

MARIA CRISTINA RAMOS DE VASCONCELLOS COELHO

EMPREGO E CARACTERÍSTICAS SÓCIO-DEMOGRÁFICAS:
UM ESTUDO SOBRE A PRECARIZAÇÃO NOS DISTRITOS SANITÁRIOS
DE BELO HORIZONTE

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS

Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública

Belo Horizonte – MG

2007

Maria Cristina Ramos de Vasconcellos Coelho

EMPREGO E CARACTERÍSTICAS SÓCIO-DEMOGRÁFICAS:
UM ESTUDO SOBRE A PRECARIZAÇÃO NOS DISTRITOS SANITÁRIOS
DE BELO HORIZONTE

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais – UFMG, como requisito à obtenção do título de Mestre em Saúde Pública (área de concentração em Saúde e Trabalho).

Orientadora: Prof^ª. Dr^ª. Ada Ávila Assunção

Co-orientadora: Prof^ª. Dr^ª. Soraya Almeida Belisário

Belo Horizonte - MG

2007

C672e Coelho, Maria Cristina Ramos de Vasconcellos.
Emprego e características sócio-demográficas [manuscrito]: um estudo sobre a precarização nos distritos sanitários de Belo Horizonte. / Maria Cristina Ramos de Vasconcellos Coelho. -- Belo Horizonte: 2007.
78f.: il.
Orientador: Ada Ávila Assunção.
Co-orientador: Soraya Almeida Belisário
Área de concentração: Saúde Pública.
Linha de pesquisa: Saúde e Trabalho.
Dissertação (mestrado): Universidade Federal de Minas Gerais, Faculdade de Medicina.
1. Emprego. 2. Recursos Humanos em Saúde. 3. Sistemas Locais de Saúde. 4. Condições de Trabalho. 5. Sistema Único de Saúde.
6. Dissertações acadêmicas. I. Assunção, Ada Ávila. II. Belisário, Soraya Almeida. III. Universidade Federal de Minas Gerais, Faculdade de Medicina. IV. Título.
NLM : WA 400

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS

Reitor

Prof. Ronaldo Tadêu Pena

Vice-Reitora

Prof^a. Heloisa Maria Murgel Starling

Pró-Reitor de Pós-Graduação

Prof. Jaime Arturo Ramirez

Pró-Reitor de Pesquisa

Prof. Carlos Alberto Pereira Tavares

FACULDADE DE MEDICINA

Diretor

Prof. Francisco José Penna

Chefe do Departamento de Medicina Preventiva e Social

Prof^a. Maria da Conceição Juste Werneck Cortes

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE PÚBLICA

Coordenadora

Prof^a. Sandhi Maria Barreto

Sub- Coordenadora

Prof^a. Mariângela Leal Cherchiglia

COLEGIADO

Prof^a. Ada Ávila Assunção

Prof^a. Elizabeth Barboza França

Prof. Fernando Augusto Proietti

Prof. Francisco de Assis Acurcio

Prof^a. Maria Fernanda F. L. Costa

Prof^a. Soraya Almeida Belisário

Prof. Tarcísio Márcio Magalhães Pinheiro

Prof^a. Waleska Teixeira Caiaffa

Cristiane Amorim Andrade

Aline Dayrell Ferreira

*Ao meu pai, Marcello Coelho, e ao meu sobrinho Pedro,
que acompanhavam meus passos no trabalho e na vida,
vibrando com minhas conquistas.*

AGRADECIMENTOS

A realização deste projeto se deu graças à participação de muitas pessoas. Não seria possível listar todos aqueles que contribuíram nessa caminhada; no entanto, algumas pessoas foram especialmente importantes:

As professoras Ada e Soraya, pelo carinho, amizade e firmeza com que me orientaram, passo a passo, na construção deste projeto, entendendo meus momentos e dificuldades vividas.

A professora Ana Flávia Machado, do CEDEPLAR/UFMG e do IPEA, que com sua experiência e conhecimento em economia do trabalho e do emprego, trouxe contribuições que tornaram clara a abordagem do tema. Sua participação foi essencial para o desenvolvimento e finalização do estudo.

A Regina Lemos, Gerente de Saúde do Distrito Sanitário Centro Sul, pelo apoio, amizade e interesse durante todo o desenvolvimento deste trabalho.

A Secretaria Municipal de Saúde e a Secretaria de Administração Regional Municipal Centro Sul, que me permitiram a realização da pesquisa, disponibilizando os dados necessários e me liberando para a execução do projeto.

Os colegas do Centro de Saúde Carlos Chagas, que entenderam a minha ausência para estudar e me apoiaram incondicionalmente.

Os colegas dos distritos sanitários de Belo Horizonte, especialmente os do Distrito Sanitário Centro Sul, que me incentivaram a escrever sobre nossas vivências.

Os colegas da Pós-Graduação orientados pela professora Ada, que se tornaram parceiros e amigos nessa caminhada.

A Secretaria da Pós-Graduação, em especial a Renata, que carinhosamente assistia cada passo dado.

A minha família, especialmente minha mãe, Beatriz Coelho, e minha irmã, Maria Beatriz Coelho (Mana), que acompanharam, passo a passo, todo o meu caminhar, com apoio e alegria, mesmo estando vivendo momentos tão difíceis.

Agradeço, enfim, a todos aqueles que direta ou indiretamente apoiaram e incentivaram no desafio de tentar entender a evolução dos distritos sanitários do SUS-BH.

DECLARAÇÃO E ATA DA DEFESA

DECLARAÇÃO DA DEFESA



FACULDADE DE MEDICINA
CENTRO DE PÓS-GRADUAÇÃO
Av. Prof. Alfredo Balena 190 / sala 7009
Belo Horizonte - MG - CEP 30.130-100
Fone: (31)3409-9641 FAX: (31)3409-9640
e-mail: cpo@medicina.ufmg.br



DECLARAÇÃO

A Comissão Examinadora abaixo assinada, composta pelos Professores Doutores: Ada Ávila Assunção, Soraya Almeida Belisário, Eliane Navarro Rosandiski e Veneza Berenice de Oliveira, aprovou a defesa de dissertação intitulada **“EMPREGO E CARACTERÍSTICAS SÓCIO-DEMOGRÁFICAS: UM ESTUDO SOBRE A PRECARIZAÇÃO NOS DISTRITOS SANITÁRIOS DE BELO HORIZONTE”**, apresentada pela mestranda **MARIA CRISTINA RAMOS DE VASCONCELLOS COELHO** para obtenção do título de Mestre em Saúde Pública, pelo Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública - Área de Concentração em Saúde e Trabalho da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais, realizada em 18 de dezembro de 2007.

Profa. Ada Ávila Assunção
Orientadora

Profa. Soraya Almeida Belisário
Co-orientadora

Profa. Eliane Navarro Rosandiski

Profa. Veneza Berenice de Oliveira

ATA DA DEFESA



FACULDADE DE MEDICINA CENTRO DE PÓS-GRADUAÇÃO

Av. Prof. Alfredo Balena 190 / sala 7009
Belo Horizonte - MG - CEP 30.130-100
Fone: (031)3409.9641 FAX: (31) 3409.9640
e-mail: cpg@medicina.ufmg.br



181

ATA DA CENTÉSIMA TRIGÉSIMA TERCEIRA DEFESA DE DISSERTAÇÃO DE MESTRADO de **MARIA CRISTINA RAMOS DE VASCONCELLOS COELHO**, número de matrícula: 2006218470. Às treze horas e trinta minutos do dia **dezoito do mês de dezembro de dois mil e sete**, reuniu-se na Faculdade de Medicina da UFMG a Comissão Examinadora de dissertação indicada pelo Colegiado do Programa para julgar, em exame final, o trabalho intitulado **“EMPREGO E CARACTERÍSTICAS SÓCIO-DEMOGRÁFICAS: UM ESTUDO SOBRE A PRECARIZAÇÃO NOS DISTRITOS SANITÁRIOS DE BELO HORIZONTE”** requisito final para a obtenção do Grau de Mestre em Saúde Pública, pelo Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública - Área de Concentração em Saúde e Trabalho. Abrindo a sessão, a Presidente da Comissão, Profa. Ada Ávila Assunção, após dar a conhecer aos presentes o teor das normas regulamentares do trabalho final passou a palavra à candidata para apresentação de seu trabalho. Seguiu-se a arguição pelos examinadores com a respectiva defesa da candidata. Logo após, a Comissão se reuniu sem a presença da candidata e do público para julgamento e expedição do resultado final. Foram atribuídas as seguintes indicações:

Profa. Ada Ávila Assunção/Orientadora	Instituição: UFMG	Indicação: <i>Aprovada</i>
Profa. Soraya Almeida Belisário/co-orientadora	Instituição: UFMG	Indicação: <i>Aprovada</i>
Profa. Eliane Navarro Rosandiski	Instituição: PUC/Campinas	Indicação: <i>Aprovada</i>
Profa. Veneza Berenice de Oliveira	Instituição: UFMG	Indicação: <i>Aprovada</i>

Pelas indicações a candidata foi considerada *Aprovada*.
O resultado final foi comunicado publicamente à candidata pela Presidente da Comissão. Nada mais havendo a tratar, a Presidente encerrou a reunião e lavrou a presente ATA, que será assinada por todos os membros participantes da Comissão Examinadora. Belo Horizonte, 18 de dezembro de 2007.

Profa. Ada Ávila Assunção /orientadora *Ada Ávila Assunção*

Profa. Soraya Almeida Belisário/co-orientadora *Soraya Almeida Belisário*

Profa. Eliane Navarro Rosandiski *Eliane Navarro Rosandiski*

Profa. Veneza Berenice de Oliveira *Veneza Berenice de Oliveira*

Profa. Sandhi Maria Barreto (coordenadora) *Sandhi Maria Barreto*

Ccs Este documento não terá validade sem a assinatura e carimbo do Coordenador

Prof. Sandhi Maria Barreto
PG em Saúde Pública
Coordenador UFMG

RESUMO DA DISSERTAÇÃO

EMPREGO E CARACTERÍSTICAS SÓCIO-DEMOGRÁFICAS: UM ESTUDO SOBRE A PRECARIZAÇÃO NOS DISTRITOS SANITÁRIOS DE BELO HORIZONTE

RESUMO

O processo de consolidação do Sistema Único de Saúde e os desafios em cumprir o princípio da descentralização suscitaram o interesse em abordar o perfil do emprego no nível intermediário (dos distritos) de atenção à saúde no município de Belo Horizonte. Tensões e conflitos diários vivenciados nos distritos sanitários permitiram evidenciar a relevância de políticas dirigidas para a proteção do trabalho e do emprego no setor. O objeto dessa pesquisa diz respeito às relações entre as características e as condições de emprego no contexto das ações em todo o mundo que priorizam os recursos humanos para o desenvolvimento dos sistemas de saúde.

Utilizando-se do banco de dados ArteRH foi descrito o perfil sócio-demográfico do grupo de trabalhadores presente nos distritos sanitários de Belo Horizonte em 2002, 2003, 2004, 2005 e 2006. As variáveis de interesse idade, sexo, escolaridade, vínculo, tempo no serviço público e salários foram analisadas e permitiram a comparação do grupo de efetivos e do grupo de não efetivos no período em foco.

Os resultados evidenciaram o aumento da participação dos trabalhadores não efetivos, a tendência ao envelhecimento dos trabalhadores dos distritos sanitários com vínculos efetivos ao longo do tempo, a tendência de alocação de trabalhadores com menor tempo de serviço público nos distritos sanitários e a redução do poder de compra dos trabalhadores ao longo do período de 2002 a 2006.

No conjunto, as características descritas elucidam a precarização do emprego no nível intermediário de atenção em Belo Horizonte e reforçam a importância das políticas setoriais que buscam a proteção do emprego em saúde em patamares mais seguros.

Palavras-Chave: Emprego, SUS, recursos humanos, gestão do emprego, precarização do trabalho

ABSTRACT

EMPLOYMENT AND SOCIO-DOMOGRAPHIC CHARACTERISTICS: A STUDY ABOUT THE PRECARIZATION OF THE PUBLIC HEALTHY SYSTEM IN THE COUNTY OF BELO HORIZONTE

Abstract

The process of consolidation of the "Sistema Unico de Saude" (the Brazilian equivalent of the Universal Healthy System) and the challenges of implementing more decentralized policies for the public health system, have demonstrated the need for a comprehensive understanding of the profile, the current employment situation, and the work conditions of professionals of the public healthy system in nine health care districts of Belo Horizonte (specifically for professionals of intermediate level).

The object of this research was the study of relationships between the work conditions and characteristics of employment in the context of actions centered in the efficient use of human resources for the development of public health systems. Important data was gathered and analyzed in order to describe the socio-demographic profile of the health workers in the health care districts of Belo Horizonte from 2002 to 2006. Variables such as age, gender, instruction/education level, type of employment, wage level, distribution of tasks, working conditions and time serving in the public health care system were analyzed.

A comparison was made between the group of workers with permanent employment status and those with non permanent employment status. Daily tension and conflicts experienced by health workers in the districts made clear the relevance of policies specifically oriented towards protecting the workers and the employment in the public health sector.

The analysis of data regarding the current employment characteristics in the public health system of Belo Horizonte clearly showed a increasing precarization of the working conditions and employment in the local public health system for professionals of intermediate level, thus revealing a great need for policies that aim to protect health workers' employment and to improve their work conditions.

Key-words: employment, SUS (Sistema Único de Saúde), universal health system, human resources, precarization of work conditions

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AMAS - Associação Municipal de Assistência Social

DIEESE - Departamento Intersindical de Estatísticas e Estudos Socioeconômicos

DS – Distritos Sanitários

Fem. – Feminino

FNS - Fundação Nacional de Saúde

HOB - Hospital Odilon Behrens

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

IGP - Índice Geral de Preços

INAMPS - Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social

IPEA - Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada

Masc. – Masculino

MS - Ministério da Saúde

OIT – Organização Internacional do Trabalho

PAM - Postos de Atendimento Médico

PBH – Prefeitura Municipal de Belo Horizonte

PSF - Programa de Saúde da Família

RAIS - Relação Anual das Informações Sociais

RH – Recursos humanos

SCOMPS - Secretaria Municipal de Coordenação das Políticas Sociais

SES - Secretaria Estadual de Saúde de Minas Gerais

SMSA/SUS-BH- Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte

SUS - Sistema Único de Saúde

SUS-BH – Sistema Único de Saúde de Belo Horizonte

UFMG – Universidade Federal de Minas Gerais

ÍNDICE DE FIGURAS

FIGURA 1	Esquema representativo da subordinação administrativa e técnica dos distritos sanitários de Belo Horizonte em 2005	27
FIGURA 2	Esquema representativo dos níveis de gerência do distrito sanitário de Belo Horizonte a partir de 2005.....	28
QUADRO 1	Comparativo entre a proteção trabalhista dos vínculos de trabalho efetivo e não efetivo do SUS-BH no período de 2002 a 2006.....	38
QUADRO 2	Licenças e direitos específicos para os ocupantes de cargos comissionados e efetivos. SUS-BH, 2006.....	41
TABELA 1	Distribuição percentual do quadro de trabalhadores dos distritos sanitários do SUS-BH por vínculo empregatício no período de 2002 a 2006.....	45
GRÁFICO 1	Distribuição percentual dos trabalhadores dos distritos sanitários do SUS-BH por vínculo empregatício no período de 2002 a 2006.....	46
QUADRO 3	Proporção entre trabalhadores efetivos e não efetivos dos Distritos Sanitários por vínculo – SUS-BH, 2002 a 2006.....	46
GRAFICO 2	Distribuição percentual dos trabalhadores dos distritos sanitários do SUS-BH por sexo - 2002 a 2006.....	47
GRAFICO 3	Distribuição percentual dos trabalhadores dos distritos sanitários do SUS-BH por faixa etária - 2002 a 2006.....	48
GRAFICO 4	Evolução percentual da participação dos ocupados dos distritos sanitários do SUS-BH por escolaridade no período de 2002 a 2006.....	50
GRAFICO 5	Evolução dos trabalhadores dos distritos sanitários do SUS-BH por tempo no serviço público no período de 2002 a 2006.....	51
GRAFICO 6	Evolução do poder de compra dos salários dos médicos dos distritos sanitários do SUS-BH no período de 2002 a 2006.....	52
GRAFICO 7	Evolução do poder de compra dos salários dos dentistas dos distritos sanitários do SUS-BH no período de 2002 a 2006.....	53
GRAFICO 8	Evolução do poder de compra dos salários dos técnicos superiores de saúde dos distritos sanitários do SUS-BH no período de 2002 a 2006.....	53
GRAFICO 9	Evolução do poder de compra dos salários dos agentes de serviço de saúde dos distritos sanitários do SUS-BH no período de 2002 a 2006	54
TABELA 2	Distribuição dos trabalhadores dos distritos sanitários por tipo de vínculo - SUS-BH - 2002 a 2006	68
TABELA 3	Distribuição dos trabalhadores dos distritos sanitários por sexo - SUS-BH - 2002 a 2006.....	69
TABELA 4	Distribuição dos trabalhadores dos distritos sanitários por faixa etária - SUS-BH - 2002 a 2006.....	70
TABELA 5	Distribuição dos trabalhadores dos distritos sanitários por escolaridade - SUS-BH - 2002 a 2006.....	71
TABELA 6	Distribuição dos trabalhadores dos distritos sanitários por tempo no serviço público - SUS-BH - 2002 a 2006.....	72
TABELA 7	Evolução do poder de compra dos salários dos trabalhadores não efetivos dos distritos sanitários do SUS-BH no período de 2002 a 2006.....	73
TABELA 8	Evolução do poder de compra dos salários dos trabalhadores efetivos dos distritos sanitários do SUS-BH no período de 2002 a 2006.....	74

SUMÁRIO

1	CONSIDERAÇÕES INICIAIS.....	17
1.1	RECURSOS HUMANOS: MERCADO E SITUAÇÃO DE TRABALHO	20
1.2	PRECARIZAÇÃO DO EMPREGO	21
1.3	CAMPO DO ESTUDO: OS DISTRITOS SANITÁRIOS	24
2	OBJETIVOS.....	32
3	ARTIGO: EMPREGO E CARACTERÍSTICAS SÓCIO-DEMOGRÁFICAS: UM ESTUDO SOBRE A PRECARIZAÇÃO NOS DISTRITOS SANITÁRIOS DE BELO HORIZONTE.....	34
3.1	INTRODUÇÃO	34
3.1.1	A POPULAÇÃO DO ESTUDO E OS DIREITOS GARANTIDOS.....	37
3.2	METODOLOGIA	41
3.2.1	SELEÇÃO DA AMOSTRA.....	41
3.2.2	FONTE DE DADOS.....	43
3.2.3	ANÁLISE DOS DADOS.....	44
3.3	RESULTADOS	45
3.4	DISCUSSÃO	54
3.5	CONCLUSÕES	59
	REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	59
4	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	63
	APÊNDICE.....	68
	Tabelas com valores absolutos.....	68
	ANEXOS.....	75
	Anexo A Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa SMSA/SUS-BH.....	76
	Anexo B Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa UFMG.....	77
	Anexo C Comprovante de Qualificação.....	78

1 CONSIDERAÇÕES INICIAIS

1 CONSIDERAÇÕES INICIAIS

Esta pesquisa origina-se da experiência da autora na gestão dos distritos sanitários de Belo Horizonte. A implantação de um novo modelo assistencial e o desafio em cumprir o princípio da descentralização justificam as preocupações no campo dos recursos humanos. Tensões e conflitos diários vivenciados nos distritos sanitários permitiram evidenciar a relevância de políticas dirigidas para a proteção do trabalho e do emprego no setor. Sabe-se dos enfrentamentos constantes para a consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS), entretanto, não será possível responder às necessidades do sistema sem responder às necessidades do emprego e do trabalho.

O tema recursos humanos em saúde é considerado uma das prioridades para o desenvolvimento dos sistemas de saúde em todo o mundo. Múltiplas abordagens estão presentes no campo dos recursos humanos. São utilizadas concepções do planejamento e da administração (ROVERE, 1996)¹. No caso do planejamento em saúde, destacam-se os espaços sociais, como os conselhos de saúde e colegiados gestores, nos quais podem surgir propostas inovadoras e exitosas, recolocando os recursos humanos como centro da análise dos sistemas de saúde.

No campo da administração, os recursos humanos são enfocados como a própria organização, fazendo parte dos recortes de uma estrutura dinâmica, atravessados pelos determinantes sociais em que os fenômenos da liderança, da cultura e da comunicação tornam-se eixos básicos para a mudança organizacional.

Sob a ótica gerencial, como lembram Medeiros e Rocha (2004)², os recursos humanos têm como propósito intervir em uma situação para produzir resultados, ou seja, como um “recurso” que significa a capacidade de trabalho das pessoas. No núcleo “recurso” do termo

¹ ROVERE, M. R. *Planificación estratégica de recursos humanos en salud*. v. 9. Washington, D.C.: OPS, 1993, 232 p. (Série de Desarrollo de Recursos Humanos en Salud).

² MEDEIROS, S. M. de; ROCHA, S. M. M. Considerações sobre a terceira revolução industrial e a força de trabalho em saúde em Natal. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 9, n. 2, 2004, p. 399-409.

estariam as visões racionalistas e baseadas em premissas normativas do planejamento e do poder. Nessa via, o lócus da formação seria encarado como “fábrica-de-mão-de-obra qualificada” para reproduzir a força de trabalho necessária à realização de tarefas e levaria em consideração a concepção sistêmica da educação que supõe a possibilidade de construir perfis de formação e ocupação em sistemas estáveis.

Se por um lado, o termo recursos humanos remete a questões gerenciais, como planejamento, capacitação, seleção e plano de cargos e salários, a expressão “força de trabalho”, termo alternativo a recursos humanos (NOGUEIRA, 1983)³, diz respeito à produção, ao emprego e ao desemprego, à renda, à divisão de trabalho, ao ramo de produção e ao assalariamento.

Nos dizeres de Girardi (1986)⁴, força de trabalho em saúde refere-se à “parcela da população que, tendo alguma formação, preparo, ou um conjunto de determinadas destrezas nas profissões da saúde, encontra-se ocupada ou à procura de ocupação em atividades do setor” (GIRARDI, 1986, p.424)⁴. Fazem parte da força de trabalho em saúde tanto as profissões da saúde formalmente reconhecidas pelo sistema de ensino, quanto os trabalhadores que ingressam no setor sem nenhum preparo ou qualificação prévios. As alterações da estrutura de trabalho em saúde determinam, segundo o autor, as modificações qualitativas e quantitativas na estrutura da demanda da força de trabalho, assim como o processo de produção e a reprodução da força de trabalho em saúde resultam do movimento da população entre as diferentes formas de organização da produção.

Recursos humanos e força de trabalho seriam, no entender de Nogueira (1983)³, duas formas distintas, não necessariamente antagônicas, de focar a mesma realidade. Para o autor, uma das diferenças fundamentais seria a desconsideração da oposição entre capital e trabalho, quando se utiliza a expressão recursos humanos. Ao abstrair-se das relações sociais, a escola dos recursos humanos negaria os atributos do trabalho humano, exceto enquanto elemento combinado, de maneira flexível, aos demais recursos institucionais, que entra num processo

³ NOGUEIRA, R. P. A força de trabalho em saúde. *Revista de Administração Pública*, Rio de Janeiro, v. 17, n. 3, p. 61-70. 1983.

⁴ GIRARDI, S. N. O perfil do "emprego" em saúde no Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*. Rio de Janeiro. v. 2, n. 4, out./dez. 1986.

para dar origem ao produto desejado. Nogueira (op. cit.) admite ser válida a abordagem dos profissionais de saúde enquanto recursos humanos, desde que incorporada à noção de força de trabalho, e excluída a idéia de recursos humanos enquanto insumo institucional a serviço dos interesses políticos dominantes.

A noção de subjetividade também está intrincada ao termo recursos humanos. Para Mishima *et al.* (2003)⁵ os recursos humanos em saúde são responsáveis pela viabilização das ações de saúde, tendo desejos e anseios que interferem no desenvolvimento do trabalho. Nessa linha, os recursos humanos não seriam meros executores de técnicas aprendidas em seus cursos de formação, com necessidades apenas de capacitações e treinamentos. A idéia de agentes que executam técnicas provocaria o sentimento de não se reconhecerem como autores do trabalho realizado, colocando-se como “meros recursos”, ou insumos, resultando em desresponsabilização para com o trabalho e os usuários dos serviços de saúde.

Embora a abordagem pelo âmbito da administração de recursos humanos seja importante quando se trata de organização dos serviços, tanto para os processos de alocação quanto para a otimização da sua utilização ela apresenta insuficiências, pois as diferenças existentes nas relações entre pessoas e a expressão de suas subjetividades também são determinantes dos sistemas e deveriam ser consideradas (MISHIMA *et al.*, 2003)⁵.

Sob esse prisma, Pierantoni, Varella e França (2004)⁶ sugerem a necessidade de inserção na agenda da chamada nova administração, da motivação e do interesse dos trabalhadores, substituindo a noção de “força de trabalho” pela idéia de “inteligência do trabalhador”, abordando o ponto de vista de gerência e monitoramento, em sistemas mais abertos e participativos.

⁵ MISHIMA, S. M. *et al.* Trabalhadores de saúde: problema ou possibilidade de reformulação do trabalho em saúde? Alguns aspectos do trabalho em saúde e da relação gestor/trabalhador. In: BRASIL. Ministério da Saúde. ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE. *Observatório de Recursos Humanos em Saúde no Brasil*. Estudos e Análises (organizado por André Falcão et. al.). Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2003. Cap. 2, p. 137-156. 460 p.

⁶ PIERANTONI, C. R.; VARELLA, T. C.; FRANÇA, T. *Recursos humanos e gestão do trabalho em saúde: da teoria para a prática*. In: BRASIL. Ministério da Saúde. ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE. *Observatório de Recursos Humanos em Saúde no Brasil*. Estudos e Análises. Textos Básicos de Saúde. v. 2. Brasília: Ministério da Saúde, 2004, p. 51-70.

1.1 Recursos Humanos: Mercado e Situação de Trabalho

Medeiros e Rocha (2004)⁷, ao analisarem a realidade do mercado de trabalho em saúde, verificaram a expansão do multiemprego como forma compensatória às perdas salariais, tornando o trabalhador polivalente e o trabalho desgastante e estressante. Mas avaliam ainda que, até o presente momento, não houve desemprego estrutural na área da saúde. O que ocorre, na avaliação dos autores, é a modificação da forma de organização dos serviços baseados no “paradigma orientador do modelo assistencial”, com a incorporação de outras áreas de conhecimento, como a sociologia, a antropologia e a ecologia.

Segundo Girardi *et al.* (2004)⁸, estatísticas originadas da Relação Anual das Informações Sociais (RAIS) do Ministério de Trabalho e Emprego indicam que 10% do emprego formal urbano foi gerado pelo setor saúde em 2000. Entre os anos de 1995 e 2000, ocorreu um crescimento de 113.351 vínculos de emprego em saúde no Brasil, representando um crescimento bruto de 13,9%. As profissões de saúde e a ocupação relacionada à função saúde somavam 930.189 vínculos formais de emprego, representando 3,5% do mercado formal de empregos no Brasil, em dezembro de 2000. Como reflexo da municipalização da saúde, o índice de crescimento bruto do emprego em saúde nos municípios foi de 50% no período de 1995 a 2000 (GIRARDI *et al.*, 2004)⁸.

Em 2004, dados do Departamento Intersindical de Estatísticas e Estudos Socioeconômicos (DIEESE) mostram que os trabalhadores da saúde em Belo Horizonte representavam 5,5% da população economicamente ativa, sendo 73,7% a proporção feminina no setor (DIEESE, 2006)⁹. Em seis regiões metropolitanas do Brasil (Belo Horizonte, Distrito Federal, Porto Alegre, Recife, Salvador e São Paulo), o perfil dos trabalhadores de saúde apresenta semelhanças, com predominância de mulheres, população trabalhadora com destaque para a

⁷ MEDEIROS, S. M. de; ROCHA, S. M. M. Considerações sobre a terceira revolução industrial e a força de trabalho em saúde em Natal. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 9, n. 2, 2004, p. 399-409.

⁸ GIRARDI S. N. *et al.* Configurações do mercado de trabalho dos assalariados em saúde no Brasil. In: BRASIL. Ministério da Saúde. ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE. *Observatório de Recursos Humanos em Saúde no Brasil*. Estudos e Análises, v. 2. Brasília, Ministério da Saúde, 2004, p. 121-136.

⁹ DIEESE – *Nota técnica - O trabalhador da saúde em seis regiões metropolitanas brasileiras* Departamento Intersindical de Estatísticas e Estudos Socioeconômicos. n. 33, Setembro de 2006. Disponível em www.dieese.org.br/notatecnica/notatec33saude.pdf. Acesso em: 20 out. 2007.

presença de indivíduos na faixa etária superior aos 25 anos, alta escolaridade, frequentemente com ensino superior concluído. Com relação aos rendimentos, observa-se, nessas cidades, uma grande dispersão no campo de serviços de saúde, associada à segmentação por tipo de atividade (DIEESE, 2006)⁹.

1.2 Precarização do Emprego

A escolha do tema desta pesquisa está direcionada pelos desafios postos pelas políticas vigentes orientadas pelos propósitos de desprecarização do emprego em saúde (BRASIL. Ministério da Saúde, 2007)¹⁰. O termo “precário” significa difícil, míngua, estreito, escasso, raro, pouco, insuficiente, incerto, contingente, inconsistente, pouco durável, insustentável, delicado e débil (Dicionário Aurélio). Precarização seria a ação ou resultado de tornar precário, inseguro, ou seja, a desestabilização (Dicionário Caldas Aulete).

No Brasil, em diversos setores econômicos, as mudanças na produção instauram uma nova flexibilidade do mercado de trabalho: ocorrem transformações da relação com o trabalho e modificação dos acordos coletivos de trabalho. Na década de 1990, as reformas trabalhistas regularam a figura do trabalhador cooperado, do terceirizado e do temporário, resultando em uma menor formalização das relações de emprego, baixos salários, maior jornada, maior rotatividade e menor segurança para o trabalhador (MORAES NETO, 2005)¹¹.

Naquele período, no Brasil, o desemprego encontrava-se no auge, e os sindicatos, diante dessa situação, aceitaram exigências dos empregadores que ampliaram a flexibilidade da regulação pública sobre o contrato de trabalho. Foram adotadas a remuneração por resultados (Participação em Lucros e Resultados), a jornada de trabalho flexível (Banco de Horas), o enxugamento das estruturas de cargos e salários e o trabalho aos domingos. Para dar sustentação a esses acordos coletivos, os governos brasileiros realizaram mudanças na regulação pública dos contratos de trabalho, implementando os contratos por tempo parcial ou

¹⁰ BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, Departamento de Gestão e da Regulação do Trabalho em Saúde. *Orientações gerais para elaboração de editais - processo seletivo público: agentes comunitários de saúde e agentes de combate às endemias*. Brasília, 2007. 48 p.: il. (Série B. Textos Básicos de Saúde).

¹¹ MORAES NETO, J. O emprego e as políticas governamentais. *Mercado de trabalho. Conjuntura e Análise*. Rio de Janeiro, IPEA, n. 27, mai. 2005.

determinado, a redução das contribuições sociais para as empresas de menor porte, o subsídio público ao emprego dos jovens. Inaugura-se a figura do trabalhador como pessoa jurídica, uma vez estabelecidos os contratos formais de prestação de serviços sem proteção social do trabalho. Paralelamente a essas mudanças, os governos reduziram os investimentos na fiscalização sobre os contratos de trabalho, diminuindo as possibilidades de punição para as empresas que não cumprissem as determinações legais (DEDECCA, 2007)¹².

As relações de trabalho são reformatadas na organização da produção e no mercado de trabalho. Aumenta a incidência de trabalhos assalariados não registrados junto aos órgãos da seguridade social. Nesse contexto, são freqüentes as contratações legais ou consensuais por meio de cooperativas de trabalho, as empreiteiras de mão-de-obra, as agências de trabalho temporário, as locadoras de mão-de-obra e a prestação de serviços temporários dissimulada sob a forma de trabalho autônomo. No conjunto, as configurações contratuais citadas estão presentes em todos os espaços produtivos de bens de serviços, onde é comum a insegurança da relação de trabalho e da renda. A ausência da regulamentação laboral e de proteção social convivem com o uso flexível do trabalho, o qual é encarado no regime de horas trabalhadas, sob a exigência de multifuncionalidade e baixos salários (CACCIAMALI, 1999)¹³.

Observou-se um movimento considerado processo de precarização do trabalho, por implicar mudanças nas relações de trabalho, incluindo as condições de realização, e nas relações de emprego que expressam, como dito anteriormente, maior instabilidade e insegurança para os trabalhadores. Nos ambientes de trabalho contemporâneos, as circunstâncias em que o trabalhador se encontra para operar são incoerentes com os objetivos de qualidade da produção, pois as metas são estabelecidas num ambiente incerto, com demandas variáveis e diante de um usuário cada vez mais exigente (UFMG, 2007)¹⁴. É o movimento da

¹² DEDECCA, C. S. *Flexibilidade e regulação de um mercado de trabalho precário: a experiência brasileira*. In: COLÓQUIO INTERNACIONAL – NOVAS FORMAS DO TRABALHO E DO DESEMPREGO: Brasil, Japão e França numa perspectiva comparada. São Paulo, 2006. Disponível em www.centrodametropole.org.br/textos_nadya/Dedecca.pdf. Acesso em: nov. 2007.

¹³ CACCIAMALI, M. C. *Globalização e processo de informalidade*. In: ENCONTRO NACIONAL DE ECONOMIA, 27, 1999, Belém. *Anais*. Rio de Janeiro. ANPEC, 1999. v. 3, p. 2.059-2.076.

¹⁴ UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS. *Condições de trabalho e saúde dos trabalhadores da saúde. Relatório Final*. (organizado por Ada Ávila Assunção et. Soraya Almeida Belisário) Belo Horizonte: Núcleo de Educação em Saúde Coletiva - UFMG, 2007. 40p.: il. color; 21 x 25cm. (Série Nescon de Informes

desestruturação progressiva do emprego formal, com o estabelecimento da terceirização, das jornadas de trabalho fragmentadas, temporárias e instáveis, que reduz o grau de proteção social ou exclui uma parcela crescente da população do sistema de proteção social (OIT, 2005¹⁵; SABADINI; NAKATANI, 2002¹⁶).

No setor saúde, estima-se que cerca de 40% da força de trabalho tenha vínculos precários de trabalho, envolvendo diversas modalidades contratuais: cooperativas, sistemas de bolsas de trabalho, contrato temporário, entre outras. Essa tem sido uma pauta importante para o SUS em todos os níveis de gestão (BRASIL. Ministério da Saúde, 2006)¹⁷.

A reestruturação do sistema de saúde no Brasil aumentou as responsabilidades sanitárias dos municípios, levando à necessidade de incremento da força de trabalho para a execução das novas políticas de saúde. A municipalização de trabalhadores dos estados e do nível federal ampliou, a princípio, o quadro de trabalhadores nos municípios, mas não foi acompanhada de uma estratégia para a reposição dos trabalhadores que saem do sistema em função de aposentadoria, o que se transformou em nova dificuldade para os gestores municipais em relação à manutenção de sua força de trabalho. A implantação do Programa de Saúde da Família, que busca a expansão das ações de saúde pautada pela integralidade das ações, pelo estabelecimento do vínculo entre trabalhadores e usuários do SUS e pela vigilância à saúde, trouxe novas demandas de recursos humanos para a gestão do SUS. Preocupados em atender a essas demandas e diante dos limites financeiros para gastos com a folha de pessoal definidos na Lei de Responsabilidade Fiscal, os municípios optaram por buscar alternativas de contratação de novos trabalhadores, o que resultou na precarização dos vínculos de trabalho.

Técnicos; n.1). (disponível em http://www.nescon.medicina.ufmg.br/area_trabalho_educacao_publicacoes.php). Acesso em: 25 nov. 2007.

¹⁵ ORGANIZAÇÃO INTERNACIONAL DO TRABALHO – OIT. *Manual de capacitação e informação sobre gênero, raça, pobreza e emprego: guia para o leitor*. Brasília, v. 8, il., gráf., tab., 2005.

¹⁶ SABADINI, M. S.; NAKATANI, P. Desestruturação e informalidade do mercado de trabalho no Brasil. *Revista Venezuelana de Análises de Conyuntura*, n. 2, jul./dez. 2002. (disponível em <http://www.revele.com.ve//pdf/coyuntura/volviii-n2/pag265.pdf>). Acesso em: 19 nov. 2007.

¹⁷ 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 de qualificação e estruturação da gestão do trabalho no SUS*. Relatório final. Brasília, 2006.

Essa precarização tem sido identificada como um obstáculo para o desenvolvimento do SUS no Brasil (CONASEMS, 2007)¹⁸.

Com o objetivo de promover relações estáveis de trabalho, que assegurem os direitos do trabalhador e erradiquem os vínculos precários do trabalho existentes no SUS foi criado o Programa Nacional de Desprecarização do Trabalho no SUS. As ações previstas nesse programa são a produção de materiais para divulgação, o apoio à criação de comitês locais, o subsídio a debates e ações necessárias à desprecarização do trabalho, a implementação de rede de apoio, a realização de diagnóstico da situação dos trabalhadores com vínculos precários, e a promoção de estudos sobre o impacto da Lei de Responsabilidade Fiscal no processo de desprecarização do trabalho no SUS (BRASIL. Ministério da Saúde, 2007)¹⁹.

Nessa direção, tendo em vista a necessidade de realização de um diagnóstico sobre a precarização do emprego e do trabalho no SUS de Belo Horizonte, a presente pesquisa busca examinar a questão do emprego nos distritos sanitários de Belo Horizonte, cenário deste estudo, cujas características são descritas a seguir.

1.3 Campo do Estudo: Os Distritos Sanitários

Em 1989, com a implantação SUS, o município de Belo Horizonte foi subdividido em nove distritos sanitários. Naquele ano, os distritos sanitários contavam com uma Diretoria, um Serviço de Atenção à Saúde, um Serviço de Controle de Zoonoses e um Serviço de Vigilância Sanitária. A Secretaria Municipal de Saúde dispunha de 63 (sessenta e três) centros de saúde.

O Serviço de Atenção à Saúde era responsável pelas ações de assistência prestada em todas as unidades de saúde do distrito sanitário, função que se mantém até o presente momento. Os centros de saúde eram subordinados a esse serviço. Até 1993, o serviço era responsável pelo processamento do sistema de informação e pela lotação e desenvolvimento de recursos

¹⁸ CONASEMS. *Tema 2 - Gestão do trabalho e educação na saúde*. Teses e Plano de Ação. 2006-2007. Disponível em www.conasems.org.br. Acesso em: 22 nov. 2007

¹⁹ BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, Departamento de Gestão e da Regulação do Trabalho em Saúde. *Orientações gerais para elaboração de editais - processo seletivo público: agentes comunitários de saúde e agentes de combate às endemias*. Brasília, 2007. 48 p.: il. (Série B. Textos Básicos de Saúde).

humanos. Posteriormente, este serviço foi desmembrado com a criação dos serviços de Epidemiologia, Sistema de Informação e Recursos Humanos.

O Serviço de Controle de Zoonoses tinha como funções o desenvolvimento de ações preventivas e de controle das zoonoses (desratizações, controle de animais peçonhentos, controle da raiva animal, dentre outras) no âmbito do distrito sanitário e promover ações de caráter educativo e de esclarecimento à população. Estas funções se mantêm atualmente.

O Serviço de Vigilância Sanitária era responsável pela emissão de alvarás de funcionamento e fiscalização sanitária de restaurantes, supermercados, açougues, clubes, salões de beleza, bares, investigação de surtos de infecção tóxica alimentar e promoção de ações de caráter educativo e de esclarecimento à população, funções que foram mantidas até o momento atual.

Em 1991, com o advento da municipalização dos serviços de saúde, a Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte (SMSA-SUS-BH) passou a gerenciar outros centros de saúde e serviços especializados pertencentes até então ao Estado. A SMSA-SUS-BH passou a integrar serviços de maior porte, como os Postos de Atendimento Médico (PAM's) do antigo Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS), os quais passaram a compor a rede especializada de saúde de Belo Horizonte, juntamente com os serviços contratados e conveniados ao SUS.

O crescimento da rede de serviços de saúde teve como consequência a reestruturação informal dos distritos sanitários. Foram criados então, informalmente, os serviços: 1) Controle e Avaliação, 2) Sistema de Informação e 3) Epidemiologia, 4) Recursos Humanos.

A opção do município, em 1994, de aderir à Gestão Semiplena do Sistema de Saúde²⁰ e, posteriormente, à Gestão Plena do Sistema Municipal²¹ (1996), aumentou as

²⁰ Gestão Semiplena do Sistema de Saúde: modalidade de gestão municipal estabelecida pela Norma Operacional Básica de 1993 - NOB SUS 01/93, caracterizada pela transferência de responsabilidade, atribuições e recursos financeiros para que o gestor local assumisse a gestão do sistema de saúde em seu território, em especial da assistência ambulatorial e hospitalar.

²¹ Gestão Plena do Sistema Municipal: modalidade de gestão municipal estabelecida pela Norma Operacional de Assistência à Saúde – NOAS 2001 – caracterizada pelo pleno exercício da gestão do sistema municipal de saúde, incluindo a gestão sobre os prestadores de serviços vinculados ao SUS. Prevê a garantia do atendimento para a população do município habilitado e referenciada por outros municípios, conforme definido na Programação

responsabilidades sanitárias do município, implicando na necessidade de formalização dos serviços existentes nos distritos sanitários.

Em 2001, a Prefeitura de Belo Horizonte passou por uma reforma administrativa, que subordinou a Secretaria Municipal de Saúde à Secretaria Municipal de Coordenação das Políticas Sociais (SCOMPS) e criou, formalmente, os novos serviços dos distritos sanitários, que passaram a ter a denominação de gerências. Em 2005, nova reforma administrativa retornou a Secretaria Municipal de Saúde ao status anterior, subordinada diretamente ao Gabinete do Prefeito. As atribuições das gerências dos distritos sanitários foram estabelecidas no Decreto 11.988/PBH, de 17 de março de 2005 (PBH, 2005)²².

A Gerência de Epidemiologia, Regulação e Informação tem como funções: 1) no que tange à epidemiologia, proceder à avaliação dos dados de mortalidade, de morbidade ambulatorial e hospitalar e ao controle das doenças de notificação compulsória; 2) em relação à regulação, proceder ao controle e avaliação dos serviços contratados e conveniados ao SUS-BH. Com a Gestão Semiplena do Sistema Municipal, a responsabilidade pela fiscalização e pelo pagamento dos hospitais e ambulatórios credenciados ao SUS, assim como o credenciamento e descredenciamento de serviços de saúde passou do nível federal para o nível municipal. Inicialmente, os serviços de controle e avaliação dos distritos sanitários de Belo Horizonte apenas fiscalizaram as prestações de contas dos serviços contratados, o que representou uma redução de gastos considerável para o SUS-BH. Posteriormente, foram assumidas outras funções em relação à avaliação da qualidade dos serviços prestados e levantamento das reais necessidades de compras de serviços; 3) relacionada ao sistema de informação, organizar um banco de dados da produção dos serviços próprios de Belo Horizonte. Esse setor é responsável pelo repasse de informações ao nível local e aos gestores da Secretaria Municipal

Pactuada Integrada. Nessa modalidade de gestão, ocorre o repasse para o Fundo Municipal de Saúde do total de recursos federais correspondentes ao limite financeiro programado para o município, compreendendo a parcela destinada ao atendimento da população própria e aquela destinada ao atendimento à população referenciada.

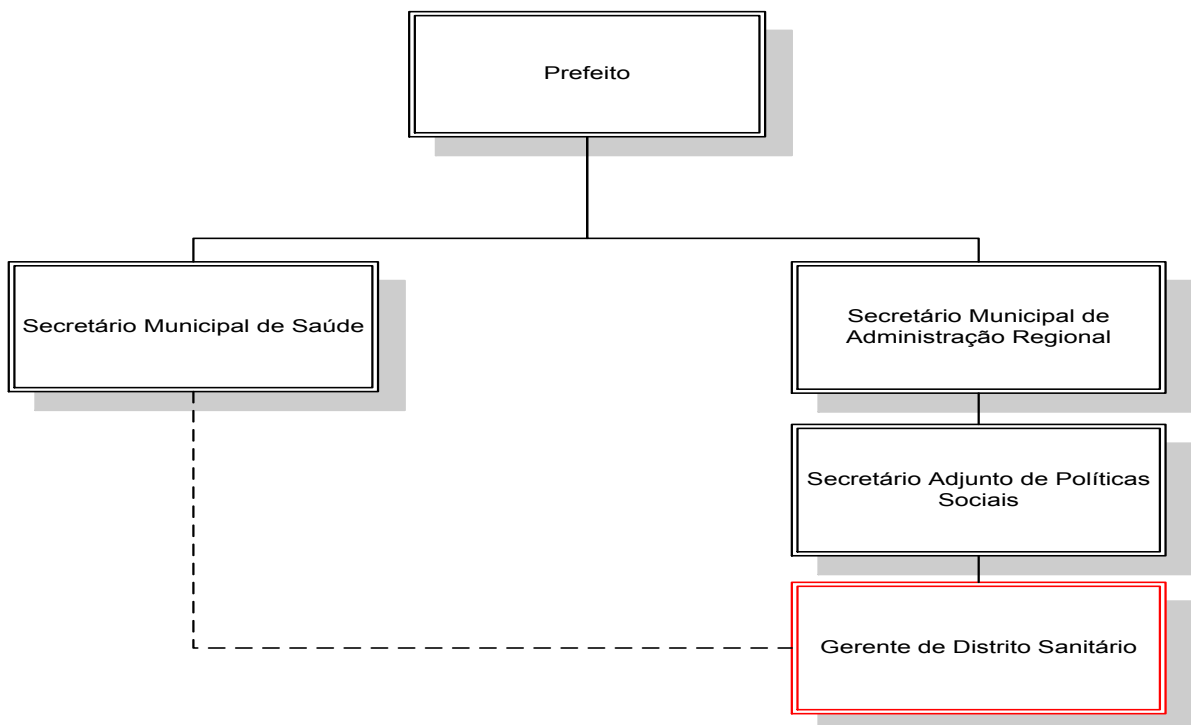
²² PREFEITURA MUNICIPAL DE BELO HORIZONTE. *Decreto 11.988*, de 17 de março de 2005. Dispõe sobre alocação, denominação e atribuições dos órgãos de terceiro grau hierárquico e respectivos subníveis da estrutura organizacional da administração direta do executivo, nas secretarias de administração regional municipal e dá outras providências. Gabinete do Prefeito, março, 2005.

de Saúde de Belo Horizonte (SMSA/SUS-BH), possibilitando o planejamento e avaliação dos serviços prestados aos usuários do sistema público de saúde.

A figura 1 apresenta os níveis de subordinação dos distritos sanitários a partir de 2005. Observa-se que foi mantida a vinculação técnica dos distritos sanitários à Secretaria Municipal de Saúde e administrativa às Secretarias Municipais de Administração Regional (SARMU).

FIGURA 1

Esquema representativo da subordinação administrativa e técnica dos distritos sanitários de Belo Horizonte em 2005.



A Gerência de Recursos Humanos foi criada em função da necessidade de promoção do desenvolvimento de recursos humanos nos distritos sanitários e das especificidades da área da saúde, na medida em que a municipalização dos serviços de saúde gerou a incorporação de servidores estaduais e federais, como descrito anteriormente. Cabe à Gerência de Recursos Humanos dos distritos sanitários, juntamente com a Gerência de Recursos Humanos da Administração Regional e com a Gerência Gestão do Trabalho da Secretaria Municipal de

Saúde, processar as questões referentes ao quadro de recursos humanos dos distritos sanitários e promover capacitações e treinamentos em serviço.

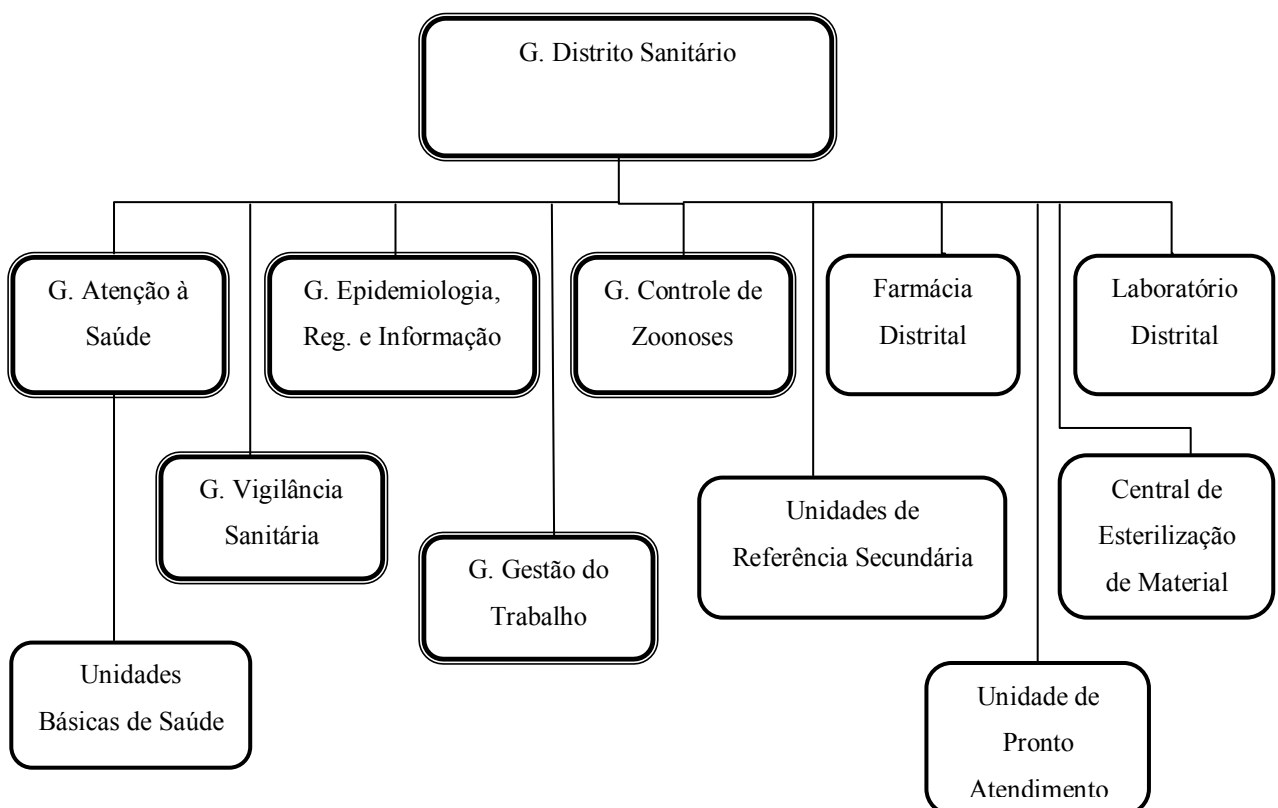
A Gerência do distrito sanitário é composta pelas seguintes gerências: gerência de 1º nível: Gerência de Saúde; gerências de 2º nível: Gerência Distrital de Regulação, Informação e Epidemiologia; Gerência Distrital de Atenção à Saúde; Gerência Distrital de Controle de Zoonoses; Gerência Distrital de Vigilância Sanitária, pela gerência de 3º nível: Gerência de gestão do trabalho e por uma coordenação administrativa (informal).

As unidades secundárias, as unidades de urgência e de referência distrital (Farmácia, Laboratório, Unidades de Pronto Atendimento, Unidades de Referência Secundária e Central de Materiais Esterilizados) estão subordinadas técnica e administrativamente à Gerência do Distrito Sanitário. As unidades básicas de saúde estão subordinadas à Gerência de Atenção à Saúde do distrito sanitário.

A figura 2 apresenta os níveis de gerência dos distritos sanitários (moldura dupla) e as unidades de saúde sob sua subordinação administrativa e técnica (moldura única).

Figura 2

Esquema representativo dos níveis de gerência do distrito sanitário de Belo Horizonte a partir de 2005.



Os trabalhadores do nível distrital, universo deste estudo, têm o papel de garantir a execução dos projetos da gestão central do SUS, guiando e apoiando as equipes de saúde sob sua responsabilidade para obter a maior resolutividade possível, com qualidade técnico-científica das ações que serão produzidas. A equipe distrital busca zelar pela participação social e dos profissionais de saúde nos processos decisórios relativos à organização dos serviços e à execução dos cuidados integrais em saúde. Como lembra Schraiber (1999)²³, cabe aos distritos sanitários buscar a intersetorialidade como forma de complementar as ações de saúde, acompanhar e avaliar a prestação de serviços e as novas demandas que se impõem no dia-a-dia.

As ações desenvolvidas no nível distrital influenciam e determinam adaptações aos projetos da gestão central, de acordo com as características peculiares de cada área: composição das equipes, escolaridade da população, faixa etária, morbidade e grau de risco à saúde a que está submetida.

Os distritos sanitários têm um caráter político, ideológico e técnico e funcionam como ferramentas para as transformações das práticas de saúde (RONCALLI, 2003)²⁴. Nessa perspectiva, os trabalhadores que atuam nos distritos sanitários são polivalentes, multiquificados, exercem funções abstratas e intelectuais, com capacidades de diagnóstico, de solução de problemas, de tomada de decisões, de intervenção no processo de trabalho, de auto-organização, de trabalho em equipe e de enfrentamento de situações em constante mudança (FEUERWERKER; LIMA, 2002)²⁵. No conjunto são exigências profissionais que dizem respeito ao domínio de conhecimentos e de habilidades nas áreas da saúde e da

²³ SCHRAIBER, L. B. *et al.* Planejamento, gestão e avaliação em saúde: identificando problemas. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 4, n. 2, p. 221-242, 1999.

²⁴ RONCALLI, A. G. O desenvolvimento das políticas públicas de saúde no Brasil e a construção do Sistema Único de Saúde. In: PEREIRA, A. C. (Org.). *Odontologia em saúde coletiva: planejando ações e promovendo saúde*. Porto Alegre: Artmed, 2003. Cap. 2, p. 28-49.

²⁵ FEUERWERKER, L. C. M.; LIMA, V. V. Os paradigmas da atenção à saúde e da formação de recursos humanos. In: BRASIL. Ministério da Saúde. *Política de recursos humanos em saúde*. Brasília: Ministério da Saúde, 2002. 184 p. il.

administração, incluindo a capacidade de adotar uma visão geral do contexto das ações de saúde e de exercer compromisso social (MALIK, 1998)²⁶.

Este estudo buscou conhecer o perfil sócio-ocupacional de trabalhadores dos distritos sanitários do SUS-BH e a evolução do emprego no SUS-BH, enfocando a dinâmica da absorção de trabalhadores, para identificar a existência, ou não, de processo de precarização do trabalho e emprego nos distritos sanitários. Para apresentar os resultados da pesquisa, optou-se pelo formato de artigo, previsto pelo Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública, o qual será apresentado a seguir.

²⁶ MALIK, A. M. *Gestão de recursos humanos*. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, 1998 (Série Saúde & Cidadania, v. 9).

2 OBJETIVOS

2 OBJETIVOS

Objetivo geral

Estudar os vínculos de emprego e características sócio-demográficas dos gerentes dos distritos sanitários e de suas equipes ao longo de cinco anos para verificar se houve precarização do emprego nesse setor da saúde.

Objetivos específicos

Conhecer o perfil dos trabalhadores efetivos e não efetivos dos distritos sanitários da Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte (SMSA/SUS-BH) quanto à composição e distribuição das seguintes variáveis: sexo, faixa etária, escolaridade, vínculo empregatício, tempo no serviço público e poder de compra dos salários.

Estudar as garantias contratuais dos trabalhadores efetivos e não efetivos dos distritos sanitários da Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte (SMSA/SUS-BH) e a evolução das suas remunerações contratuais.

Identificar indícios ou indicativos de processos de precarização do emprego nos distritos sanitários da SMSA/SUS-BH no período de 2002 a 2006.

3 ARTIGO

**Emprego e características sócio-demográficas: um estudo sobre a
precarização nos distritos sanitários de Belo Horizonte**

A ser submetido ao Journal Human Resources for Health.

3 Emprego e características sócio-demográficas: um estudo sobre a precarização nos distritos sanitários de Belo Horizonte

3.1 Introdução

A implantação do Sistema Único de Saúde (SUS) e as exigências dos novos modelos assistenciais não fogem à realidade da flexibilidade do mercado de trabalho, que ocorre no Brasil a partir da década de 1990. As reformas trabalhistas regularam a figura do trabalhador cooperado, do terceirizado e do temporário. Fazem parte da desregulamentação do trabalho a menor formalização das relações de emprego, os baixos salários, a extensão da jornada de trabalho, maior rotatividade, e menor segurança para o trabalhador (MORAES NETO, 2005). Nesse contexto, ainda são pouco conhecidos os padrões de emprego no setor saúde e os seus reflexos sobre a organização da atenção à saúde das populações.

Para garantir seus empregos, os trabalhadores da saúde se submetem à flexibilidade da força de trabalho e às mudanças dos processos produtivos e convivem com um estado de precariedade que, sendo transversal ao trabalho e ao emprego, manifesta-se como movimento de uma esfera para a outra, atingindo diferentes níveis. Convencionou-se tratar esse movimento transversal de precarização, ou seja, um movimento constante que circula o âmbito do trabalho e do emprego e transforma num *continuum* as formas de contrato, os tipos de emprego, os modelos de gestão, a organização do trabalho e a exposição aos riscos ambientais (UFMG, 2007).

Para Nogueira (2006), apesar de contrários à flexibilização do emprego, os gestores do SUS acabaram por adotá-la, ao implementarem a terceirização e os contratos informais de trabalho. O aumento das responsabilidades sanitárias nos municípios, sobretudo naqueles de maior porte, explica o crescimento da força de trabalho em saúde, gerando um aumento de despesas com pessoal, as quais foram limitadas pela Lei de Responsabilidade Fiscal. Optou-se por um sistema de empregos com redução dos custos, aumentando a terceirização e o trabalho temporário, em detrimento do segmento formal e permanente da força de trabalho.

Em relação aos contratos por tempo determinado, que deveriam ter caráter temporário “de excepcional interesse público”, são prorrogados indefinidamente em determinadas situações, caracterizando a precarização do trabalho no SUS. A precariedade está presente na prática de menores salários, na redução de proteção social do trabalho, na ausência de benefícios ou salários indiretos e na rotatividade dos trabalhadores. Quanto à terceirização, o fenômeno tem provocado a fragmentação e a desmobilização dos trabalhadores ao reduzir o poder de negociação dos sindicatos (CHERCHIGLIA, 1999).

A proliferação dos contratos informais e o não-pagamento dos encargos sociais pelos empregadores da saúde intensificam-se com a desregulamentação, literalmente compreendida como ausência de regras e de regulações, que se dá no Brasil, através de contratos orais (para os agentes comunitários de saúde) ou de formatos irregulares (por meio de cooperativas ou por tempo limitado), vinculação por meio de cargos comissionados para serviços de assistência direta à população.

A precariedade do emprego está relacionada à inserção no mercado de trabalho como empregado sem carteira ou por conta própria e à existência de empregos com baixos salários, de curta duração e com pouco ou nenhum investimento em treinamento (RAMOS; REIS, 1997).

Os trabalhos precários são “mal remunerados, com possibilidade quase nula de promoção e de carreira e com direitos sociais diminuídos ou inexistentes” (HIRATA 2000, p.44). No caso da instituição pública, são precários os trabalhos terceirizados sob comando técnico da administração sem garantias de condição legal ao vínculo, por não incluírem a admissão através de concurso público (NOGUEIRA, 2006).

Para Nogueira, Baraldi e Rodrigues (2004), a precariedade no trabalho diz respeito à desproteção social do trabalho, referindo-se a direitos trabalhistas e benefícios (licença maternidade, férias anuais, décimo terceiro salário, aposentadoria, dentre outros) e à extensão temporal dos contratos de trabalho, levando à redução da amplitude da proteção social do trabalho e refletindo-se em um sentimento de instabilidade para os trabalhadores.

Para o Ministério da Saúde (2006a), a precariedade do trabalho vincula-se a alguma irregularidade em relação à proteção social do trabalho e, portanto, aos direitos e benefícios

constitucionalmente assegurados. No entanto, o fato de existir a cobertura social legalmente exigida, com direitos e benefícios garantidos ao trabalhador, não é suficiente para caracterizar o trabalho como regular. Outras variáveis podem se somar a esse conceito, por exemplo, baixos vencimentos ou salários, inadequadas condições de trabalho, temporalidade das contratações etc.

A precarização do trabalho no SUS tem sido uma preocupação para os gestores em todos os níveis de governo, sendo pauta prioritária de discussão do Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS). Com o objetivo de promover relações estáveis de trabalho que assegurem os direitos do trabalhador e a erradicação dos vínculos precários do trabalho existentes no SUS, foi criado o Programa Nacional de Desprecarização do Trabalho no SUS. (BRASIL, Ministério da Saúde, 2007).

A Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte (SMSA/SUS-BH) tem feito investimentos em sua política de recursos humanos desde o início da implantação do SUS em 1989. Citam-se a realização de diversos concursos públicos desde 1987, sendo o último em 2007, medidas recentes referentes à substituição de trabalhadores da saúde com contratos administrativos por outros aprovados em concurso público e a aprovação de projetos de aumentos salariais para os cargos de carreira da saúde (Lei 9.443/PBH, de 18 de outubro de 2007, Lei 9.450/PBH, de 13 de novembro de 2007).

A implantação do SUS em Belo Horizonte implicou a organização de nove distritos sanitários, os quais foram articulados aos serviços de saúde originalmente ligados ao nível estadual e ao nível federal. A expansão sob o princípio da descentralização explica a incorporação de trabalhadores aos DS, vindos, principalmente, da própria rede de saúde ou através de contratos e convênios, sem um planejamento prévio das necessidades de recursos humanos quanto às categorias profissionais e ao quadro de lotação necessário para execução das novas tarefas.

Os trabalhadores efetivos dos DS são originários da SMSA/SUS-BH, de outras Secretarias da Prefeitura de Belo Horizonte (PBH), do Hospital Odilon Behrens (HOB), autarquia da PBH, da Secretaria Estadual de Saúde de Minas Gerais (SES), da Fundação Nacional de Saúde (FNS), do Ministério da Saúde (MS). Os trabalhadores não efetivos são originários de empresas terceirizadas, de cooperativas, de contratos administrativos, de contratos feitos

através da Associação Municipal de Assistência Social (AMAS), autarquia da PBH, de contratos para ocupação de cargos comissionados ou são estagiários de nível médio ou superior da PBH.

Os DS recebem demandas originadas tanto do nível central da Secretaria Municipal de Saúde, quanto dos serviços de saúde localizados em sua área de atuação. Para dar o suporte técnico e administrativo necessários à execução das ações de saúde, as gerências distritais contam com um quadro técnico formados por profissionais da rede de saúde ou contratados administrativamente para esse fim. Todas as gerências distritais funcionam de forma articulada, integrando as ações de prestação de serviços aos municípios.

Este artigo enfoca a dinâmica da absorção de trabalhadores nos distritos sanitários, visando identificar elementos indicativos da precarização do trabalho e do emprego em saúde. A avaliação do emprego no nível distrital poderá trazer elementos para a gestão dos RH, cujas competências interferem na qualidade da prestação de serviços de saúde aos usuários.

3.1.1 A população do estudo e os direitos garantidos

O estoque de trabalhadores dos distritos sanitários do SUS-BH é composto por 724 profissionais com diferentes vínculos empregatícios. Os direitos e a proteção social dos trabalhadores se diferenciam de acordo com a forma de sua vinculação ao sistema.

O Quadro 1 apresenta o comparativo entre a proteção trabalhista dos vínculos de trabalho efetivo e não efetivo do SUS-BH no período de 2002 a 2006.

Quadro 1

Comparativo entre a proteção trabalhista dos vínculos de trabalho efetivo e não efetivo do SUS-BH no período de 2002 a 2006.

Proteção trabalhista	Vínculos					
	Não Efetivos					Efetivos
	Cargo comissionado	AMAS	Contrato administrativo	Terceirizado	Estagiário e cooperado	SMSA, PBH, HOB, SES, FNS e MS
Ingresso	Nomeação	Inscrição	Inscrição	Inscrição	Seleção	Concurso público
Jornada de trabalho semanal	40 horas com dedicação exclusiva.	40 horas, diurno, noturno ou misto.	40 horas semanais	44 horas	20 horas (estagiário) 30 horas (cooperado)	20 horas
Férias	25 dias úteis	30 dias corridos	20 dias corridos a cada 12 meses (se menos de 3 faltas no período)	30 dias corridos	Não previsto	25 dias úteis
13º Salário	1/12 ano trabalhado	1/12 ano trabalhado	1/12 ano trabalhado	1/12 ano trabalhado	Não previsto	1/12 ano trabalhado
Licença médica	Tempo necessário p/ recuperação	Tempo necessário p/ recuperação	Máximo de 2 dias por mês	Tempo necessário p/ recuperação	Não previsto	Tempo necessário p/ recuperação
Validade do contrato ou concurso	Duração do mandato para o cargo	Indefinido	6 meses, prorrogável por 4 vezes	Indefinido	6 meses a dois anos (estagiário) Indefinido (cooperado)	Estabilidade após 730 dias trabalhados.
Aviso prévio	Não previsto	30 dias	15 dias	30 dias	Não previsto	30 dias
Reajuste	Segue reajuste dos cargos públicos	Negociação coletiva	Não previsto	Negociação coletiva	Não previsto	Negociação coletiva

Fonte: Elaboração própria a partir de dados fornecidos pela GGTE/SMSA/SUS-BH - 2007

Os trabalhadores dos DS com vínculos não efetivos podem ingressar no serviço público por diferentes meios, a saber: a) nomeação, quando ocupantes de cargos comissionados; b) inscrição, no caso de trabalhadores da AMAS; c) inscrição, no caso de contratos administrativos; d) inscrição, no caso de terceirizados; e) seleção, no caso de cooperados; f) inscrição e entrevista quando em regime de estágio. Os trabalhadores efetivos ingressam no serviço público por meio de concurso público.

Os trabalhadores dos distritos sanitários com vínculos não efetivos trabalham 40 horas semanais, exceto os terceirizados, cuja jornada de trabalho é de 44 horas semanais. Para os trabalhadores com vínculos efetivos, as jornadas de trabalho variam de acordo com o nível de escolaridade exigido para o cargo ocupado: a) trabalhadores ocupantes de cargos de nível superior têm uma jornada de trabalho de 20 horas semanais; b) outros trabalhadores têm uma jornada de trabalho de 30 horas semanais, a qual poderá ser estendida para 40 horas semanais, se houver necessidade do serviço, em comum acordo com o trabalhador.

Os trabalhadores dos DS com vínculos não efetivos contratados pela AMAS ou terceirizados têm direito a 30 dias corridos de férias por ano, enquanto os ocupantes de cargos comissionados têm direito a 25 dias úteis de férias por ano. Os trabalhadores contratados administrativamente têm direito a 20 dias corridos de férias por ano, desde que não tenham faltado ao trabalho mais de três vezes no período e tenha sido renovado o contrato, cuja validade é de 6 meses. Os estagiários e cooperados não têm direito a férias. Os trabalhadores dos distritos sanitários com vínculos efetivos têm direito a 25 dias úteis de férias por ano.

Tanto os trabalhadores dos DS com vínculos não efetivos quanto os efetivos, com exceção dos cooperados e estagiários, recebem ao final de 12 meses trabalhados o 13º salário, correspondendo a 1/12 da remuneração do ano trabalhado.

Os trabalhadores dos DS não efetivos e efetivos têm direito a licenças médicas pelo tempo necessário à recuperação de sua saúde, exceto os contratados administrativamente, que podem ter no máximo dois dias de licença médica por mês, e os cooperados e estagiários, para os quais não estão previstas licenças médicas.

Os trabalhadores dos distritos sanitários com vínculos não efetivos contratados pela AMAS, terceirizados e cooperados têm contratos com validade indefinida, enquanto os trabalhadores

ocupantes de cargos comissionados têm contratos de trabalho válidos pelo tempo em que durar o mandato para o cargo ocupado. Os trabalhadores contratados administrativamente têm contrato válido por seis meses, podendo ser renovado por quatro vezes, se houver interesse do empregador. Os estagiários têm contrato válido pelo período de seis meses a dois anos (até que terminem sua formação escolar). Os trabalhadores não efetivos podem ter o contrato rescindido, a qualquer momento, por iniciativa do empregador. Os trabalhadores dos distritos sanitários com vínculos efetivos adquirem estabilidade após 730 dias trabalhados.

Os trabalhadores dos DS com vínculos efetivos e não efetivos contratados pela AMAS e terceirizados têm direito a 30 dias de aviso prévio, enquanto os contratados administrativamente têm direito a 15 dias de aviso prévio, no caso de haver rescisão do contrato. Os trabalhadores dos DS com vínculos ocupantes de cargos comissionados, cooperados e estagiários não têm direito a aviso prévio em caso de rescisão do contrato.

Os trabalhadores dos distritos sanitários com vínculos efetivos e não efetivos contratados pela AMAS e terceirizados têm reajustes salariais por meio da realização de negociação coletiva. Os trabalhadores ocupantes de cargos em comissão têm reajuste salarial quando este ocorre para os cargos públicos, enquanto os trabalhadores contratados administrativamente, cooperados e estagiários não têm direito a reajustes salariais.

Há licenças e direitos específicos para os ocupantes de cargos comissionados e efetivos, conforme demonstrado no Quadro 2.

Quadro 2

Licenças e direitos específicos para os ocupantes de cargos comissionados e efetivos. SUS-BH, 2006.

Cargos Comissionados	Efetivos
Licenças	Licenças
Gestação Adoção Lactação Paternidade Acompanhar pessoa doente na família Acidente em serviço	Gestação Adoção Lactação Paternidade Acompanhar pessoa doente na família Acidente em serviço Acompanhar cônjuge ou companheiro Serviço militar Concorrer a cargo eletivo Tratar de interesses particulares Licença-prêmio por assiduidade Aperfeiçoamento profissional
Direitos	Direitos
Não previstos	Aposentadoria Abono permanência Adicional por tempo de serviço (quinqüênio) Horário especial para estudante Redução de jornada para acompanhar dependente excepcional Vale transporte Vale refeição Abono de dias não trabalhados por falecimento de cônjuge, companheiro, pais, filho e irmão; doação de sangue, convocação judicial, alistamento militar; casamento; convocação administrativa; força maior; regularização de situação militar ou eleitoral e folga escalonada - compensação de horas em casos excepcionais.

FONTE: Elaboração própria a partir de dados obtidos no site da Prefeitura Municipal de Belo Horizonte – 2007

3.2 Metodologia

3.2.1 Seleção da amostra

Os dados foram obtidos do banco de dados específico de recursos humanos, ArteRH, existente na Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte desde 2001. O período foi escolhido em razão da disponibilidade de dados a partir de 2002, pensando-se em uma série histórica que contemplasse todos os dados existentes no banco até o ano de realização da pesquisa, permitindo uma análise da evolução do emprego nos distritos sanitários do SUS-BH ao longo de cinco anos.

O perfil de emprego foi examinado nas sedes dos nove distritos sanitários de Belo Horizonte, no período de 2002 a 2006, abrangendo os gerentes e suas equipes, totalizando 724 indivíduos em 2006. Foram incluídos: médicos, dentistas, técnicos superiores de saúde (enfermeiros, assistentes sociais, psicólogos, farmacêuticos, veterinários, biólogos, fisioterapeutas e terapeutas ocupacionais), fiscais sanitários, técnicos de nível médio em desvio de função (auxiliares de enfermagem, auxiliares de laboratório, técnicos de laboratório), agentes administrativos, auxiliares de serviços gerais, porteiros, vigias, motoristas, digitadores, estagiários e agentes sanitários em desvio de função (aqueles que trabalham como agentes administrativos ou oficiais de serviço) e os que ocupavam a função de gerente no período estudado.

Foram excluídos os agentes sanitários lotados nas Gerências de Controle de Zoonoses, por desenvolverem suas atividades no campo e não terem o papel de apoiar as atividades das unidades básicas de saúde. Foram excluídos, também, trabalhadores da Central de Esterilização do Distrito Sanitário Centro-Sul, que foram lotados provisoriamente na sede do distrito em 2005 até que fosse inaugurado o serviço. Embora existissem motoristas lotados em todos os distritos sanitários em todos os anos estudados, estes não estavam computados no banco de dados ArteRH nos distritos sanitários Centro Sul e Noroeste em 2002 e nos distritos sanitários Leste, Nordeste e Venda Nova nos anos de 2002 a 2006.

Com relação ao tempo no serviço público, foram analisados apenas os dados de 2002 e de 2006, em função das perdas de dados existentes nos demais anos para os ocupados não efetivos.

Foram encontradas algumas discrepâncias com relação aos vínculos de trabalho especificados no banco de dados estudado que foram corrigidas durante o processamento dos dados. Estas discrepâncias referem-se a estagiários, cargos comissionados e servidores de outras secretarias da Prefeitura Municipal de Belo Horizonte (porteiros, agentes administrativos, auxiliares de serviço e vigias), que estavam relacionados entre os trabalhadores efetivos da SMSA/SUS-BH.

Para a avaliação da evolução das remunerações contratuais optou-se por selecionar quatro categorias profissionais existentes no Plano de Cargos, Carreiras e Salários da Secretaria de Saúde da Prefeitura Municipal de Belo Horizonte: médicos, dentistas, técnicos superiores de

saúde e agentes de serviço de saúde. Foi utilizado o salário base de cada categoria. A evolução das remunerações contratuais foi examinada mediante a utilização de um deflator para rendas elaborado pelo Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA), a partir de dados do Índice Nacional de Preços ao Consumidor - Restrito (INPC) do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) e do Índice Geral de Preços (IGP) do Ministério do Trabalho, com três ajustes: alteração da data de referência, centrando o índice no primeiro dia do mês; alteração do valor referente a julho de 1994, devido à mudança de unidade monetária ocorrida então e expansão da série para períodos anteriores à sua criação (CORSEUIL; FOGUEL, 2002).

Não foi estudada a existência e dimensão do multiemprego, uma vez que a informação não consta do banco de dados ArteRH, módulo de Gestão de RH, da SMSA/SUS-BH.

3.2.2 Fonte de dados

O Arte-RH é um banco de dados específico que mantém atualizado o cadastro de recursos humanos da SMSA/SUS-BH, independente do seu vínculo empregatício ou jornada de trabalho. Trata-se de um sistema multiempresa e multiusuário que integra informações e as disponibiliza aos usuários.

O formulário de cadastro permite coletar dados do trabalhador ao ingressar na SMSA/SUS-BH, independente do seu vínculo empregatício (municipal, estadual, terceirizado, contratado administrativamente ou outros). O sistema dispõe dos seguintes campos: Nome, Sexo, Data de nascimento, Matrícula, Endereço, Telefone, Data de admissão, Unidade de lotação, Escolaridade, Vínculo empregatício, Cargo, Função, Categoria profissional, Jornada de trabalho, Turno de trabalho e Carga horária.

Os dados relativos à proteção do trabalho e as garantias aos direitos sociais específicos do conjunto de trabalhadores foram obtidos dos seguintes documentos: minutas de contratos de trabalhos temporários da SMSA-BH nos termos das Leis Municipais nº 6.833/1995, 7.125/1996, 7.523/1998, 7.645/1999 e 9.011/2005; e o Estatuto dos Servidores Públicos de Belo Horizonte vinculados à administração direta (Lei nº 7169/1996). Os contratos citados são específicos para cada categoria profissional existente no DS da SMSA-BH e foram analisados separadamente.

Os dados sobre as remunerações dos trabalhadores foram obtidos de tabelas de custo mensal de contratos e tabelas de vencimentos dos cargos efetivos da SMSA-BH. OS dados constantes das tabelas são discriminados por categoria profissional e foram analisados separadamente.

Os dados sobre a remuneração contratual foram obtidos junto à Gerência de Gestão do Trabalho e Educação em Saúde da SMSA/SUS-BH.

3.2.3 Análise dos dados

Foram utilizados todos os campos do ArteRH, exceto o Nome, Matrícula, Endereço, Telefone, Jornada de trabalho, Turno de trabalho e Carga horária, além das informações sobre salários dos cargos de Médico, Dentista, Técnico Superior de Saúde, Agente de Serviço de Saúde e Agente Sanitário.

Os trabalhadores dos distritos sanitários foram divididos em dois grupos de acordo com sua vinculação institucional:

1- Trabalhador efetivo, segundo o Estatuto do Servidor da Prefeitura de Belo Horizonte (PBH), é o trabalhador que compõe o quadro de pessoal do SUS-BH (municipais ou municipalizados), que ingressou no serviço através de concurso público (PBH, 1996).

2- Trabalhador não efetivo é aquele vinculado a cargos comissionados (de livre nomeação e exoneração e de recrutamento amplo), aquele sob contrato administrativo, terceirizado, cooperado ou conveniado ao SUS sem ter vinculação formal com a instituição Prefeitura (SUS) e estagiários da PBH.

Os dados obtidos serão apresentados em tabelas de distribuições de frequência por direitos trabalhistas, vínculo empregatício, sexo, faixa etária dos trabalhadores, escolaridade, tempo no serviço público e remunerações nos anos de 2002 a 2006, comparando os dois grupos.

3.3 Resultados ²⁷

No período de 2002 a 2006, houve um aumento do quadro de trabalhadores dos distritos sanitários do SUS-BH, que passou de um estoque de 467 trabalhadores em 2002 para 724 em 2006, representando um crescimento global de 55,03%.

O quadro de trabalhadores dos distritos sanitários não efetivos, em 2002, que era composto por 72 trabalhadores, aumentou para 292 trabalhadores em 2006, representando um crescimento de 305% no período.

No mesmo período, o quadro de trabalhadores dos distritos sanitários efetivos aumentou de 395 trabalhadores em 2002 para 432 em 2006, representando um crescimento de 9,36%. Em 2004, existiam 439 trabalhadores efetivos nos distritos sanitários do SUS-BH, passando a 406 em 2005, o que representa uma redução de 8,13% desse quadro, que volta a crescer no ano de 2006 (432 trabalhadores), representando um incremento de 6,40% em relação a 2005.

A Tabela 1 apresenta a distribuição do quadro de trabalhadores dos distritos sanitários por vínculo empregatício no período de 2002 a 2006.

Tabela 1

Distribuição percentual do quadro de trabalhadores dos distritos sanitários do SUS-BH por vínculo empregatício no período de 2002 a 2006.

Vínculo (%)	Ano				
	2002	2003	2004	2005	2006
Trabalhadores não efetivos	15,42	24,87	29,87	32,89	40,33
Trabalhadores efetivos	84,58	75,13	70,13	67,11	59,67
Total	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00

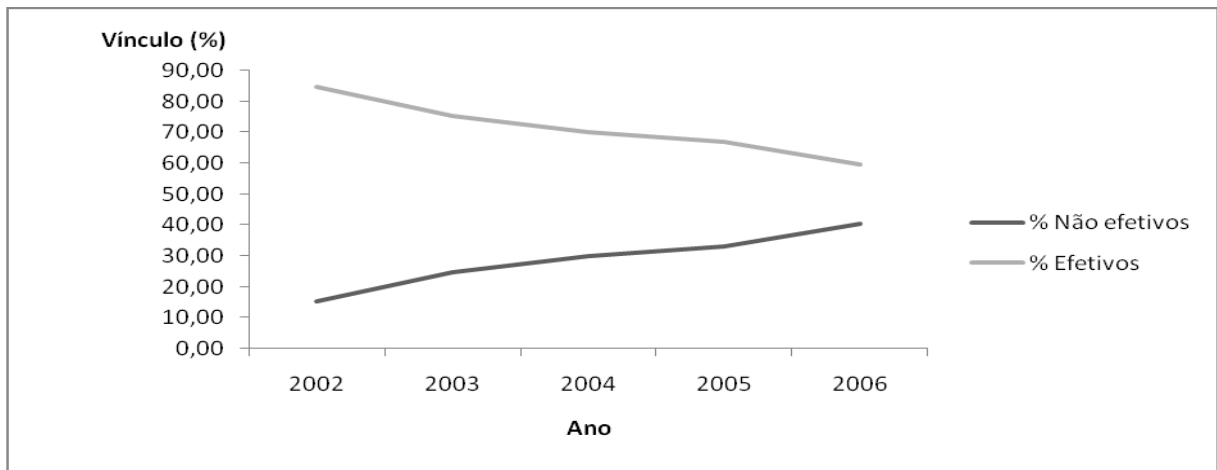
Fonte: Arte-RH - GPAR/ GGTE/SMSA/SUS-BH - 2002-2006.

²⁷ Todas as Tabelas, com números absolutos, serão apresentadas no Apêndice.

O Gráfico 1 apresenta a distribuição percentual dos trabalhadores dos distritos sanitários do SUS-BH por vínculo empregatício no período de 2002 a 2006.

Gráfico 1

Distribuição percentual dos trabalhadores dos distritos sanitários do SUS-BH por vínculo empregatício no período de 2002 a 2006.



Fonte: Arte-RH - GPAR/ GGTE/SMSA/SUS-BH - 2002-2006.

Ao longo dos anos de 2002 a 2006, observa-se um aumento do percentual de trabalhadores não efetivos dos distritos sanitários do SUS-BH, aproximando-se do percentual de trabalhadores efetivos, com tendência a igualarem-se os dois percentuais.

O Quadro 3 mostra a proporção entre trabalhadores efetivos e não efetivos dos distritos sanitários no período de 2002 a 2006.

Quadro 3

Proporção entre trabalhadores efetivos e não efetivos dos Distritos Sanitários por vínculo – SUS-BH, 2002 a 2006

Ano	Proporção entre trabalhadores efetivos/não efetivos
2002	5,49 : 1
2003	3,02 : 1
2004	2,35 : 1
2005	2,04 : 1
2006	1,48 : 1

Fonte: Arte-RH - GPAR/ GGTE/SMSA/SUS-BH - 2002-2006.

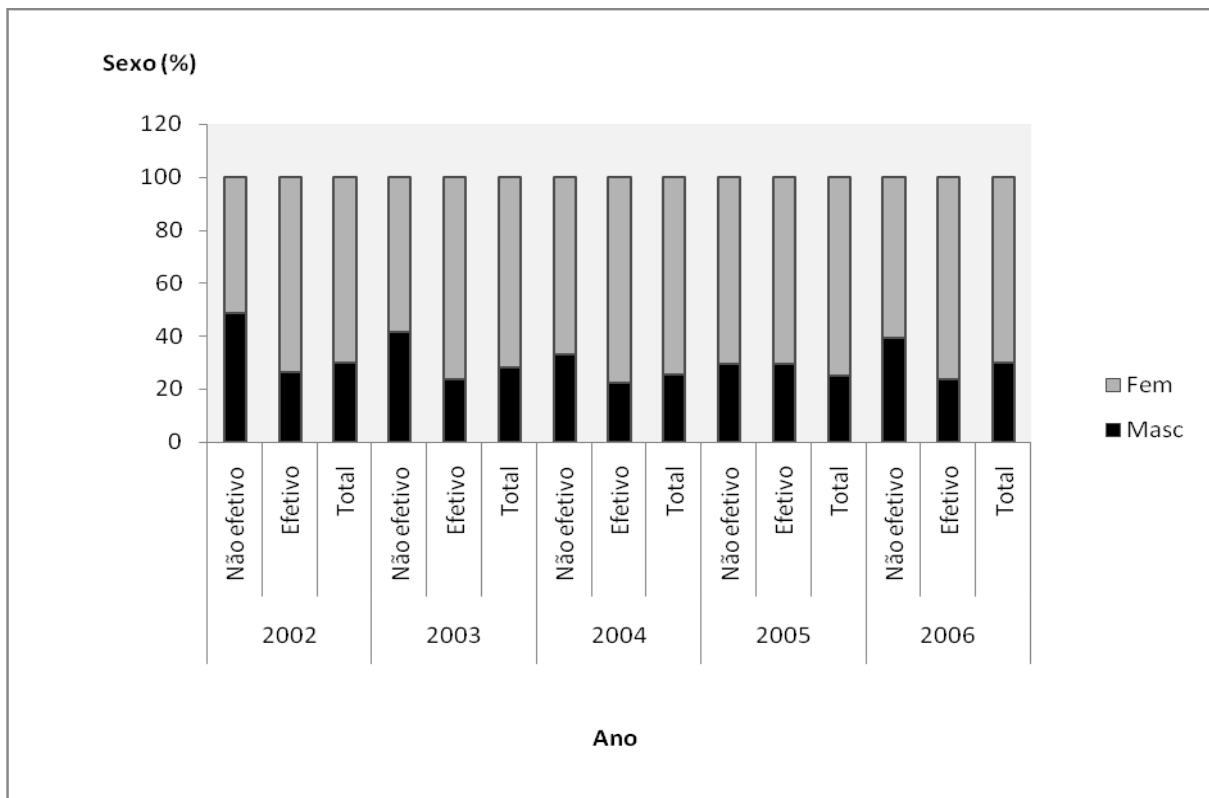
A proporção entre trabalhadores efetivos e não efetivos em 2002 era de 5,5 trabalhadores efetivos para um trabalhador não efetivo (395 trabalhadores efetivos e 72 não efetivos). Em 2006 a proporção passou a ser de 1,5 trabalhadores efetivo para um trabalhador não efetivo (432 trabalhadores efetivos e 292 não efetivos).

Observando-se os vínculos empregatícios existentes, os dados mostram que, embora tenha havido um crescimento global de 55,03% do quadro de trabalhadores nos distritos sanitários, a relação entre os trabalhadores com vínculos não efetivos e efetivos se modifica ao longo do tempo, indicando uma tendência de maior aumento do estoque de trabalhadores com vínculos não efetivos em relação aos efetivos (proporção efetivos/não efetivos de 5,49: 1 em 2002 e 1,48:1 em 2006).

O Gráfico 2 apresenta a distribuição do quadro de trabalhadores dos distritos sanitários por sexo no período de 2002 a 2006.

Gráfico 2

Distribuição percentual dos trabalhadores dos distritos sanitários do SUS-BH por sexo - 2002 a 2006.



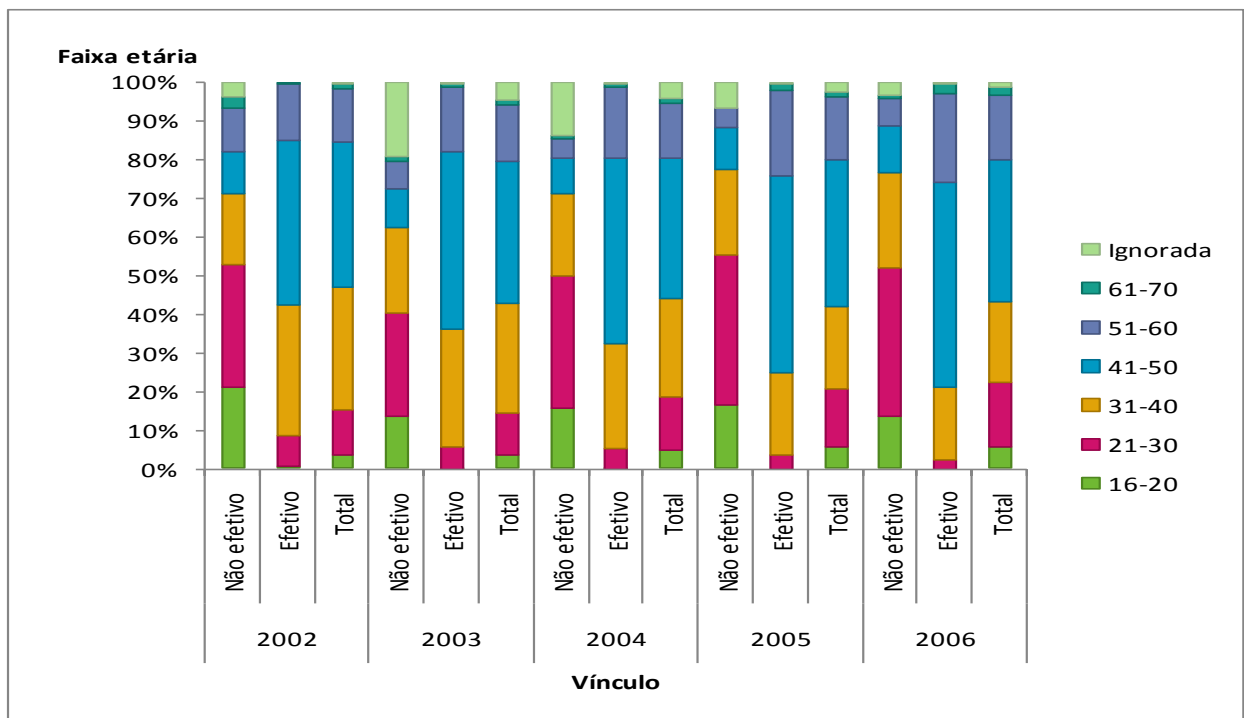
Fonte: Arte-RH - GPAR/ GGTE/SMSA/SUS-BH - 2002-2006.

Em relação à distribuição por sexo, a maioria dos trabalhadores dos distritos sanitários era do sexo feminino, tanto em 2002 (70,24%) quanto em 2006 (70,03%). Verificou-se que, tanto para trabalhadores com vínculos não efetivos, quanto para trabalhadores com vínculos efetivos, houve um crescimento maior do estoque de trabalhadores do sexo feminino em relação aos do sexo masculino no período de 2002 a 2006, passando de uma proporção de 2,80 trabalhadores do sexo feminino para um do sexo masculino em 2002 para 3,24 trabalhadores do sexo feminino para um do sexo masculino em 2006. Observa-se uma tendência à redução da proporção entre trabalhadores do sexo feminino em relação aos do sexo masculino a partir de 2005 para os trabalhadores com vínculos não efetivos, e a partir de 2004 para trabalhadores com vínculos efetivos.

O Gráfico 3 apresenta a distribuição do quadro de trabalhadores dos distritos sanitários por faixa etária no período de 2002 a 2006.

Gráfico 3

Distribuição percentual dos trabalhadores dos distritos sanitários do SUS-BH por faixa etária - 2002 a 2006.



Fonte: Arte-RH - GPAR/ GGTE/SMSA/SUS-BH - 2002-2006.

Os trabalhadores dos DS com vínculos não efetivos estão sobre-representados na faixa etária de 16 a 20 anos, em especial no ano de 2002. O mesmo ocorre na faixa etária de 21 a 30 anos, sendo essa representação crescente em todo o período.

No período de 2002 a 2006 houve aumento do quadro de trabalhadores dos distritos sanitários não efetivos em todas as faixas etárias, passando de um estoque de 69 trabalhadores em 2002 para 282 em 2006, representando um aumento de 308% (foram excluídos os trabalhadores com faixa etária ignorada). Em 2006, 79,07% do total dos trabalhadores não efetivos têm idades entre 16 a 20, 21 a 30 e 31 a 40 anos.

No período de 2002 a 2006 houve aumento do quadro de trabalhadores dos distritos sanitários efetivos em todas as faixas etárias, passando de um estoque de 395 trabalhadores em 2002 para 431 em 2006, representando um aumento de 9,1% (foram excluídos os trabalhadores com faixa etária ignorada). Em 2006, 76,16% do total dos trabalhadores efetivos têm idades entre 41 a 50 e 51 a 60 anos.

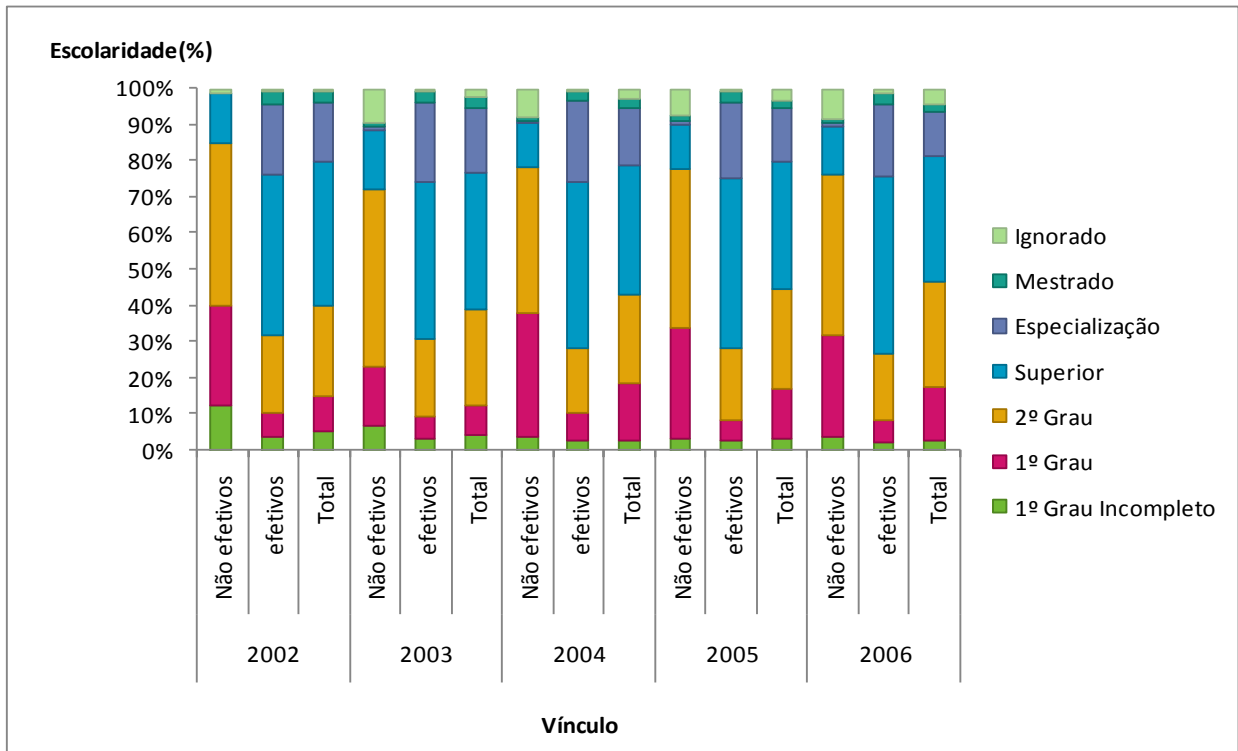
Observa-se uma redução, ao longo do tempo, do percentual de trabalhadores com vínculos efetivos na faixa etária entre 21 a 30 e 31 a 40 anos e um aumento desse quadro de trabalhadores na faixa etária entre 41 a 50 e 51 a 60 anos, representando uma tendência ao envelhecimento dos trabalhadores dos distritos sanitários com vínculos efetivos ao longo do tempo.

Ao se proceder ao estudo da escolaridade, observa-se uma concentração de trabalhadores com vínculo empregatício não efetivo com 1º grau incompleto, 1º e 2º graus de escolaridade (76,37% do total de trabalhadores com vínculos não efetivos em 2006) e um aumento significativo de trabalhadores com nível superior (340%). Observa-se uma tendência ao aumento da qualificação dos trabalhadores com vínculos não efetivos.

O Gráfico 4 apresenta a evolução dos trabalhadores dos distritos sanitários por escolaridade no período de 2002 a 2006.

Gráfico 4

Evolução percentual da participação dos ocupados dos distritos sanitários do SUS-BH por escolaridade no período de 2002 a 2006.



Fonte: Arte-RH - GPAR/ GGTE/SMSA/SUS-BH - 2002-2006.

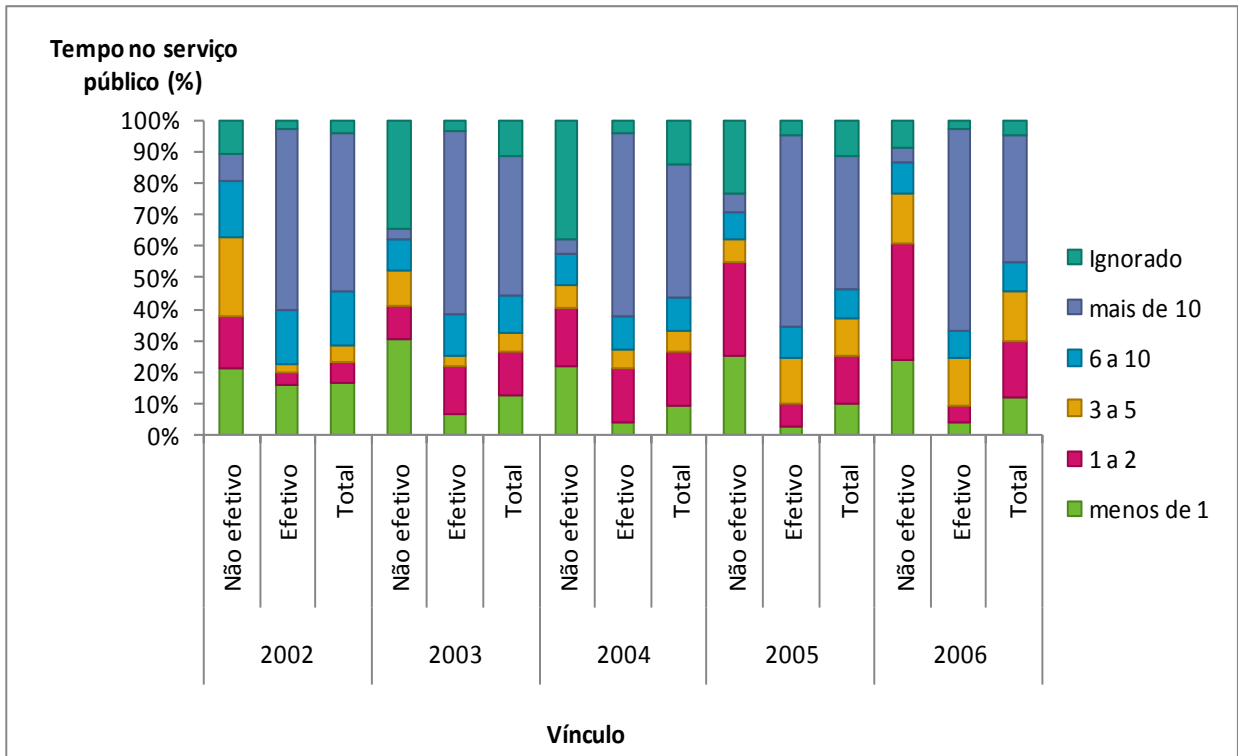
Para os trabalhadores efetivos, observa-se uma redução do estoque de trabalhadores com 1º grau incompleto, 1º e 2º graus de escolaridade, paralelo ao crescimento dos trabalhadores com nível superior de escolaridade, que ocorre, principalmente entre aqueles que não possuem especialização ou título de mestre. Entre os trabalhadores efetivos, a maior parcela corresponde, durante todo o período, aos que apresentam nível superior de escolaridade.

Em relação ao tempo no serviço público, os trabalhadores dos DS não efetivos estão sobre-representados nas faixas de menos de um ano e de um a dois anos em 2002 e 2006. Observa-se que, entre os trabalhadores com vínculos não efetivos, a maioria tinha menos de três anos no serviço público ao longo dos anos de 2002 a 2006. O segmento que teve o maior crescimento entre os trabalhadores com vínculos não efetivos foi dos que apresentavam um a dois anos no serviço público (800%).

O Gráfico 5 apresenta a evolução dos trabalhadores dos distritos sanitários por tempo no serviço público no período de 2002 a 2006.

Gráfico 5

Evolução percentual dos trabalhadores dos distritos sanitários do SUS-BH por tempo no serviço público no período de 2002 a 2006.



Fonte: Arte-RH - GPAR/ GGTE/SMSA/SUS-BH - 2002-2006.

Em relação aos efetivos, verifica-se que grande parcela está na faixa de mais de 10 anos, que cresce em 2006 relativamente a 2002. O segmento que teve o maior crescimento entre os trabalhadores com vínculos efetivos foi dos que apresentavam três a cinco anos no serviço público (725%).

Houve incremento de trabalhadores não efetivos em todas as faixas estudadas, principalmente entre aqueles que tinham até dois anos de serviço público. Para os efetivos, ocorreu uma redução dos trabalhadores com menos de um ano e com seis a dez anos no serviço público, paralela ao crescimento das outras faixas estudadas. O maior crescimento é observado entre os trabalhadores efetivos com três a cinco anos no serviço público.

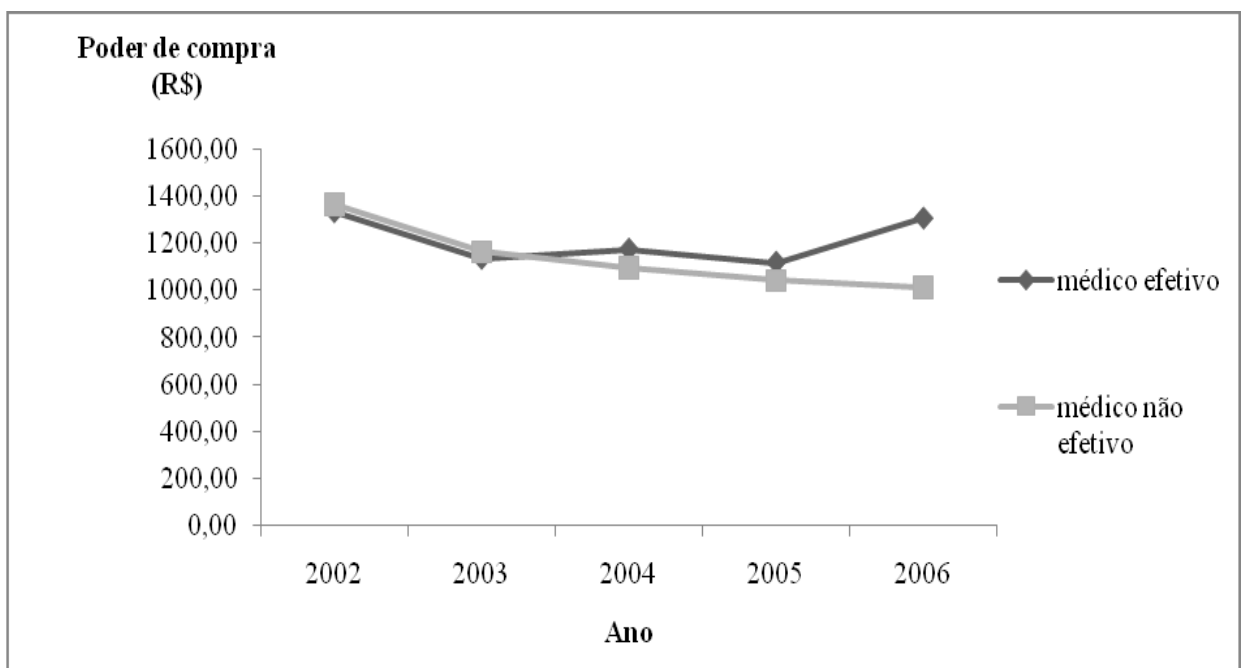
No quadro geral de trabalhadores dos distritos sanitários, observa-se que houve redução, apenas, entre os que tinham entre seis e 10 anos no serviço público. O maior crescimento é observado entre os trabalhadores com um a dois e três a cinco anos no serviço público.

Verifica-se uma tendência global à alocação de trabalhadores com menor tempo de serviço público nos distritos sanitários no período.

O Gráfico 6 apresenta a evolução do poder de compra dos salários dos médicos dos distritos sanitários no período de 2002 a 2006.

Gráfico 6

Evolução do poder de compra dos salários dos médicos dos distritos sanitários do SUS-BH no período de 2002 a 2006.

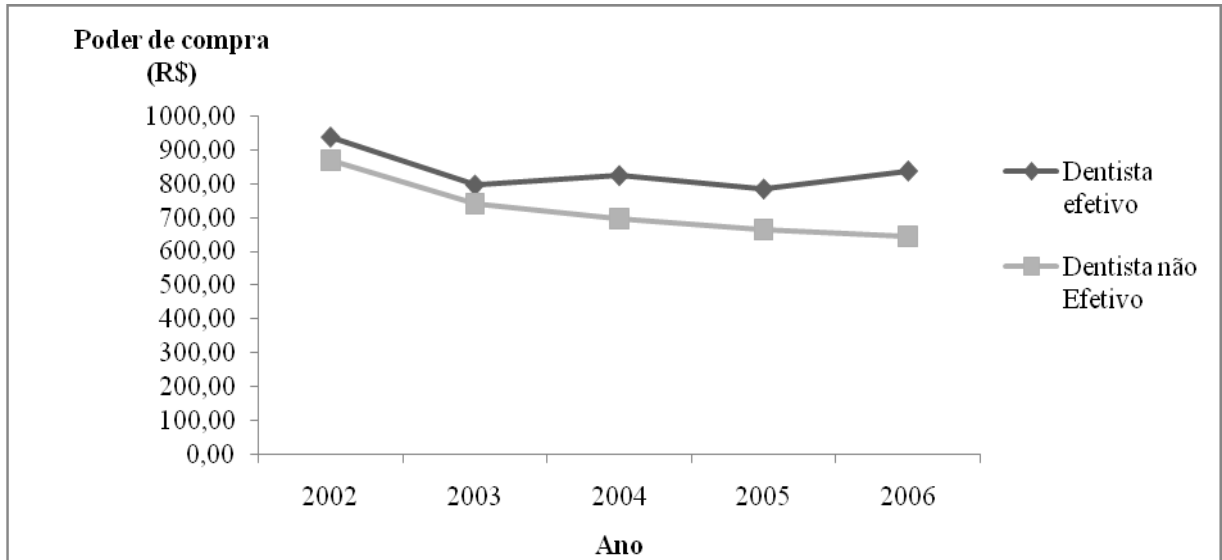


Fonte: Arte-RH - GPAR/ GGTE/SMSA/SUS-BH e deflator INPC (IPEADATA)

O Gráfico 7 apresenta a evolução do poder de compra dos salários dentistas dos distritos sanitários no período de 2002 a 2006.

Gráfico 7

Evolução do poder de compra dos salários dos dentistas dos distritos sanitários do SUS-BH no período de 2002 a 2006.

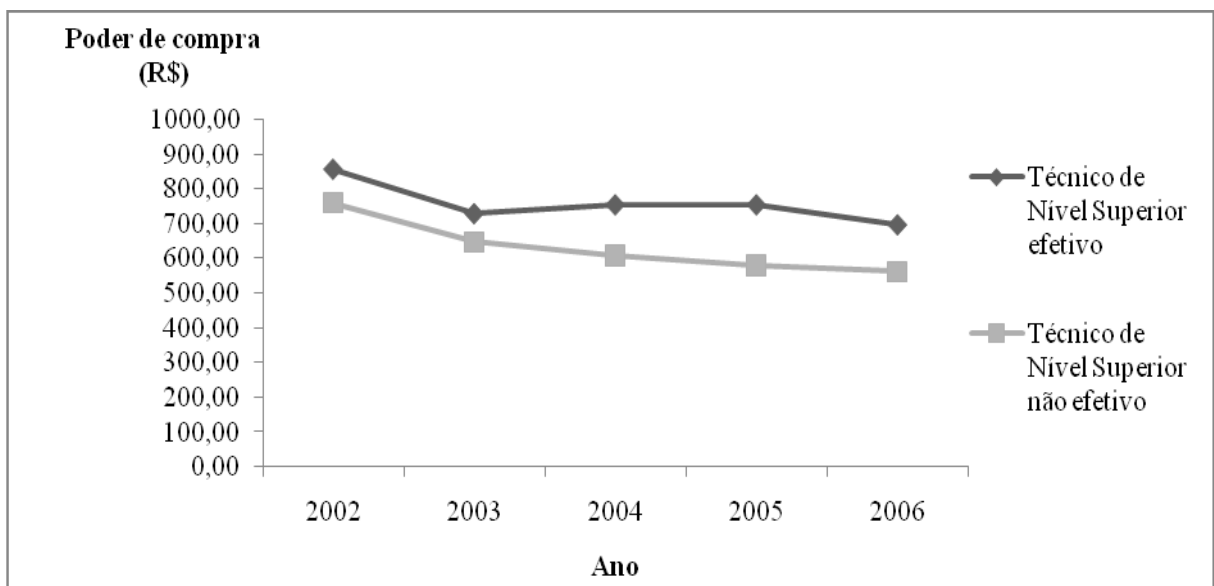


Fonte: Arte-RH - GPAR/ GGTE/SMSA/SUS-BH e deflator INPC (IPEADATA)

O Gráfico 8 apresenta a evolução do poder de compra dos salários dos técnicos superiores de saúde dos distritos sanitários no período de 2002 a 2006.

Gráfico 8

Evolução do poder de compra dos salários dos técnicos superiores de saúde dos distritos sanitários do SUS-BH no período de 2002 a 2006.

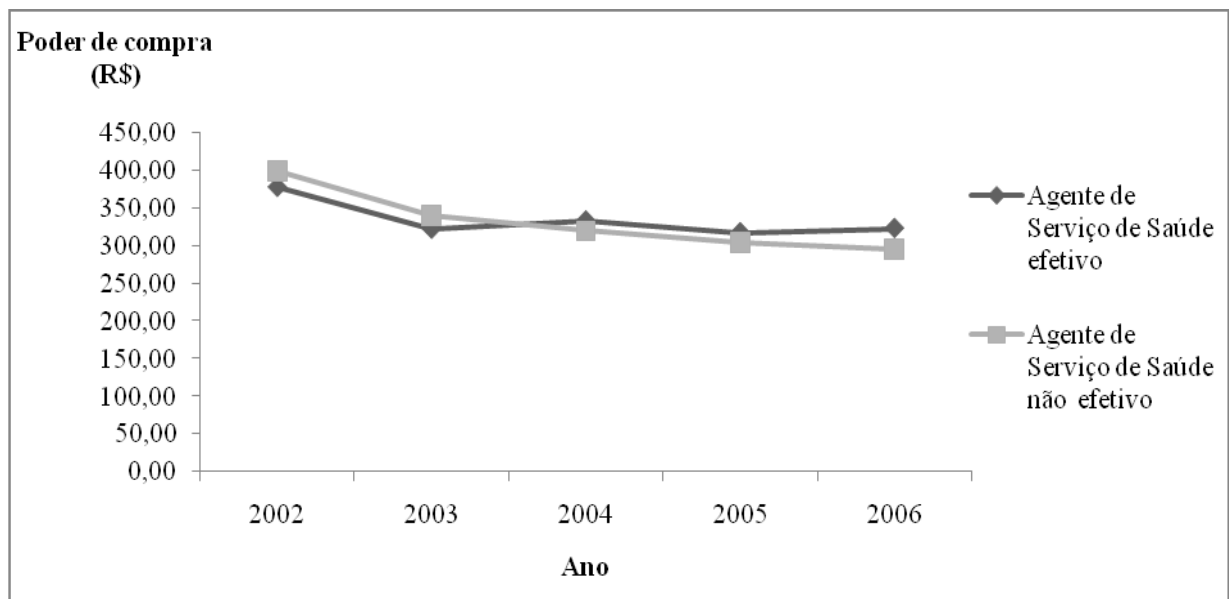


Fonte: Arte-RH - GPAR/ GGTE/SMSA/SUS-BH e deflator INPC (IPEADATA)

O Gráfico 9 apresenta a evolução do poder de compra dos salários dos agentes de serviço de saúde dos distritos sanitários no período de 2002 a 2006.

Gráfico 9

Evolução do poder de compra dos salários dos agentes de serviço de saúde dos distritos sanitários do SUS-BH no período de 2002 a 2006.



Fonte: Arte-RH - GPAR/ GGTE/SMSA/SUS-BH e deflator INPC (IPEADATA)

Houve redução do poder de compra dos trabalhadores, ao longo do período, para todas as categorias profissionais dos DS, principalmente para os trabalhadores não efetivos. Para os ocupados efetivos ocorre recuperação do poder de compra para todas as categorias profissionais em 2004 e 2006, sem, contudo, atingir os valores de 2002. A perda do poder de compra dos trabalhadores não efetivos é de 26,09% entre 2002 e 2006 para todas as categorias profissionais. Para os ocupados efetivos a perda do poder de compra entre 2002 e 2006 varia segundo a categoria profissional, sendo de 2,05% para os médicos, 10,54% para os dentistas, 18,70% para os técnicos superiores de saúde e de 14,61% para os agentes de serviço de saúde.

3.4 Discussão

No período analisado houve aumento do número de trabalhadores dos DS do SUS-BH. Autores da economia estudaram recentemente os efeitos para a geração dos novos postos de trabalho provocados pela ampliação da cobertura dos serviços de atendimento à saúde.

Utilizando os dados do Censo Demográfico e da Relação Anual de Informações Sociais, Dedecca *et al.* (2005) analisaram o segmento ocupacional do setor de atendimento. Para esses autores o debate sobre o mercado de trabalho do setor seria estimulado pelas metas de reorganização dos sistemas e pelas novas políticas de atenção à saúde da população. Ambas interessadas em alcançar a qualidade dos serviços prestados.

Analisando os dados obtidos, Dedecca *et al.* (op.cit.) concluem: o impacto do gasto do setor saúde para a geração de ocupações extrapola a dimensão da sua atividade fim; é ponderável o efeito da geração de ocupações do setor: 4,2% da população economicamente ativa; há um potencial de formalização dessas ocupações elevado, se comparado com a média do mercado de trabalho brasileiro; as condições básicas de trabalho são bastante diferenciadas entre as ocupações nucleares; a recorrência de mais de um trabalho é específica aos médicos; o maior número de trabalhos tende a ser associado a uma menor remuneração/hora.

Segundo os dados do Censo Demográfico em 2000 que embasaram a pesquisa citada, existiam 198.153 médicos, destes 65.488 estavam empregados com carteira de trabalho assinada, 28.100 empregados pelo RJFP ou como militar, 23.862 o empregados sem carteira de trabalho assinada, 22.416 empregadores; 55.977 trabalham por conta própria; 2.310 são estagiários. No universo dos atendentes de enfermagem (não diplomados), 132.080 empregados com carteira assinada; 41.740 empregados pelo RJFP ou como militar; 32.305 empregados sem carteira de trabalho assinada, 7.230 estagiários, 766 não remunerados em ajuda a membro de domicílio.

A gama de profissionais contempla aqueles responsáveis pela atividade fim e aqueles inseridos no âmbito da gestão, do desenvolvimento e da manutenção dos estabelecimentos de saúde. Essa diversidade também atestada nos resultados deste estudo impõe análises complexas as quais são intensificadas, segundo Dedecca *et al.* (2005), pela constatação dos diferentes vínculos e contratos possíveis, semelhante ao caso dos DS da SMSA- SUS/BH

Ao proceder-se ao estudo da evolução dos vínculos empregatícios dos trabalhadores dos DS do SUS-BH, no período de 2002 a 2006, observa-se que houve aumento do quadro de trabalhadores não efetivos, que têm direitos contratuais e proteção trabalhista reduzidos, aproximando-se do percentual de trabalhadores efetivos.

Esses resultados são coerentes com os dados do Ministério da Saúde, os quais revelam que aproximadamente 800 mil trabalhadores da saúde estão precarizados, equivalendo a quase 40% da força de trabalho inserida no setor, sob as mais diversas modalidades contratuais, o que contraria os preceitos constitucionais e traz insegurança trabalhista e social aos profissionais da saúde (BRASIL, Ministério da Saúde, 2006b). Citam-se os prejuízos causados pela temporalidade dos contratos de trabalho precários sobre a continuidade das atividades de saúde e o compromisso dos trabalhadores (BRASIL, Ministério da Saúde, 2006b). Nos dizeres de O'Dwyer, "As instituições que alcançaram reconhecida qualidade na área da saúde possuem quadros estáveis, lideranças técnicas reconhecidas, dedicação profissional e produção de saber" (O'DWYER, 2002, p.118).

Em relação à evolução da distribuição por sexo dos trabalhadores dos DS, verifica-se que as mulheres apresentam maior participação entre efetivos e não efetivos, mantendo-se em cerca de 70% ao longo do tempo. Os resultados são coerentes com a literatura. Segundo Girardi, as mulheres ocupavam 73% dos empregos em saúde no Brasil em 2000 (GIRARDI, 2003). Bezerra, ao estudar a dinâmica e as características do mercado de trabalho no setor saúde em Natal, no Rio Grande do Norte, em 2005, relatou a predominância de trabalhadores do sexo feminino, representando 70% de todos os trabalhadores do setor saúde, possivelmente explicada pela existência de atividades consideradas socialmente típicas do sexo feminino, principalmente na área de enfermagem (BEZERRA, 2006).

A feminilização do mercado de trabalho está relacionada com a precarização do emprego. Para Hirata e Préteceille (2002) o crescimento da adoção do tempo parcial de trabalho é uma das possíveis causas da maior inserção de mulheres no mercado de trabalho, pelo fato de possibilitar o desenvolvimento de atividades domésticas e remuneradas, além de permitir ao empregador maior flexibilidade em relação aos salários.

Em um estudo sobre a feminilização do mercado de trabalho em geral, Lavinás (2002) questiona se esse fenômeno seria consequência da mudança do perfil da força de trabalho feminina ou se advém das mudanças da dinâmica do mercado de trabalho, que tende a flexibilizar salários e jornadas de trabalho, o que favoreceria a inserção do sexo feminino no mercado de trabalho, refletindo, portanto, a precarização do emprego no Brasil. A ocorrência de um nível maior de escolaridade das mulheres em relação aos homens, no Brasil, poderia ser um dos possíveis fatores explicativos para a feminilização do emprego no setor saúde no

País, por ampliar o potencial de competitividade favoravelmente para as mulheres (LAVINAS, 2002).

No que se refere à faixa etária, a tendência ao aumento dos grupos mais jovens e mais velhos do quadro dos trabalhadores dos distritos sanitários com vínculos efetivos pode significar a ocorrência de precarização das relações de trabalho nos distritos sanitários do SUS-BH.

Segundo Girardi (2003), a idade média dos trabalhadores da saúde no Brasil, em 2000, era de 38 anos. O autor relata que todas as categorias profissionais da saúde apresentavam envelhecimento em relação aos anos anteriores (GIRARDI, 2003). Na mesma direção, em Natal/RN, em 2005, a maior parte dos trabalhadores do setor saúde situava-se na faixa etária entre 30 e 39 anos (BEZERRA, 2006).

Em relação aos trabalhadores dos distritos sanitários com vínculos não efetivos, a concentração do estoque em idades entre 16 a 20 e 31 a 40 anos poderia estar associada à maior flexibilidade dos jovens tanto em relação à maior submissão às normas da instituição, quanto à possibilidade de percepção de menores salários (RODRIGUES, 2006).

Os dados encontrados para os distritos sanitários de Belo Horizonte são corroborados pela literatura. Em pesquisa realizada na Região Metropolitana de Belo Horizonte a partir de dados da Pesquisa de Emprego e Desemprego, Oliveira (2006) relata que houve crescimento da participação dos ocupados nas faixas etárias de 18 a 24 anos e de 25 a 39 anos. O autor destaca ainda a elevação da taxa de participação na faixa etária de 60 anos e mais, possivelmente explicada pela postergação da aposentadoria ou pelo retorno de aposentados ao mercado de trabalho como estratégia para suprir perdas de renda familiares decorrentes do desemprego de algum de seus membros.

Em relação à escolaridade, verifica-se uma tendência ao aumento da qualificação dos trabalhadores com vínculos não efetivos e efetivos dos DS. Observa-se a concentração dos trabalhadores com vínculos não efetivos com nível até 2º grau de escolaridade, que poderia ser atribuída às atividades administrativas e estágios. Por ser um nível intermediário da gestão, poucos são os trabalhadores inseridos nas categorias auxiliares da saúde.

Em estudo realizado em Natal/RN em 2005, Bezerra relata que mais de 60% do setor saúde era composto por trabalhadores com nível médio completo de escolarização (2º grau

completo), que exerciam atividades administrativas ou estavam inseridos nas categorias auxiliares da saúde (BEZERRA, 2006).

Observa-se uma redução do estoque de trabalhadores dos distritos sanitários com vínculos efetivos com até 2º grau de escolaridade no período de 2002 a 2006, e um aumento, no mesmo período, do estoque de trabalhadores dos distritos sanitários com vínculos efetivos com nível superior de escolaridade (nível superior, especialização e mestrado). A tendência à melhoria da qualificação dos trabalhadores dos distritos sanitários com vínculos efetivos parece não ser corroborada quando os dados são observados separadamente para cada categoria de escolaridade estudada.

Esses dados encontram similaridade com dados obtidos a partir da Pesquisa de Emprego e Desemprego realizada na Região Metropolitana de Belo Horizonte. Estudos mostram que houve redução da participação dos ocupados com 1º grau incompleto e 1º grau completo, vis-à-vis a expansão da participação dos trabalhadores com 2º grau completo, representando uma tendência à melhoria da qualificação dos ocupados (OLIVEIRA, 2006).

Em relação ao tempo no serviço público, os trabalhadores dos DS não efetivos têm menos tempo de casa. Embora entre os trabalhadores efetivos tenham prevalecido os que tinham mais de 10 anos no serviço público, verifica-se uma tendência global à alocação de trabalhadores com menor tempo de serviço público nos distritos sanitários no período. Essa tendência poderia vir a ser um fator de comprometimento da consolidação do SUS, pois esse é um nível estratégico para o seu funcionamento. Segundo o Ministério da Saúde, as demandas para a gestão dos serviços e processos de saúde requerem um trabalhador capacitado para assumir posições de decisão e comando, necessárias à consolidação do SUS (BRASIL. Ministério da Saúde, 2003). Diante do exposto, pode-se pensar que ter experiência em saúde pública ganha importância na composição do perfil dos trabalhadores dos distritos sanitários.

Houve redução do poder de compra dos trabalhadores, ao longo do período, para todas as categorias profissionais dos DS, principalmente para os trabalhadores não efetivos. Para os ocupados efetivos ocorre recuperação do poder de compra para todas as categorias profissionais em 2004 e 2006, sem, contudo, atingir os valores de 2002. Em estudo realizado sobre a reforma do Estado, emprego público e precarização do mercado de trabalho, Borges (2004) relata que embora os salários médios no emprego público sejam superiores aos

praticados no setor privado, nos dois setores, na década de 1990, observa-se redução real dos salários, o que implicou a precarização do mercado de trabalho no Brasil.

3.5 Conclusões

É nítida a diferença de direitos trabalhistas e da proteção social quando comparados os grupos de efetivos e não efetivos, reafirmando a tendência à precarização quando o vínculo de emprego não é efetivo.

O aumento da participação dos trabalhadores não efetivos, a tendência ao envelhecimento dos trabalhadores dos distritos sanitários com vínculos efetivos ao longo do tempo, a tendência de alocação de trabalhadores com menor tempo de serviço público nos distritos sanitários no período e a redução do poder de compra dos trabalhadores, ao longo do período de 2002 a 2006, são indicativos de que houve precarização do emprego nos distritos sanitários do SUS-BH.

Investigações futuras poderão examinar as associações do tipo de emprego, efetivo ou não efetivo, e as chances para as progressões de carreira, risco de discrepância salarial e acesso aos programas de formação continuada.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BEZERRA, O. Dinâmica e características do mercado de trabalho do setor saúde em Natal – RN. Pesquisa integrante do plano diretor 2004/2005. ROREHS/MS/OPAS. *Observatório RH NESC/UFRN*, Natal, 2006.

BORGES, A. M. C. Reforma do Estado, emprego público e a precarização do mercado de trabalho. *Caderno CRH*. Salvador, v. 17, n. 41, p. 255-268, mai./ago. 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Política de recursos humanos para o SUS: balanço e perspectivas*. Secretaria de Políticas de Saúde, Coordenação Geral da Política de Recursos Humanos. Brasília: Ministério da Saúde, 2003.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Programa Nacional de Desprecarização do Trabalho no SUS: DesprecarizaSUS: perguntas e respostas*. Comitê Nacional Interinstitucional de Desprecarização do Trabalho no SUS, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, Departamento de Gestão e da Regulação do Trabalho em Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2006a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Para subsidiar a discussão sobre a desprecarização do trabalho no SUS. *Cadernos RH Saúde*, Brasília, Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, v. 3, n. 1, 2006b, 188 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. *Orientações gerais para elaboração de editais - processo seletivo público: agentes comunitários de saúde e agentes de combate às endemias*. Brasília, 2007. 48 p. il. (Série B. Textos Básicos de Saúde).

CHERCHIGLIA, M. L. Terceirização do trabalho nos serviços de saúde: alguns aspectos conceituais, legais e pragmáticos. In: SANTANA, P.; CASTRO, J. L. (Org.). *Capacitação em desenvolvimento de recursos humanos de saúde*. Natal: EDUFRN, 1999. p. 367-385.

CORSEUIL, C. H.; FOGUEL M. N. Uma sugestão de deflatores para rendas obtidas a partir de algumas pesquisas domiciliares do IBGE. *Texto para discussão - IPEA*. Rio de Janeiro, IPEA, n. 897, 2002. Disponível em http://www.ipea.gov.br/pub/td/2002/td_0897.pdf. Acesso em: nov. 2002.

DEDECCA, C. S. *et al.* A dimensão ocupacional do setor de atendimento à saúde no Brasil. *Trabalho, Educação e Saúde*, Rio de Janeiro, Fiocruz, v. 3, n. 1, p. 123-142, 2005.

FEUERWERKER, L. C. M.; LIMA, V. V. Os paradigmas da atenção à saúde e da formação de recursos humanos. In: BRASIL. Ministério da Saúde. *Política de recursos humanos em saúde*. Brasília: Ministério da Saúde, 2002. 184 p. il.

GIRARDI, S. N.; CARVALHO, C. L. *Configurações do mercado de trabalho dos assalariados em saúde no Brasil*. Disponível em www.opas.org.br. 2003.

HIRATA, H. S. Divisão sexual do trabalho: novas tendências e problemas atuais. In: FUNDAÇÃO SEADE. *Gênero no mundo do trabalho*. São Paulo: Ellus, 2000. p. 188-218.

HIRATA, H.; PRÉTECEILLE, E. La prise en compte de l'insécurité socio-économique dans les grandes enquêtes statistiques en France. In: BUREAU INTERNATIONAL DU TRAVAIL. *Exclusion, Précarité, Insécurité Socio-Économique* (Apports et débats des sciences sociales en France). Genève, Bureau International Du Travail, 2002.

LAVINAS, L. Perspectivas do emprego no Brasil: inflexões de gênero e diferenciais femininos. In: OIT - CEPAL/ECLAC. *Emprego feminino no Brasil: mudanças institucionais e novas inserções no mercado de trabalho*. Série Políticas Sociais. Santiago de Chile, 2002. v. 1, cap. I.

MALIK, A. M. *Gestão de recursos humanos*. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, 1998 (Série Saúde & Cidadania, v. 9).

MORAES NETO, J. O emprego e as políticas governamentais. *Mercado de trabalho. Conjuntura e Análise*. Rio de Janeiro, IPEA, n. 27, mai. 2005.

NOGUEIRA, R. P. Problemas de gestão e regulação do trabalho no SUS. *Serviço Social e Sociedade*, São Paulo, CRESS SP/Cortez, p. 147-162, 2006. v. 87.

NOGUEIRA, R. P.; BARALDI, S.; RODRIGUES, V. A. *Bases normativas e conceituais da política de desprecarização e regularização do trabalho no SUS*. Relatório final. Rede observatório de recursos humanos em saúde. Estação de trabalho POLRHS/NESP/CEAM/UNB. Brasília, 2004.

O'DWYER, G. C. Trabalho, ética e necessidades sociais em saúde. In: BRASIL. Ministério da Saúde. *Política de recursos humanos em saúde*. Brasília, Ministério da Saúde, 2002. 184 p.: il.

OLIVEIRA A. M. Dez anos da Pesquisa de Emprego e Desemprego (PED) na região metropolitana de Belo Horizonte (RMBH): tempos difíceis para os ocupados. In: JANUZZI, J. M.; SOARES, M. (Org.). *As várias faces do mercado de trabalho no Brasil*. Belo Horizonte: Fundação João Pinheiro, Centro de Estatística e Informações, p. 100-116, v. 1, 2006, 134 p. il. (Estudos sobre Mercado de Trabalho).

PREFEITURA MUNICIPAL DE BELO HORIZONTE. *Lei 7.169, de 30 de agosto de 1996*. Institui o estatuto dos servidores públicos do quadro geral de pessoal do município de Belo Horizonte vinculados à administração direta, e dá outras providências. Gabinete do Prefeito, agosto, 1996.

RAMOS, L.; REIS, J. G. A. Emprego no Brasil nos anos 90. *Texto para Discussão - IPEA*, Rio de Janeiro, n. 468, mar. 1997.

RODRIGUES, F. S. O segmento de meia idade: análise sobre os desdobramentos do padrão de acumulação flexível em sua inserção produtiva. *Bahia Análise & Dados*. Salvador, v. 15, n. 4, p. 579-591, mar. 2006.

RONCALLI, A. G. O desenvolvimento das políticas públicas de saúde no Brasil e a construção do Sistema Único de Saúde. In: PEREIRA, A. C. (Org.). *Odontologia em saúde coletiva: planejando ações e promovendo saúde*. Porto Alegre: Artmed, 2003. Cap. 2, p. 28-49.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS. *Condições de trabalho e saúde dos trabalhadores da saúde. Relatório Final*. (organizado por Ada Ávila Assunção et. Soraya Almeida Belisário) Belo Horizonte: Núcleo de Educação em Saúde Coletiva - UFMG, 2007. 40p.: il. color; 21 x 25cm. (Série Nescon de Informes Técnicos; n.1). (disponível em http://www.nescon.medicina.ufmg.br/area_trabalho_educacao_publicacoes.php). Acesso em: 25 nov. 2007.

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esta pesquisa descreveu a evolução do emprego e as características sócio-demográficas dos trabalhadores dos distritos sanitários do SUS-BH, no período de 2002 a 2006. Os resultados poderão orientar a gestão de recursos humanos no setor, considerando que os distritos sanitários são essenciais para o desempenho e o desenvolvimento do SUS-BH. A atuação de seus trabalhadores é fundamental para as transformações das práticas de saúde e a qualidade dos serviços prestados aos usuários (RONCALLI, 2003²⁸; MALIK, 1998²⁹). Os diversos papéis de caráter político, ideológico e técnico que os trabalhadores dos DS exercem seriam fortalecidos em um ambiente de maior proteção do emprego e do trabalho. Quanto a isso, estudos qualitativos poderiam trazer elementos elucidadores sobre os efeitos do quadro descrito e os indícios de insatisfação presente no setor.

Pesquisas científicas (BERTRAM *et al.*, 1990³⁰; JOHNSON, 1995³¹; FRANCO, 2001³²) têm mostrado que a qualidade do cuidado à saúde depende da maneira pela qual o sistema encara as necessidades e a subjetividade dos trabalhadores no exercício de suas tarefas. Exemplos de “maneiras de encarar as necessidades e a subjetividade dos trabalhadores”: tempo para rever as práticas adotadas; suporte social para o enfrentamento das dificuldades e carências vivenciadas pelos usuários; incentivo às estratégias formais e informais de cooperação intra e inter-equipes, que poderiam orientar os pressupostos da gestão do trabalho nos serviços mais do que a tradicional abordagem relação custo-benefício em busca da eficiência no setor saúde.

²⁸ RONCALLI, A. G. O desenvolvimento das políticas públicas de saúde no Brasil e a construção do Sistema Único de Saúde. In: PEREIRA, A. C. (Org.). *Odontologia em saúde coletiva: planejando ações e promovendo saúde*. Porto Alegre: Artmed, 2003. Cap. 2, p. 28-49.

²⁹ MALIK, A. M.. *Gestão de recursos humanos*. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, 1998 (Série Saúde & Cidadania, v. 9).

³⁰ BERTRAM D. A. *et al.* *A measure of physician mental work load in internal medicine ambulatory care clinics*. Medical Care. v. 28, n 5, 1990. p. 458-466.

³¹ JOHNSON, J. F. *et al.* *The psychosocial work environment of physicians*. Journal Occupational Environmental; v. 37, n. 9, 1995. p.1151-1159.

³² FRANCO S. C. *A qualidade possível: o pediatra e o processo de decisão médica nos serviços públicos de saúde*. 2001. 249 p. tab. (Tese de doutorado). Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2001.

Os resultados evidenciaram a perda de direitos trabalhistas e de proteção social por parte dos ocupados não efetivos, o aumento da participação dos trabalhadores não efetivos, a tendência ao envelhecimento dos trabalhadores dos distritos sanitários com vínculos efetivos ao longo do tempo, a tendência de alocação de trabalhadores com menor tempo de serviço público nos distritos sanitários e a redução do poder de compra dos trabalhadores ao longo do período de 2002 a 2006.

Os resultados apresentados sobre o emprego no nível intermediário de gestão cobrem a lacuna da literatura especializada em recursos humanos prioritariamente destinada ao nível da atenção básica ou hospitalar. Entretanto, há carências de estudos sócio-demográficos sobre o emprego nos distritos sanitários. Esses estudos favoreceriam a determinação do perfil ocupacional e técnico requerido para os trabalhadores e gestores dos DS por parte da gestão.

Não foram encontradas referências na literatura sobre as implicações da implantação do Programa de Saúde da Família (PSF) sobre o emprego nos DS. No entanto, o fato de o município de Belo Horizonte ter optado por incentivar a adesão dos trabalhadores existentes em seu quadro ao PSF, aliado ao incentivo financeiro concedido para as equipes de saúde da família e ao estabelecimento de gratificação a título de apoio ao PSF, para os demais trabalhadores das unidades básicas de saúde, pode ter provocado uma migração de parte do quadro de trabalhadores dos distritos sanitários para as unidades básicas de saúde (BRASIL. Ministério da Saúde, 2007)³³.

Valeria a pena prosseguir esta investigação para examinar a questão apresentada. A implantação do PSF em Belo Horizonte iniciou-se em 2002, sendo que a reestruturação da rede de saúde em Belo Horizonte para adequação ao PSF ocorreu, principalmente, a partir de 2004. No período de 2002 a 2006 foram credenciadas 504 equipes de saúde da família e inauguradas 13 unidades básicas de saúde em Belo Horizonte.

O possível deslocamento de trabalhadores do nível distrital para as unidades básicas de saúde poderia ser um fator explicativo para a tendência ao aumento dos grupos mais jovens e mais

³³ BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Belo Horizonte – Histórias de vida. *Revista Brasileira Saúde da Família*. Brasília, 2005. Disponível em http://dtr2004.saude.gov.br/dab/documentos/revista_saude_familia8.pdf. P.6-19. Acesso em: 3 dez. 2007.

velhos do quadro dos trabalhadores dos distritos sanitários com vínculos efetivos e a alocação de trabalhadores com menor tempo de serviço público nos distritos sanitários no período. Futuras pesquisas sobre a mobilidade dos trabalhadores dos DS poderiam elucidar os efeitos da implantação do PSF sobre o emprego nos distritos sanitários de Belo Horizonte.

A abordagem quantitativa permitiu desenvolver a hipótese de precarização do emprego. Esses achados corroboram as preocupações existentes em relação à precarização do trabalho e do emprego no nível nacional, manifestadas pelo Ministério da Saúde e pelo CONASEMS.

No entanto, vale lembrar que, nos últimos anos, algumas medidas têm sido adotadas no sentido de minimizar o quadro de precarização do trabalho e do emprego no SUS-BH. Pode-se citar, por exemplo, a criação do Centro de Educação em Saúde, em 2005, que tem como objetivo promover cursos de capacitação, especialização e treinamentos para os trabalhadores do SUS-BH, o Tele-Saúde e as Tele-conferências *on line*, projetos que possibilitam discussões contínuas de casos clínicos, entre profissionais da rede básica de atenção e unidades de maior nível de complexidade, e a apresentação e discussão de temas técnicos de importância para o desenvolvimento do trabalho nas unidades de saúde do SUS-BH. Foram realizados três concursos públicos para provimento de cargos da saúde nos anos de 2002 a 2006, e será realizado outro concurso público para o cargo de médico, para preenchimento de vagas remanescentes, no ano de 2007. Todos os contratos administrativos de profissionais de carreiras da saúde estão sendo substituídos em 2007 por trabalhadores concursados. Além disso, foram sancionadas leis, em 2007, que concedem aumentos da remuneração para todos os cargos integrantes do Plano de Cargos e Carreiras da Saúde da Prefeitura Municipal de Belo Horizonte (Lei 9.443, de 18 de outubro de 2007, Lei 9.450, de 13 de novembro de 2007)³⁴.

O conhecimento do perfil do emprego nos DS pode ser um primeiro passo para subsidiar o desenvolvimento de uma política de RH para esse nível de gestão do SUS-BH, coerente com as necessidades do sistema de saúde vigente. Abre-se a perspectiva de novas pesquisas tendo como objeto outros componentes da gestão dos distritos sanitários e sobre o perfil

³⁴ PREFEITURA MUNICIPAL DE BELO HORIZONTE. Edital 02/2007. *Diário Oficial do Município*, Nov. 2007.

ocupacional requerido para os trabalhadores dos distritos. Cita-se, dentre outras, pesquisas sobre o perfil ocupacional dos gerentes distritais de saúde, estudo do perfil do emprego e das características sócio-ocupacionais específicas de cada gerência distrital. Para o futuro, análises aprofundadas sobre as tecnologias gerenciais utilizadas pelos trabalhadores dos DS e suas implicações sobre a prestação de serviços aos usuários do SUS-BH poderiam beneficiar os objetivos do sistema.

Nessa direção, para os distritos sanitários, foco desse trabalho, acredita-se que algumas medidas poderiam ser adotadas para a melhoria do quadro de trabalhadores. Pode-se sugerir o debate nas seguintes linhas, visando construir uma política de recursos humanos: definição do quantitativo de trabalhadores de nível superior e médio e das profissões essenciais na composição das equipes distritais por gerência em função do número e tipo de serviços existentes por DS; salários condizentes com as responsabilidades requeridas e capacitações em tecnologias gerenciais, a fim de instrumentalizar os trabalhadores para a condução da política de saúde no nível distrital.

APÊNDICE

Tabelas com valores absolutos

Tabela 2

Distribuição dos trabalhadores dos Distritos Sanitários por tipo de vínculo - SUS-BH - 2002 a 2006.

Vínculo	Ano				
	2002	2003	2004	2005	2006
Não efetivo	72	140	187	199	292
Efetivo	395	423	439	406	432
Total	467	563	626	605	724

Fonte: Arte-RH - GPAR/ GGTE/SMSA/SUS-BH - 2002-2006

Tabela 3

Distribuição dos trabalhadores dos Distritos Sanitários por sexo - SUS-BH - 2002 a 2006.

Vínculos	Ano									
	2002		2003		2004		2005		2006	
	Masc.	Fem.	Masc.	Fem.	Masc.	Fem.	Masc.	Fem.	Masc.	Fem.
Não Efetivo	35	37	58	82	62	125	59	140	115	177
Efetivo	104	291	100	323	98	341	93	313	102	330
Total por ano	139	328	158	405	160	466	152	453	217	507

Fonte: Arte-RH - GPAR/ GGTE/SMSA/SUS-BH - 2002-2006

Tabela 4

Distribuição dos trabalhadores dos Distritos Sanitários por faixa etária - SUS-BH - 2002 a 2006.

Ano	Vínculo	Faixa etária							Total
		16-20	21-30	31-40	41-50	51-60	61-70	Ignorada	
2002	Não efetivo	15	23	13	8	8	2	3	72
	Efetivo	2	31	134	168	57	3	0	395
	Total	17	54	147	176	65	5	3	467
2003	Não efetivo	19	37	31	14	10	2	27	140
	Efetivo	1	23	129	193	71	5	1	423
	Total	20	60	160	207	81	7	28	563
2004	Não efetivo	29	64	40	17	9	2	26	187
	Efetivo	1	22	119	211	80	5	2	439
	Total	30	86	159	228	89	7	28	626
2005	Não efetivo	33	77	44	21	10	0	14	199
	Efetivo	0	15	85	207	90	7	2	406
	Total	33	92	129	228	100	7	16	605
2006	Não efetivo	40	111	72	36	20	3	10	292
	Efetivo	0	10	80	229	100	12	1	432
	Total	40	121	152	265	120	15	11	724

Fonte: Arte-RH - GPAR/ GGTE/SMSA/SUS-BH - 2002-2006

Tabela 5

Distribuição dos trabalhadores dos Distritos Sanitários por escolaridade - SUS-BH - 2002 a 2006.

Ano	Vínculo	Escolaridade							Total
		1º Grau Incompleto	1º Grau	2º Grau	Superior	Especialização	Mestrado	Ignorado	
2002	Não efetivo	9	20	32	10	0	0	1	72
	Efetivo	16	26	83	176	76	15	3	395
	Total	25	46	115	186	76	15	4	467
2003	Não efetivo	7	17	51	17	1	1	10	104
	Efetivo	15	26	89	183	94	13	3	423
	Total	22	43	140	200	95	14	13	527
2004	Não efetivo	7	64	75	23	1	2	15	187
	Efetivo	12	34	78	202	98	12	3	439
	Total	19	98	153	225	99	14	18	626
2005	Não efetivo	7	61	87	24	2	3	15	199
	Efetivo	12	22	81	190	86	11	4	406
	Total	19	83	168	214	88	14	19	605
2006	Não efetivo	11	82	130	39	2	3	25	292
	Efetivo	10	26	79	213	86	12	6	432
	Total	21	108	209	252	88	15	31	724

Fonte: Arte-RH - GPAR/ GGTE/SMSA/SUS-BH - 2002-2006

Tabela 6

Distribuição dos trabalhadores dos Distritos Sanitários por tempo no serviço público - SUS-BH - 2002 a 2006.

Ano	Vínculo	Tempo no serviço público (anos)						
		menos de 1	1 a 2	3 a 5	6 a 10	mais de 10	Ignorado	Total
2002	Não efetivo	15	12	18	13	6	8	72
	Efetivo	62	17	8	68	229	11	395
	Total	77	29	26	81	235	19	467
2003	Não efetivo	42	15	16	14	4	49	140
	Efetivo	27	64	16	56	245	15	423
	Total	69	79	32	70	249	64	563
2004	Não efetivo	41	34	14	18	9	71	187
	Efetivo	16	75	28	47	253	20	439
	Total	57	109	42	65	262	91	626
2005	Não efetivo	50	59	15	17	11	47	199
	Efetivo	10	31	58	41	245	21	406
	Total	60	90	73	58	256	68	605
2006	Não efetivo	69	108	47	28	14	26	292
	Efetivo	16	23	66	37	278	12	432
	Total	85	131	113	65	292	38	724

Fonte: Arte-RH - GPAR/ GGTE/SMSA/SUS-BH - 2002-2006

Tabela 7

Evolução do poder de compra dos salários dos trabalhadores não efetivos dos distritos sanitários do SUS-BH no período de 2002 a 2006.

Salário nominal (R\$)					Salário real (R\$)					
Ano	Categorias profissionais									
	Médico (20 horas)	Dentista	Técnico de Nível Superior (20 horas)	Agente de Serviço de Saúde (30 horas)	Deflator IPC	Base deflator alterada	Médico (20 horas)	Dentista	Técnico de Nível Superior (20 horas)	Agente de Serviço de Saúde (30 horas)
2002	1364,95	870,00	760,00	400,00	1,0668	1	1364,95	870,00	760,00	400,00
2003	1364,95	870,00	760,00	400,00	1,2537	1,175197	1161,46	740,30	646,70	340,37
2004	1364,95	870,00	760,00	400,00	1,3327	1,249250	1092,62	696,42	608,36	320,19
2005	1364,95	870,00	760,00	400,00	1,3994	1,3117735	1040,54	663,22	579,37	304,93
2006	1364,95	870,00	760,00	400,00	1,4433	1,3529632	1008,86	643,03	561,73	295,65
Redução (%)							-26,09	-26,09	-26,09	-26,09

Fonte: Arte-RH - GPAR/ GGTE/SMSA/SUS-BH e deflator INPC (IPEADATA)

Tabela 8

Evolução do poder de compra dos salários dos trabalhadores efetivos dos distritos sanitários do SUS-BH no período de 2002 a 2006.

Ano	Salário Nominal						salário real			
	Categorias profissionais									
	Médico (20 horas)	Dentista	Técnico de Nível Superior (20 horas)	Agente de Serviço de Saúde (30 horas)	deflator IPC	Base deflator alterada	Médico (20 horas)	Dentista	Técnico de Nível Superior (20 horas)	Agente de Serviço de Saúde (30 horas)
2002	1331,01	936,64	857,44	461,37	1,0668	1	1331,01	936,64	857,44	461,37
2003	1331,01	936,64	857,44	461,37	1,2537	1,175197	1132,58	797,01	729,61	392,59
2004	1464,11	1030,30	943,18	507,50	1,3327	1,249250	1065,45	824,73	755,00	380,81
2005	1464,11	1030,30	943,18	507,50	1,3994	1,311774	1116,13	785,43	755,00	386,88
2006	1763,86	1133,70	1100,00	569,00	1,4433	1,352963	1303,70	837,94	697,12	394,22
Redução (%)							-2,05	-10,54	-18,70	-14,55

Fonte: Arte-RH - GPAR/ GGTE/SMSA/SUS-BH e deflator INPC (IPEADATA)

ANEXOS

Anexo A

Cópia da aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte.



**COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA-SECRETARIA MUNICIPAL DE
SAÚDE DE BELO HORIZONTE (CEP-SMSA/PBH)**

Avaliação de projeto de pesquisa – **Protocolo 054/2006**

Projeto: Condições de Emprego, Condições de Trabalho e Saúde dos Trabalhadores de Saúde"


Pesquisadora: Maria Cristina Ramos de Vasconcellos

Pesquisador Responsável:

- 1) Ada Ávila Assunção (coordenação)
- 2) Soraya Almeida Belisário (coordenação)
- 3) Luciana Souza d'Ávila (Bolsista do Projeto)
- 4) Maria Cristina Ramos de Vasconcellos Coelho (Mestranda / Programa de Pós-graduação em Saúde Pública/UFMG)
- 5) Vivian Patrícia Andrade de Souza (Bolsista do Projeto)
- 6) Juliana da Costa Martins

O projeto acima referido cumpriu os requisitos da resolução 196/96 da CONEP, tendo sido aprovado na reunião do Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte.

O relatório final ou parcial deverá ser encaminhado ao CEP um ano após início do projeto ou ao final desde, se em prazo inferior a um ano.


Celeste de Souza Rodrigues
Coordenadora do CEP-SMSA/PBH

Belo Horizonte, 01 de dezembro de 2006.

Anexo B

Cópia da aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Minas Gerais.

	Universidade Federal de Minas Gerais <i>Comitê de Ética em Pesquisa da UFMG - COEP</i>
--	--

Parecer nº. ETIC 542/07

Interessado(a): Profa. Ada Ávila Assunção
Departamento de Medicina Preventiva e Social
Faculdade de Medicina-UFMG

DECISÃO

O Comitê de Ética em Pesquisa da UFMG – COEP aprovou, no dia 28 de novembro de 2007, o projeto de pesquisa intitulado "**Condições de emprego, condições de trabalho e saúde dos trabalhadores da saúde**" bem como o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

O relatório final ou parcial deverá ser encaminhado ao COEP um ano após o início do projeto.



Profa. Maria Teresa Marques Amaral
Coordenadora do COEP-UFMG

Anexo C

Comprovante de Qualificação

 <p>POS-GRADUAÇÃO SAÚDE PÚBLICA D.M.P.S. - UFMG</p>	<p>Universidade Federal de Minas Gerais Faculdade de Medicina Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública <i>Seminários em Saúde Coletiva</i></p>	 <p>FACULDADE DE MEDICINA UFMG</p>
<p><i>Certificado</i></p>		
<p>Certifico que Maria Cristina Ramos de Vasconcellos coelho participou do <i>Seminários em Saúde Coletiva</i> promovido pelo Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública, apresentando o projeto de dissertação, A gestão dos recursos humanos nos distritos sanitários da Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte: um estudo do perfil dos gerentes e de suas equipes, perante banca examinadora.</p>		
<p>Belo Horizonte, 20 de outubro de 2006.</p>		
<p> Prof. Mark Drew Crosland Guimarães Coordenador do Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública</p>		