saúde. Rio de Janeiro, 2000(retirado da internet em agosto/2009).

PAIM, J. S. Bases conceituais da reforma sanitária brasileira. **In: FLEURY, S M (org). Saúde e democracia: a luta do CEBES.** — São Paulo: Lemos Editorial, 1997. P. 11 – 24.

PESQUISA “Pesquisa nacional de precarização e qualidade do emprego no PSF - 2006 -EPSM – NESCON/FM/UFMG. patrocinada pelo SGTES/DEGERTS do Ministério da Saúde, coordenação de Sabado Nicolau Girardi, pela Estação de Pesquisa de Sinais de Mercado em Saúde, outubro/2007. 208p. Pesquisa “Agentes Institucionais e modalidades de contratação de pessoal no PSF no Brasil” – 2001 – EPSM – NESCON/FM/UFMG.

PEREIRA, L.C.B. **A Reforma do estado dos anos 90: lógica e mecanismos de Controle.** Luiz Carlos Bresser Pereira. Brasília: Ministério da Administração Federal e Reforma do Estado, 1997. 58 p. (Cadernos MARE da reforma do estado; v. 1).

PIERANTONI, C.R. *Reformas da Saúde e Recursos Humanos: Novos Desafios x Velhos Problemas. Um estudo sobre recursos humanos e as reformas recentes da Política Nacional de Saúde.* Tese (Doutorado) Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, IMS/UERJ: 2000; 287pp.

PIERANTONI, C. R. As reformas do estado, da saúde e recursos humanos: limites e possibilidades. *Revista Ciência e Saúde Coletiva*, 6 (2): 341- 360 2001.

SAYD, J.D; VIEIRA JR.L.; VELANDIA I.C. Recursos Humanos nas Conferência Nacionais de Saúde (1941-1992). *Physis: Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, 8(2):195-198, 1998

STIGLITZ. J. Revista *Desafios do Desenvolvimento* - IPEA/PNUD – entrevista – ed.14 de 01/09/05 (retirada da internet em abril/2009).

SAVIANI, D. O trabalho como Princípio Educativo Frente às novas Tecnologias. Temporão JG. *Discurso de Posse no Cargo de Ministro da Saúde em 19 de março de 2007*. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/saude>, 19/03/08.

TORRES, M. D. F. Estado, democracia e administração pública no Brasil. 6 Evolução da administração pública brasileira. Rio de Janeiro: Ed.. FGV, 2004.

VARELA, T.C; PIERANTONI, C.R. A Profissão do Enfermeiro no Brasil: um Mercado de Trabalho em Transformação? – Trabalho e Educação em Saúde no MERCOSUL/ Célia Regina Pierantoni (Org)... [et al], - Brasília, DF: Ministério da Saúde; Rio de Janeiro: Europa, c2008. Pág.125, de 228p.

VIEIRA, M., Durão, Anna V. R. D., Barreto, C. M. G.e Carvalho, Valéria F. – Relatório de Pesquisa — Análise da Política de Educação Permanente em Saúde: estudo exploratório de Projetos aprovados pelo Ministério da Saúde / Relatório Final/Fiocruz/EPSJV. Laboratório de Trabalho e Educação Profissional em Saúde. Observatório de Técnicos em Saúde. Rio de Janeiro, Dez/2006.

Bibliografia.

_____. *As reformas do Estado, da saúde e recursos humanos: limites e possibilidades*. In: *Ciência e Saúde Coletiva*, 2001; v.6, n 2, pp341-360.

ARAÚJO, L.M *et al.* Para subsidiar a discussão sobre a Desprecarização do Trabalho no SUS. In: *Cadernos RH Saúde*. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Brasília: Ministério da Saúde. Vol. 03, nº1, 2006. P. 163 – 174.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE SAÚDE COLETIVA. OFICINA DE TRABALHO. *Gestão do trabalho: regulação x precarização: o fenômeno da terceirização no setor público de saúde. Oficina de trabalho*. Acessado em: <www.abrasco.org.br/Congresso%SC/Gestao.pdf>. Data: 19/11/2007.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. *Gestão do Trabalho na Saúde*. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Brasília: CONASS, 2007c. 116 p. – (Coleção Progestores – para entender a Gestão do SUS, nº. 5). 194

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. *Recursos humanos: um desafio do tamanho do SUS / Conselho Nacional de Secretários de Saúde*. – Brasília: CONASS, 2004b. 28 p. – (CONASS Documenta; 4).

BRASIL. Ministério da saúde. Conselho Nacional de Saúde. *Trabalhadores em saúde e a saúde de todos os Brasileiros: práticas de trabalho, gestão, formação e participação*. 195 Documento base da 3ª Conferência Nacional de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. 2005 d.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão e da Regulação do Trabalho em Saúde. *Indicadores de gestão do trabalho em saúde: material de apoio para o Programa de Qualificação e Estruturação da Gestão do Trabalho e da Educação no SUS – ProgeSUS*. Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, Departamento de Gestão e da Regulação do Trabalho em Saúde. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2007g. 290 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão e da Regulação do Trabalho em Saúde. Programa Nacional de Desprecarização do Trabalho no SUS - DesprecarizaSUS: perguntas e respostas. Comitê Nacional Interinstitucional de Desprecarização do Trabalho no SUS / Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, Departamento de Gestão e da Regulação do Trabalho em Saúde. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2006i 32 p.: il. – (Série C. Projetos, Programas e Relatórios).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão e da Regulação do Trabalho em Saúde. Seminário Nacional sobre Política de Desprecarização das Relações de Trabalho no SUS “Em defesa da legalidade da ação do Estado e dos direitos dos trabalhadores”. Brasília, 2003b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Dinâmica das graduações em saúde no Brasil: subsídios para uma política de recursos humanos. Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2006j. 409 p.

BRASIL. Ministério da saúde. Secretaria Executiva. Coordenação geral de desenvolvimento de Recursos Humanos para o SUS. II Conferência Nacional de Recursos Humanos para a Saúde: Textos Apresentados – Brasília: Ministério da Saúde, Cadernos RH saúde, Ano I, V. I nº. 03, novembro, 1993 a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Departamento de Apoio à descentralização. Coordenação-Geral de Apoio à Gestão Descentralizada. Diretrizes operacionais dos Pactos pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão / Ministério da Saúde, Secretaria Executiva, Departamento de Apoio à Descentralização. Coordenação-Geral de Apoio à Gestão Descentralizada. – Brasília: Ministério da Saúde, 2006k.

BRASIL. Ministério da saúde. Secretaria Geral. Secretaria de Recursos Humanos. Conferência Nacional de Recursos Humanos para a Saúde - Relatório final. Brasília, 13 a 17 de outubro de 1986. 197

CHERCHIGLIA, M.L. Terceirização do trabalho nos serviços de saúde: alguns aspectos conceituais, legais e pragmáticos. In: Santana, José Paranaguá, Castro, Janete de Lima (org.). Capacitação em desenvolvimento de recursos humanos de saúde. Natal: EDUFRN, 1999. P.367-385.

ELIAS, PM. *Residência Médica no Brasil: A Institucionalização da Ambivalência*, Dissertação (Mestrado). Universidade de São Paulo, 1987; 155 pp.

Escobar, Ricardo A. Lagos. ¿?? Qué se entiende por flexibilidad del mercado de trabajo? Revista de La CEPAL 54, Diciembre 1994.

FARIA, V.E. Reformas institucionales y coordinación gubernamental en La política de protección social de Brasil. In: *Serie Políticas Sociales n° 64*. 48 pp. CEPAL. Santiago, Chile. Março 2003. Também publicado em: Revista de La CEPAL, n. 77. Santiago, Chile. 2002. Publicado em português: Reformas Institucionais e Coordenação Governamental: o caso da política de proteção social no Brasil. In Teixeira M (org). *Universidade e Governo*, São Paulo: Editora Escuta; 2003. (Publicações póstumas autorizadas pela família, atendendo a solicitações dos organizadores e instituições).

FIGUEIREDO, N.M.A.de. Método e metodologia na pesquisa científica. São Paulo: Difusão, 2004.

GIRARDI, S.N. La fuerza de trabajo en el sector salud: elementos teóricos y evidencias empíricas. In: Educación Medica y Salud, Vol. 25, n° 1, 1991.

HOCHMAN, G., SANTOS, P.X.A.; PIRES, F. História, saúde e recursos humanos: análises e perspectivas. Observatório de Recursos Humanos em Saúde no Brasil. Estudos e Análises. Vol. 02, 2004, p. 37-50.

LEVY, E. Formação e capacitação na construção de um novo Estado. Brasília: Revista MARE/ENAP, Texto para discussão, n°19, 1997. 15 p.

MACHADO, M.H.; Oliveira, E. Mercado de trabalho em saúde: em que trabalham e quem emprega estes trabalhadores? In: Machado, Maria Helena (org). 200 Trabalhadores de saúde em Números. Rio de Janeiro, ENSP/FIOCRUZ. Vol. 02, 2006. P. 59-93.

MOYSÉS, N.; TEIXEIRA, M.; PEREIRA, S.R.. Estrutura da Rede de Serviços de Saúde: onde atuam os trabalhadores de saúde? In: Machado, Maria Helena (org). Trabalhadores de saúde em Números. Rio de Janeiro, ENSP/FIOCRUZ. Vol. 02, 2006. P. 11- 31.

NEGRI, B, VIANA, D'Ávila (orgs). *O Sistema Único de Saúde em Dez Anos de Desafio*. São Paulo. SOBRAVIME E CEALAG: 2002; 630 pp.

NOVICK, M. La crisis como oportunidad: elementos para interpretar los cambios en la gestión del personal de salud. In: Quintana Pedro B, Campos Francisco e Novick Marta, organizadores. *Gestión de Recursos Humanos en las Reformas Sectoriales en Salud: cambios y oportunidades*. Washington: OMS; 1996. P. 23-52.

ObservaRH - NESP/CEAM/UnB. *Despesa com Pessoal e Lei de Responsabilidade Fiscal: Uma Análise da Situação na União, nas Unidades Federadas e nos Municípios*. Brasília-DF, Brasil, Janeiro, 2006.

OFFE, C.. *Capitalismo desorganizado*. São Paulo: Editora Brasiliense. 2ª Edição. Cap. 04, p. 131-165 e cap. 05, 1994. P. 167-197.

PEDUZZI, M. Mudanças tecnológicas e seu impacto no processo de trabalho em saúde. *Revista Trabalho, Educação e Saúde*, 1(1): 75-91, 2002.

PEREIRA, L.D. A gestão da Força de Trabalho em Saúde na Década de 90. *PHYSIS: Revista de Saúde Coletiva*. Rio de Janeiro, 14(2): 363 - 382 2004.

PIERANTONI, C.R. Recursos Humanos e Gerência no SUS. In: Negri, Barjas; Viana, Ana Luiza d'Ávila. *O Sistema Único de Saúde em dez anos de desafio*. São Paulo, Sobravime, 2002. P.609-630.

RIBEIRO, E.M.; PIRES, D.; BLANK, V.L.G. Teorização sobre processo de trabalho em saúde como instrumental para a análise no Programa Saúde da Família. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 20(2): 438 - 446 mar.- abr., 2004.

TEIXEIRA, M. *Desenhos alternativos de incorporação e gestão do Trabalho Médico na SMS do Rio de Janeiro: as experiências dos Hospitais Lourenço Jorge e Salgado Filho*. Dissertação de Mestrado. Escola Nacional de Saúde Pública/Fiocruz. 1999.

VIANA ALD'ÁVILA, DAL POZ, M.R. *A reforma do sistema de saúde no Brasil e o Programa de Saúde da Família*. In *Physis: Revista de Saúde Coletiva*. v. 15 suppl 0. Rio de Janeiro, 2005.

VIEIRA, A.L.S.; REGO, S.; AMÂNCIO FILHO, A. Formação de profissionais de saúde, em que formam e quem formam estes trabalhadores? In: Machado, M H (org). *Trabalhadores de saúde em Números*. Rio de Janeiro, ENSP/FIOCRUZ. Vol. 02, 2006. P. 33- 58.

Sites Oficiais:

Ministério da Saúde/SGTES - <http://portal.saude.gov.br/saude/>

CONASEMS - http://www.conasems.org.br/cgi-bin/pagesvr.dll/Get?id_sec=2

CONASS - <http://www.conass.org.br/>

