

1. INTRODUÇÃO

Com o processo de redemocratização do País, na década de 80, a sociedade civil organizada realizou forte movimento para a universalização do acesso à saúde e o reconhecimento deste princípio enquanto direito do cidadão e dever do Estado. Fruto deste movimento, o Sistema Único de Saúde (SUS) nasceu com a Constituição Federal (CF) de 1988, baseado nos princípios da universalidade, equidade, integralidade, descentralização, regionalização, hierarquização e participação popular (BRASIL, 1990).

Durante aquele processo ocorreu, também, o debate em torno do dimensionamento e desempenho do trabalho em saúde e da ausência de uma política de recursos humanos no setor (SAYD *et al.*, 1998).

A partir da segunda metade da década de 90, com a reforma estrutural do Estado, passou-se a adotar uma política de flexibilização das relações de trabalho inclusive no SUS, com conseqüente precarização do vínculo. Acontecia o processo da descentralização da saúde, onde os municípios apresentaram um crescimento do número de postos de trabalho em saúde, utilizando-se de diversas modalidades de vinculação dos trabalhadores (SILVA e SILVA, 2008).

O Programa de Saúde da Família surge neste momento histórico e os vínculos de trabalho estabelecidos na inserção da maioria dos trabalhadores, é exemplo emblemático da utilização de formas contratuais precárias (VARELA e PIERANTONI, 2008). Para fins de normatização, utilizaremos somente o termo Estratégia de Saúde da Família (ESF).

Considerada estratégia prioritária na reorganização da atenção à saúde no país (BRASIL, 2007a), o estímulo à expansão de cobertura da Saúde da Família pelo Governo Federal (MENDONÇA, 2009) tem acarretado uma expansão do mercado de trabalho para várias categorias profissionais e crescente desafio para a gestão da força de trabalho (PIERANTONI, 2001). A contratação de profissionais capacitados e dedicados ao atendimento a população é ponto fundamental para o fortalecimento da Estratégia Saúde da Família.

No contexto da Gestão do Trabalho no SUS, especificamente no que diz respeito à contratação dos profissionais da equipe de Saúde da Família, verifica-se uma grande precarização das relações de trabalho. Os profissionais ficam sujeitos a diferenças entre

governos que se sucedem no poder, à lei da oferta e da procura e à disputa predatória entre os municípios, o que compromete sua dedicação.

Há autores que afirmam que os vínculos precários, de modo geral e na ESF em especial, estão associados a esta maior susceptibilidade do trabalhador da saúde à instabilidade política e à concorrência danosa entre municípios que possuem dificuldade de fixação do profissional da saúde (CAMPOS *et al.*, 2009), gerando alta rotatividade. Mendes (2002 *apud* BARBOSA e RODRIGUES, 2006) pondera que a insegurança gerada pela contratação temporária está ligada à procura por empregos múltiplos, obstáculo considerável à dedicação em tempo integral necessária na ESF.

A rotatividade dos profissionais, mencionada anteriormente, tem relação direta com os vínculos empregatícios estabelecidos. Dentre os danos causados aos usuários perpassam o rompimento do vínculo entre profissional e população adscrita e a descontinuidade da assistência (LOURENÇO *et al.*, 2009; BARBOSA *et al.*, 2009; BARBOSA e RODRIGUES, 2006; CAMPOS, 2005; MACHADO, 2005; BRASIL, 2004).

Portanto, há indícios de que as formas de contratação não-estáveis contrariam a filosofia da ESF e seus princípios ordenadores (CAMPOS *et al.*, 2009; BARBOSA *et al.*, 2009), o que justifica o aprofundamento de estudo sobre o tema.

Com este trabalho, pretende-se contribuir com a reflexão acerca deste desafio trazido por uma nova ordem mundial, ou seja, a precarização do trabalho e sua possível influência no desenvolvimento da Estratégia de Saúde da Família e, conseqüentemente, na consolidação do SUS.

2. METODOLOGIA

Foi realizada uma revisão narrativa da literatura sobre o tema precarização do trabalho, com foco específico nos vínculos ou formas de contratação utilizadas pelos municípios na inserção dos profissionais de saúde na Estratégia de Saúde da Família. De acordo com Rother (2007) a revisão narrativa é uma forma de pesquisa que utiliza “de fontes de informações bibliográficas ou eletrônicas para obtenção de resultados de pesquisas de outros autores, com o objetivo de fundamentar teoricamente um determinado objetivo”, sem necessidade de explicitação detalhada da metodologia de busca. Ainda segundo a autora, este tipo de pesquisa permite “adquirir e atualizar o conhecimento sobre uma temática específica em curto espaço de tempo” (ROTHER, 2007), o que responde ao propósito deste estudo.

A Biblioteca Virtual de Saúde (BVS) foi utilizada como base de dados preferencial. Além da BVS, também foi realizada busca nas publicações do Ministério da Saúde, da Rede de Observatório de Recursos Humanos em Saúde e do Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS). Utilizou-se na consulta as seguintes palavras-chave: precarização do trabalho; flexibilização do trabalho; recursos humanos em saúde e saúde da família. Foram considerados estudos e outros documentos publicados em português, no período compreendido entre 1998 a 2009.

3. ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE E ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA

A Conferência de Alma-Ata sobre Cuidados Primários de Saúde, em 1978, foi um marco internacional na questão da equidade em saúde e da atenção primária, considerada primeiro elemento do processo de atenção continuada à saúde.

No Brasil, o termo adotado pelo Ministério da Saúde foi atenção básica em saúde (BRASIL, 2007a). A Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) define por Atenção Básica:

[...] um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrangem a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde. É desenvolvida por meio do exercício de práticas gerenciais e sanitárias democráticas e participativas, sob forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios bem delimitados, pelas quais assume a responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações. Utiliza tecnologias de elevada complexidade e baixa densidade, que devem resolver os problemas de saúde de maior frequência e relevância em seu território. É o contato preferencial dos usuários com os sistemas de saúde. Orienta-se pelos princípios da universalidade, da acessibilidade e da coordenação do cuidado, do vínculo e continuidade, da integralidade, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social. (BRASIL, 2007a, p.12).

Na organização da atenção básica, experiências exitosas de alguns municípios brasileiros como Montes Claros-MG, Londrina-PR e Campinas-SP fundamentaram as bases conceituais, técnicas e ideológicas do Programa dos Agentes Comunitários de Saúde (PACS), criado em 1991, e do Programa de Saúde da Família (criado em 1994) (SOUSA e HAMANN, 2009). O Piso de Atenção Básica, que repassa recursos federais de forma *per capita* aos municípios, alterou a lógica do pagamento por produção que dava ênfase ao financiamento da doença (SOUSA e HAMANN, 2009). Sua implantação, em 1998, funcionou como incentivo para expansão acelerada da adesão dos municípios às estratégias PACS e ESF (MENDONÇA, 2009; SOUSA e HAMANN, 2009).

O Ministério da Saúde reconheceu, em 1998, a Saúde da Família como estratégia prioritária para organização da Atenção Básica. As equipes de Saúde da Família são compostas por, no mínimo, médico, enfermeiro, auxiliar de enfermagem ou técnico de enfermagem e agentes comunitários de saúde (ACS), responsáveis por uma população

adscrita de, em média, 3.000 habitantes, cumprindo jornada de trabalho de quarenta horas semanais (SOUSA e HAMANN, 2009). Apenas em 2001, foram incorporadas equipes de saúde bucal (ESB) à ESF com o objetivo de melhorar o acesso e os índices de saúde bucal da população brasileira. Duas modalidades de ESB foram definidas: modalidade I (um cirurgião-dentista e um atendente de consultório dentário) e modalidade II (um cirurgião-dentista, um atendente de consultório dentário e um técnico em higiene dental) (LOURENÇO *et al.*, 2009). Ao final de 1994 eram 328 ESF e 29 mil ACS atuando no Brasil; em junho de 2009, alcançou-se 29.545 ESF, 229.066 ACS, 18.049 ESB (BRASIL, 2009).

Por outro lado, Campos *et al.*(2002) atribuem o atraso encontrado na implantação do PSF em municípios com mais de 500 mil habitantes à inadequação da formação pregressa dos profissionais de saúde ao novo modelo, à infraestrutura humana e financeira previamente instalada e à presença de problemas decorrentes da urbanização (áreas de risco como favelas, onde há forças paralelas de poder e condições inadequadas de saneamento e moradia). Pensando no enfrentamento desta realidade, desde 2003, o Ministério da Saúde executa o Projeto de Expansão e Consolidação da Saúde da Família (Proesf) para estimular a reorientação do modelo de atenção nos grandes centros urbanos (SOUSA e HAMANN, 2009).

Em 2006, foi instituído o Pacto pela Saúde a fim de aumentar a eficiência e qualidade do SUS. O Pacto estabelece reformas institucionais no SUS e redefine as responsabilidades dos gestores em função das necessidades de saúde da população. No que se refere à implantação da Política Nacional de Atenção Básica, ampliou o escopo da atenção básica e reafirmou a Saúde da Família enquanto estratégia prioritária, recomendando o aumento gradativo das equipes (BRASIL, 2007a).

Com o intuito de ampliar a capacidade resolutiva e a qualidade da atenção básica, em 2008, foi criado o Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), constituído por profissionais de diferentes áreas do conhecimento para atuar em parceria com os profissionais da equipe de Saúde da família (MENDONÇA, 2009).

No mesmo ano merece destaque a publicação do relatório anual da Organização Mundial de Saúde (OMS), “Atenção Primária à Saúde – agora mais do que nunca”, onde há menção de que o Programa Saúde da Família e os Observatórios de Recursos Humanos em Saúde brasileiros são ações bem-sucedidas a serem seguidas por outros países. Segundo a OMS, os Observatórios fornecem pesquisas e sistematização de informações

que subsidiam a formulação de políticas de saúde, iniciativa que apresenta bons resultados. Os autores do relatório aconselham que os sistemas de saúde tenham a população como foco (MENDONÇA, 2009; WHO, 2008).

No modelo brasileiro, a Estratégia Saúde da Família tem peculiaridades. Além de se basear nas idéias internacionais de Atenção Primária à Saúde (APS) e integralidade da atenção à saúde, pressupõe o trabalho multiprofissional com uma equipe formalmente instituída (CAMPOS *et al.*, 2002). Outros princípios importantes do PSF são: adscrição de clientela, territorialização, diagnóstico situacional de saúde da população e planejamento baseado na realidade local (MENDONÇA, 2009).

Países que adotaram a APS apresentam melhores resultados em saúde, como menor número de hospitalizações, menor número de consultas para determinado problema, menor quantidade de exames complementares, menores custos, além da maior possibilidade de ações de prevenção, maior adesão aos tratamentos, maior satisfação dos usuários e maior equidade (MENDONÇA, 2009; WHO, 2008). No Brasil, segundo o Ministério da Saúde (Nota Técnica, 2009), pesquisas apontam que com a ESF houve melhoria da saúde materno-infantil com redução da mortalidade infantil e da desnutrição protéico-calórica, redução do número de gestantes sem pré-natal, ampliação da oferta de exames preventivos de câncer de colo de útero, aumento da cobertura de aleitamento materno; promoção da equidade; aumento da cobertura vacinal; redução de internações hospitalares por condições sensíveis à Atenção Primária à Saúde e aumento na oferta de procedimentos odontológicos (MENDONÇA, 2009).

No entanto, a APS e ESF também possuem suas fragilidades. Apesar da ESF ter como objetivo a substituição ou conversão do modelo tradicional de assistência à saúde - hospitalocêntrico, com atendimento da demanda espontânea, eminentemente curativo - observa-se que este co-existe com o novo modelo preconizado de promoção da saúde. As Redes de Atenção à Saúde ainda são desarticuladas, com dificuldades no funcionamento do sistema de referência e contra-referência. Os recursos orçamentários da atenção especializada superam os da APS, uma inversão da lógica global de financiamento do sistema. As equipes da ESF deparam-se por vezes com uma infraestrutura material deficiente e inadequada e sobrecarga no atendimento clínico, que dificulta o planejamento e a avaliação do processo de trabalho (MENDONÇA, 2009; SOUSA e HAMANN, 2009; CONASS, 2009).

Uma das possíveis causas da sobrecarga e da dificuldade do planejamento reside na fragilidade apontada pelos gestores pela elevada rotatividade dos profissionais da equipe, em especial o médico, ausente em um número significativo de equipes. A falta de profissionais com formação e perfil adequados para realizar a atenção integral à saúde do indivíduo tem sido consensual. (MENDONÇA, 2009; SOUSA e HAMANN, 2009; CONASS, 2009; CAMPOS *et al.*, 2002).

4 GESTÃO DO TRABALHO EM SAÚDE: UM HISTÓRICO

Na década de 90, duas agendas distintas e contraditórias aconteceram simultaneamente. Por um lado, o arcabouço do SUS estava sendo construído, com a descentralização da atenção à saúde e o conseqüente aumento da força de trabalho do setor público da saúde nos estados e municípios; por outro, ocorria o movimento de redução dos gastos do Estado representado pela Reforma Administrativa (KOSTER, 2008). Para o mercado de trabalho brasileiro, a década de 90 foi de desemprego, flexibilização do mercado e aumento do trabalho informal. Na área da saúde, a reforma também exigia o aumento da eficiência e a redução dos custos. Como a maior parte dos custos encontrava-se nas despesas com pessoal, para equacionar o problema, houve ausência de investimento em capacitação e treinamento, e a adoção de relações trabalhistas precárias (KOSTER, 2008; BARBOSA e RODRIGUES, 2006; DAL POZ, 2002). Machado (2005, p. 277) afirma que “sem dúvida, a década de 90 pode ser denominada década perdida para os recursos humanos em saúde”.

Uma peculiaridade observada no setor saúde foi o fato da incorporação tecnológica não ter acarretado redução dos postos de trabalho, mas sim um aumento da demanda por novas ocupações (VARELLA e PIERANTONI, 2008; MACHADO, 2005; SAYD *et al.*, 1998). Portanto, houve um crescimento do emprego, sendo o SUS considerado seu propulsor. Em 1980, eram cerca de 570 mil empregos; em 2005, o número ultrapassava 2,5 milhões (CAMPOS *et al.*, 2009).

Segundo Campos, Machado, Girardi (2009), nas décadas de 1980 e 1990, houve também uma proliferação do número de municípios no Brasil; em 50 anos, o número dobrou. Porém, esta proliferação não foi acompanhada do desenvolvimento econômico e social sustentável nesta esfera de governo, afetando as formas de inserção dos profissionais de saúde no processo de descentralização/municipalização do SUS, que ocorreu no início dos anos 90 (CAMPOS *et al.*, 2009). Em 1980, as Secretarias Municipais de Saúde eram responsáveis pelos vínculos de trabalho de 16,2% da força de trabalho do serviço público de saúde; vinte e cinco anos depois, este número saltou para 68,8%. A pesquisa “Perfil dos Médicos e Enfermeiros de Saúde da Família no Brasil” evidenciou que cerca de 70% dos municípios com equipes de Saúde da Família possuíam menos de 50 mil habitantes (MACHADO, 2000 *apud* CAMPOS *et al.*, 2002).

No que concerne à evolução histórica da construção de uma política voltada para a área de recursos humanos em saúde, a 8ª. Conferência Nacional de Saúde (1986) pode ser tomada como um marco. Foram apontadas questões como estabilidade no serviço público, remuneração e concurso para o trabalhador da saúde. Estas propostas foram melhor sistematizadas na 1ª Conferência Nacional de Recursos Humanos para a Saúde (CNRHS) que ocorreu no mesmo ano (CONASS, 2009; BRASIL, 2005a).

Os temas discutidos na 1ª CNRHS são ainda hoje problematizados: a desigualdade nas condições de inserção no mercado de trabalho, a distribuição geográfico-espacial dos recursos humanos, a composição das equipes de saúde, a valorização do profissional e a formação de recursos humanos para a área da saúde (SAYD *et al.*, 1998).

Na década de 90, a Lei 8.080/90 dispõe sobre a política de recursos humanos em saúde no art. 27, afirmando que é formalizada e executada, articuladamente, pelas diferentes esferas de governo (BRASIL, 1990). No entanto, somente seis anos mais tarde, a partir da 10ª Conferência Nacional de Saúde, a Comissão Intersetorial de Recursos Humanos do Conselho Nacional de Saúde iniciou a elaboração dos “Princípios e Diretrizes para a Norma Operacional Básica de Recursos Humanos para o SUS (NOB/RH-SUS)”. Em novembro de 1998, a primeira versão do documento foi divulgada pelo Conselho Nacional de Saúde e colocada em discussão entre vários especialistas convidados, na “Oficina Nacional de Trabalho sobre Recursos Humanos para o SUS”. A segunda versão foi publicada em maio de 2000, considerada instrumento de debate da Política Nacional de Recursos Humanos para o SUS (BRASIL, 2005a).

Sete meses depois, a 11ª. Conferência Nacional de Saúde aprovou esse documento (BRASIL, 2005a), porém poucos resultados foram alcançados; o período era de flexibilização das relações, terceirização de serviços e *laissez-faire* na abertura de novos cursos na área da Saúde, princípios contrários aos preconizados pelo SUS e pelo projeto da Reforma Sanitária (MACHADO, 2005).

Em 2003, o Plenário do Conselho Nacional de Saúde deliberou a aplicação dos “Princípios e Diretrizes para a Norma Operacional Básica de Recursos Humanos para o SUS (NOB/RH-SUS)” (Resolução CNS nº 330). A 12ª. Conferência Nacional de Saúde, no mesmo ano, reiterou aos gestores das três esferas de governo a imediata adoção dos princípios fixados neste documento com o intuito de reconhecer e valorizar o trabalhador, contribuir efetivamente para a criação de vínculo entre o trabalhador e os serviços de saúde pública e consolidar o SUS (BRASIL, 2005a).

Segundo a NOB/RH-SUS, a Gestão do Trabalho no SUS é considerada como

a gestão e a gerência de toda e qualquer relação de trabalho necessária ao funcionamento do Sistema, desde a prestação dos cuidados diretos à saúde dos seus usuários até as atividades – meio necessárias ao seu desenvolvimento. Inclui as ações de gestão/administração em geral do trabalho; de desenvolvimento do trabalhador para o SUS; de saúde ocupacional para o trabalhador do SUS; de controle social da Gestão do Trabalho no SUS, dentre outras (BRASIL, 2005a, p.31).

Em 2003, destaca-se a criação da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde no âmbito do Ministério da Saúde, quando o gestor federal assume o papel de formular políticas orientadoras da gestão, formação, qualificação e regulação dos trabalhadores de saúde no Brasil, área considerada crítica para a sustentabilidade da ESF e do SUS.

Dentre as ações desenvolvidas pelo Ministério da Saúde está o Programa Nacional de Desprecarização do Trabalho no SUS – Desprecariza-SUS, que busca soluções para enfrentar a precarização dos vínculos de trabalho nas três esferas governamentais. Para formulação de políticas e diretrizes com o mesmo intuito, foi criado o Comitê Nacional Interinstitucional de Desprecarização do Trabalho no SUS (Portaria n° 2.430, de 23 de dezembro de 2003). O Comitê classifica-se como um fórum de discussão de natureza colegiada; dentre seus objetivos, podemos citar: realizar levantamento das formas de precarização do trabalho no SUS, indicar as formas legais de contratação e induzir nova concepção de relações estáveis de trabalho no SUS que erradique os vínculos precários e valorize o trabalhador (BRASIL, 2006). Neste foram produzidos documentos de contribuição significativa sobre o tema. As ações supracitadas do Ministério da Saúde mostram seu comprometimento com a reversão do quadro deste tema no SUS (KOSTER, 2008).

A cronologia resumida das políticas de recursos humanos em saúde no Brasil, após 1967, apresenta-se sistematizada no Quadro 1 (MACHADO *et al.*, 1992 *apud* MACHADO, 2005).

QUADRO 1 – Cronologia das políticas de Gestão do Trabalho em Saúde no Brasil

Período	Contexto da Política de Saúde	Características
1967 - 1974	Período de assistência previdenciária, desenvolvida pelas caixas de assistência.	Incentivo à formação profissional de nível superior principalmente; Estratégia de expansão dos empregos no setor privado especialmente através do financiamento público; Incremento da contratação de médicos e atendentes de enfermagem com reforço a bipolaridade médico/atendente; Incentivo a hospitalização /especialização da assistência à saúde.
1975 - 1986	Unificação das Caixas de assistência previdenciária – INAMPS.	1975-1984 – dispositivos institucionais para reversão do quadro existente; 1984-1986 – aumento da participação do setor público na oferta de serviços ambulatoriais e hospitalares; Aumento da formação do pessoal técnico e sua incorporação das equipes de saúde; Aumento de pessoal atuante da rede ambulatorial.
1987- ...	Movimento de Reforma Sanitária. Criação do SUS após a Constituição Federal de 1988.	Mudanças estruturais no sentido da Reforma Sanitária, marcada pelo processo de descentralização da assistência, e conseqüentemente dos recursos humanos atuantes; Reversão do quadro de pessoal concentrado na esfera federal para a municipal.
1990- ...	Processo de implantação do SUS pautado nos princípios da reforma sanitária.	Inversão da lógica dos recursos humanos preconizada na Reforma Sanitária como peça-chave para a consolidação do SUS devido à adoção dos preceitos neoliberais da Reforma do Estado.
2003- ...	Avanço do processo de implantação do SUS, com ênfase na descentralização do sistema.	Retorno aos princípios da saúde como um bem público assim como os trabalhadores deste setor; Mudança positiva nas políticas de recursos humanos acompanhada pela criação da Secretaria de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde.

Fonte: KOSTER, 2008. Modificado para fins desta monografia.

5. PRECARIZAÇÃO E FORMAS DE CONTRATAÇÃO NO SUS

A definição do que seja trabalho precário é diversificada. Nogueira, Baraldi, Rodrigues (2004) relataram três principais conceituações. Uma diz respeito à “desproteção social do trabalho”, onde certos direitos ou benefícios trabalhistas não estão assegurados como a licença maternidade, as férias anuais, o décimo terceiro salário, a aposentadoria, dentre outros. O segundo entendimento, além de considerar a mesma situação anterior, acrescenta a extensão temporal dos contratos (duração curta ou bem delimitada). Por último, sem abarcar as outras definições, refere-se às situações onde os empregos são facilmente destruídos pela falta de vigor e competitividade do setor econômico que os gera, definido por Girardi *et al.* (2007, p. 10) como “associado a condições de trabalho de determinados setores que criam vulnerabilidade social para os trabalhadores aí inseridos”. A Organização Internacional do Trabalho (OIT) adota este último.

Os autores afirmam ainda que

a forma predominante de trabalho irregular no setor público é aquela que decorre da contratação sem obediência ao requisito constitucional de concurso ou seleção pública, qualquer que seja a modalidade de remuneração adotada pelo gestor, usando os recursos públicos de que dispõe (NOGUEIRA *et al.*, 2004, p. 12-13).

O Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS) e o Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS) entendem que “trabalho precário está relacionado aos vínculos de trabalho no SUS que não garantem os direitos trabalhistas e previdenciários consagrados em lei, seja por vínculo direto ou indireto”, ressaltando que mesmo no vínculo indireto, é necessário garantir o processo seletivo (BRASIL, 2006).

Neste estudo, adotou-se o entendimento proposto pelas entidades sindicais que representam os trabalhadores do SUS no Comitê Nacional Interinstitucional de Desprecarização no Trabalho no SUS. Estas entidades apontam que, além da desproteção citada, a ausência de concurso público ou processo seletivo público para cargo permanente ou emprego público no SUS também caracterizam trabalho precário (BRASIL, 2006).

Em pesquisa realizada em 2002, com gestores e entidades representantes dos trabalhadores, 26,8% disseram acreditar que a terceirização seria a via principal de acesso

para os trabalhadores dos SUS nos próximos anos; outros 8,5% apontaram os contratos temporários e precários (NOGUEIRA, 2002).

Em 2003, no Seminário Nacional sobre Políticas de Desprecarização das Relações de Trabalho no SUS, especulou-se que em torno de 800 mil trabalhadores possuíam vínculo precário de trabalho, ou seja, 40% da força de trabalho do setor público de saúde na época (BRASIL, 2010).

A publicação do CONASS, “Gestão do Trabalho na Saúde” (CONASS, 2007, p. 27-28), descreve os vínculos identificados no SUS. Como formas diretas de contratação dos profissionais do SUS, citaram:

- **Servidor estatutário** – vínculo com a administração do estado, ingresso por concurso público, em Regime Jurídico Único.
- **Servidor celetista** – subordinado a CLT, contrato por prazo indeterminado para exercício na administração direta, autárquica e fundacional.
- **Regime especial/Contratos temporários** – Lei nº. 8745/93, nos termos da Constituição Federal de 1988, art.37, o contrato temporário não exige concurso, atende às excepcionalidades de interesse público (por exemplo: calamidades, epidemia, vacinação em massa); servidores regidos pela CLT e Regime Geral da Previdência Social.
- **Regime especial/Cargos comissionados** – nomeados livremente pelas autoridades para exercício de cargos comissionados; não são servidores efetivos.

Como formas de contratação indireta (CONASS, 2007, p. 28-31), citaram:

- **Terceirização** – a) intermediação de mão-de-obra/força de trabalho terceirizada, administração por um agente externo, mas comando do processo de trabalho através de um contratante na rede própria do SUS; b) terceirização de serviços, podendo envolver contrato de gestão/força de trabalho terceirizada, executa serviços especificados em unidades assistenciais “cedidas” pelo contratante.
- **Cooperativas** – a) fornecedoras de trabalho na prestação de serviços de saúde, onde o Ministério Público entende ferir direitos trabalhistas b) “gerenciadoras”, fornecem a força de trabalho e gerenciam uma ou mais unidades de saúde da rede do SUS; criticadas pelos gestores por interferirem na sua governabilidade.
- **Trabalho vinculado indiretamente por meio de Organizações Sociais** – Lei nº. 9.637/98, parte das mudanças legais decorre da Plataforma de Reforma Administrativa de Estado de 1995. São associações civis sem fins lucrativos que

inovam a gestão pública por definirem-se como entes públicos não-estatais criados para absorver atividades estatais “publicizáveis” (retiradas da administração direta) e administrar bens e equipamentos do Estado. Atuam nas seguintes áreas: ensino, pesquisa científica e desenvolvimento tecnológico, proteção e preservação do meio ambiente, cultura e saúde.

- **Contratos de gestão com Organizações Civas de Interesse Público** – Lei nº. 9790/99, uma Organização Não Governamental – ONG, integrante do terceiro setor e voltadas para atividades de interesse público; uma organização da sociedade civil criada pela iniciativa privada que estabelece termos de parceria com o poder público ao comprovar certos requisitos. Há maior flexibilidade para a gestão de recursos humanos, uma vez que sua regulamentação prevê a disponibilização de força de trabalho para a execução de programas de interesse público (incluindo os serviços de saúde).
- **Trabalho vinculado indiretamente por meio de entidades filantrópicas e fundações privadas** – Art. 199 da CF, consideradas parceiras do SUS através de contrato de direito público ou convênio, podendo participar de convênios de delegação completa de serviços para atendimentos a pacientes ou mesmo terceirização exclusiva da força de trabalho de programas como a ESF.

Sobre a forma de contratação indireta no SUS, algumas considerações merecem destaque. Em 1997, foi publicado o Decreto-Lei 2.271/97, que detalha alguns dos serviços passíveis de serem executados por terceiros na Administração Pública Federal; e proíbe a contratação de serviços para execução indireta de atividades características de categorias funcionais que constituem Plano de Cargos do órgão.

Art. 1º No âmbito da Administração Pública Federal direta, autárquica e fundacional poderão ser objeto de execução indireta as atividades materiais acessórias, instrumentais ou complementares aos assuntos que constituem área de competência legal do órgão ou entidade.

§ 1º As atividades de conservação, limpeza, segurança, vigilância, transportes, informática, copeiragem, recepção, reprografia, telecomunicações e manutenção de prédios, equipamentos e instalações serão, de preferência, objeto de execução indireta.

§ 2º Não poderão ser objeto de execução indireta as atividades inerentes às categorias funcionais abrangidas pelo plano de cargos do órgão ou entidade, salvo expressa disposição legal em contrário

ou quando se tratar de cargo extinto, total ou parcialmente, no âmbito do quadro geral de pessoal. (BRASIL, 1997).

Neste mesmo sentido, a Decisão do Tribunal de Contas do Estado de Pernambuco nº. 1134/04, de 11 de agosto de 2004, expressa que

a terceirização somente se mostra admissível na Administração Pública quando se tratar de "atividade-meio", por sua própria natureza (tais como: vigilância, limpeza, conservação, transporte, informática, copeiragem, recepção, reprografia, telecomunicação, instalação e manutenção de prédios públicos), e não constar aquela atividade, ou função equivalente, no plano de cargos da entidade, sendo necessária a ocorrência das duas situações [...] As empresas de locação de mão-de-obra, cooperativas de trabalho, ou mesmo entidades sem fins lucrativos, não podem invadir áreas de atividades onde a terceirização seria inadmitida, seja porque respeitam aos serviços sociais do Estado responsáveis pelos serviços públicos essenciais, seja porque não se poderia furtar à exigência do concurso público, em face da existência de cargos permanentes na estrutura administrativa com as mesmas atribuições das atividades terceirizadas, ainda que meramente acessórias (e.g.: gari, segurança, merendeira e motorista) (PERNAMBUCO, 2004)

Outro ponto relacionado às formas de contratação diz respeito aos agentes comunitários de saúde. Em 2002, no contexto político de flexibilização do Estado, o Ministério da Saúde publicou o texto “Modalidade de contratação dos Agentes Comunitários de Saúde” com orientações que corroboravam para precarização do trabalho, admitindo a vinculação dos ACS por formas indiretas (contrato, convênio ou termo de parceria com entidades privadas). O Ministério Público do Trabalho, em 2003, considerou que as formas utilizadas pelos municípios produziam relações precárias. No intuito de oferecer base legal para inserção do ACS e disciplinar sua forma de contratação, em fevereiro de 2006, foi promulgada a Emenda Constitucional nº 51 (EC 51), que estabeleceu Processo Seletivo Público como mais uma forma de ingresso dos ACS no serviço público, regulamentada pela Lei nº 11.350, de 5 de outubro de 2006. Com o intuito de orientar os gestores estaduais e municipais, o Comitê Nacional Interinstitucional de Desprecarização do Trabalho no SUS desenvolveu o manual “Orientações gerais para elaboração de editais – processo seletivo público: agentes comunitários de saúde e agentes de combates às endemias” (BRASIL, 2007b).

No final de 2007, houve um aumento dos incentivos repassados aos municípios por agente em atividade, na ordem de 40%. O intuito era incentivar a formalização dos vínculos trabalhistas dos ACS, considerando o alto índice de informalidade. Lima e

Cockell (2008/2009) acreditam que a maioria dos ACS não tem acesso a direitos vinculados ao contrato de trabalho regular, apesar da crescente formalização dos contratos.

Finalizando, é importante ressaltar que a flexibilização dos vínculos de trabalho no SUS tem sido justificada pelos gestores como consequência das restrições legais da Lei de Responsabilidade Fiscal (2000), que regulou os limites máximos da despesa de pessoal (ativo e inativo), sendo na esfera municipal de até 60% da Receita Corrente Líquida. Os gastos com terceirização não são calculados como despesa com pessoal. A limitação imposta é tida como complicadora na expansão da força de trabalho para cumprimento das necessidades de expansão da cobertura dos serviços de saúde, especialmente dos programas como Saúde da Família. (CONASS, 2009; KOSTER, 2008; SILVA e SILVA, 2008; BARBOSA e RODRIGUES, 2006)

6. ESTUDOS SOBRE VÍNCULOS TRABALHISTAS NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA

A precariedade dos vínculos de trabalho na Estratégia Saúde da Família tem sido considerada como uma fragilidade do processo, sugerindo que “vínculos empregatícios estáveis e legalmente protegidos favorecem a adesão de profissionais e a formação de vínculos com as comunidades” (BRASIL, 2005b, p. 202). Pesquisa realizada pelo Departamento de Atenção Básica/ Ministério da Saúde (DAB/MS), em 2002, mostrou que entre 20 e 30% de todos os profissionais das equipes (exceto técnico de higiene dental) possuíam vínculos trabalhistas precários (BRASIL, 2004).

No estudo “Saúde da Família: Avaliação da Implementação em Dez Centros Urbanos” (2005), o vínculo de trabalho precário foi o ponto mais discutido pela categoria médica, e também criticado pelos enfermeiros. Gestores entrevistados acreditavam que os profissionais não são formados com perfil adequado para a ESF. Com isto, a seleção pública simplificada possibilitava elaborar esse perfil, enquanto o concurso público engessava a composição do quadro funcional. Alguns disseram reconhecer a estratégia como não consolidada (BRASIL, 2005b).

Estudos demonstram que os municípios brasileiros utilizam várias modalidades de contratos para inserção dos profissionais de saúde das equipes. Em seguida, eles são apresentados em três seções, segundo entidades responsáveis: pesquisas do Núcleo de Educação em Saúde Coletiva, pesquisas do Departamento de Atenção Básica e outras pesquisas.

6.1. Pesquisas da Estação de Trabalho da Rede Observatório de Recursos Humanos/ Núcleo de Educação em Saúde Coletiva

Em novembro e dezembro de 2001, a Estação de Trabalho da Rede Observatório de Recursos Humanos/ Núcleo de Educação em Saúde Coletiva/ Universidade Federal de Minas Gerais realizou a pesquisa “Agentes Institucionais e Modalidades de Contratação de Pessoal do Programa de Saúde da Família no Brasil”. Por meio de Entrevistas Telefônicas Assistidas por Computador (ETAC), analisou-se uma amostra de 759 dos 3.225 municípios brasileiros que haviam implantado o PSF até outubro de 2001. As categorias profissionais

avaliadas foram: médicos, dentistas, enfermeiros, auxiliares de enfermagem, auxiliares de dentistas e ACS. No levantamento das modalidades de contratação dos profissionais do PSF, agregou-se as seguintes categorias: temporário, autônomo, empregado CLT, estatutário/ Regime Jurídico Único e outras modalidades. Constatou-se que, de maneira geral, as formas de contratação temporária de trabalho e o vínculo de prestação de serviços predominam sobre as demais formas de contrato, com 2/3 de vínculos precários. Os vínculos precários de trabalho dos médicos eram de 70%, apenas 16% dos municípios contratavam via CLT, menos de 10% como estatutário e 2,5% como servidores públicos não efetivos. No caso dos ACS, há um maior grau de formalização nas contratações: 23% em regime celetistas, 14% estatutários. Em relação à distribuição regional, os contratos temporários e de prestação autônoma de serviços são mais prevalentes na Região Nordeste, Norte e Centro-Oeste. Na Região Sul, a contratação direta de profissionais em regime celetista pelas prefeituras é mais citada e, em menor escala, na Região Sudoeste, onde o regime estatutário também se destaca. Em relação à terceirização dos profissionais, as Regiões Sul e Sudeste a utilizam com maior intensidade; enquanto, nas demais regiões, prevalece a contratação direta pelo poder público municipal (GIRARDI e CARVALHO, 2003).

Cinco anos após a pesquisa supracitada, a Estação de Trabalho da Rede Observatório de Recursos Humanos/ Núcleo de Educação em Saúde Coletiva/ Universidade Federal de Minas Gerais realizou nova pesquisa: “Qualidade do Emprego no Programa de Saúde da Família - PSF”. Foram mantidos os 668 municípios anteriormente estudados e acrescidos novos 187, com o uso de metodologia semelhante. As categorias profissionais avaliadas foram: médicos, dentistas, enfermeiros, técnicos de enfermagem e ACS. As modalidades de contratação foram analisadas com a seguinte categorização: regime estatutário, contrato regido pela CLT, contrato temporário e prestador de serviço/autônomo/pessoa física. Constatou-se que o contrato temporário é o tipo de vínculo mais utilizado para as categorias profissionais pesquisadas (exceto técnicos de enfermagem). O regime estatutário (com exceção dos ACS), bem como o contrato regido pela CLT são mais utilizados na medida em que o porte populacional aumenta, ao contrário da predominância da utilização do contrato temporário. No que se refere à distribuição regional, o regime estatutário foi mais utilizado pelas prefeituras nas Regiões Norte e Sul; o regime estatutário, na região Sudeste (com exceção dos dentistas e ACS); o contrato temporário, na Região Nordeste e, na Região Centro-Oeste, houve maior

utilização da categoria prestador de serviço/autônomo/pessoa física. (GIRARDI *et al.*, 2007).

Ao compararmos dados destas pesquisas desenvolvidas pelo NESCON/UFMG (Tabela 2), é possível observar que, apesar de o Contrato Temporário ser o tipo de vínculo mais utilizado para praticamente todas as categorias, houve uma redução considerável (exceção à categoria dentista). Em contraposição, os contratos regidos pelo regime estatutário e pela CLT apresentaram acréscimo percentual (neste, nova exceção à categoria dentista).

Modalidade profissional	Estatutário		CLT		CT		PS/PF		OUTROS		
	ANO	2001	2006	2001	2006	2001	2006	2001	2006	2001	2006
Médico		11,4	13,9	11,8	17,4	62,7	47,5	5,1	13,1	9,0	8,0
Enfermeiro		14,4	21,7	13,3	17,7	59,2	44,6	4,9	15,3	8,3	0,6
Dentista		19,1	21,9	19,9	14,9	24,1	41,0	17,4	11,1	19,5	11,1
Téc/aux ENF		33,1	39,3	14,8	19,1	43,3	31,9	2,2	7,0	6,6	2,8
ACS		20,6	19,1	7,6	28,2	58,5	37,5	7,1	10,7	6,2	4,4

TABELA 2 - Comparativo dos percentuais da utilização de modalidades de contratação de profissionais em 2001 e 2006, segundo categoria profissional da equipe de Saúde da Família, Brasil

Fonte: GIRARDI *et al.*, 2007. Adaptado para fins desta monografia.

Nota: CLT: contrato regido pela Consolidação das Leis Trabalhistas; CT: contrato temporário; PS/PF: prestador de serviço/pessoa física.

6.2. Pesquisas do Departamento de Atenção Básica/Ministério da Saúde

No período de junho de 2001 a agosto de 2002, o Departamento de Atenção Básica/Ministério da Saúde (DAB/MS) realizou pesquisa para o monitoramento da implantação e funcionamento das equipes de Saúde da Família; 13.501 equipes de Saúde da Família e 2.588 de saúde bucal foram visitadas, em 3.778 municípios. Averiguou-se que os vínculos com os médicos, em relação ao total das equipes, eram de: 34,3% contratos temporários, 15,5% prestação de serviços (somadas a outras formas como bolsa, contrato informal e contrato verbal alcançaram um valor de 18,1%); 12,2% estatutários e 13,2% em regime de CLT. Totalizou-se, assim, 25,4% de contratações estáveis. A situação dos enfermeiros foi semelhante, onde em 33,6% das equipes o contrato era temporário, 14%

por prestação de serviço (que somavam quase 25,7% junto às outras formas de contratação informal), 15,2% estatutários e 13,4% em regime de CLT (somando 28,6% de contratações estáveis). Quanto aos cirurgiões-dentistas, 32,9% tinham contratos temporários; 29,2% eram contratos por modalidades precárias ou informais de vínculo trabalhista e 28,8% por contratações estáveis. Entre os auxiliares de enfermagem, vínculos mais estáveis de trabalho foram mais frequentes, apresentando um percentual de 45,9%, mas 27,0% tinham contrato temporário e 18,6% contratos precários de trabalho. E os ACS possuíam em 30,2% das equipes contrato temporário, 29,7% por prestação de serviços ou formas de contratação informais e 23,5% por meio da CLT. Os técnicos de higiene dental, por sua vez, apresentaram a maior porcentagem de vínculos estáveis (celetista ou estatutário) em 66,5% das equipes, e, em contrapartida, 22,9% com contratos temporários. Por fim, os auxiliares de consultório dentário apresentavam 28% contrato temporário, 19,1% contratados por meio de prestação de serviços ou contratos informais e 45% com vínculos estáveis (BRASIL, 2004).

A análise entre as regiões do país mostrou padrões distintos. Na Região Sul, e no Estado de São Paulo, a maioria dos profissionais contratados era estatutária ou em regime de CLT. No Distrito Federal, na totalidade das equipes de saúde, todos os profissionais eram contratados em regime de CLT. Na Região Sudeste (com exceção do Estado de São Paulo) predominou a modalidade do contrato temporário. Nas Regiões Norte e Nordeste, não se observou claros padrões regionais de contratação dos profissionais (BRASIL, 2004).

Em 2008, o DAB/MS encomendou novo monitoramento da implantação das equipes de Saúde da Família e Saúde Bucal com o objetivo de proporcionar comparabilidade com o estudo anterior (2001/2002). Os dados encontrados, em relação aos vínculos de trabalho dos profissionais das equipes, verificaram que os médicos apresentaram a maior proporção de contratos temporários (37,6%). Para os enfermeiros, observou-se 32,9% contratados temporariamente e 31,6% estatutários. Entre os dentistas, os contratos temporários foram predominantes (36%), seguidos de 32,7% estatutários. Os ACS mostraram-se 33,9% estatutários e 32,6% celetistas, um total de 66,5% de vínculos estáveis. Os auxiliares e técnicos de enfermagem foram agrupados, totalizando 38,9% estatutários e 24,7% com contratos temporários. Os ACD apresentaram 33,8% com contratos temporários e 31,9% estatutários, enquanto os THD mostraram 25,6% e 47,4%, respectivamente. Concluiu-se que os profissionais de nível médio e técnico possuem

vínculos mais estáveis (CLT e Estatutário) que os profissionais de nível superior (BARBOSA *et al.*, 2009).

Na análise por região, o Sul apresentou os melhores percentuais com 75% ou mais de profissionais com vínculo CLT ou estatutário (nível superior e nível médio), enquanto a região Norte mostrou os menores percentuais para este tipo de vínculo. O Estado de São Paulo destacou-se pelos maiores percentuais de profissionais de nível superior contratados por CLT ou com vínculo estatutário, além de ser o único em que todas as categorias possuem mais de 75% dos seus profissionais com CLT e vínculo estatutário (BARBOSA *et al.*, 2009).

Comparando-se os dados das duas pesquisas, houve redução da precarização dos vínculos de trabalho (exceto para os médicos e THD), sendo esta menor para o cirurgião-dentista e ACD (equipe de Saúde Bucal) (Tabela 3).

Profissionais	2001	2008
Médico	74,28%	77,75%
Enfermeiro	71,45%	46,73%
Auxiliar/técnico de enfermagem	53,90%	40,74%
ACS	72,39%	31,08%
Cirurgião-dentista	71,15 %	51,71 %
THD	33,45 %	42,97%
ACD	55,09 %	51,90%

TABELA 3 – Porcentagem de vínculos precários por categoria profissional da equipe de Saúde da Família, Brasil, comparativo 2001/2008

Fonte: BARBOSA *et al.*, 2009.

Nota: * Sem direitos trabalhistas assegurados

6.3. Outras pesquisas

Em 2002, no “Estudo sobre as formas contratuais dos agentes comunitários de saúde (ACS): modalidades e alternativas de contratação” constatou-se que havia 13.973 equipes de PSF e 175 mil agentes contratados. Apenas 26% dos ACS possuíam vínculos que assegurassem seus direitos sociais (4,1% estatutários e 22% celetistas) sendo que 28,8% possuíam contrato temporário (PIERANTONI e PORTO, 2006).

Castro *et al.* (2004) pesquisaram as formas de inserção no trabalho dos ACS de duas áreas regionais do Rio Grande do Norte: 06 municípios que integram a Grande Natal e 16 municípios com população a partir de 5.000 habitantes, através de entrevista semi-estruturada. Os contratos informais predominaram (59%) em relação aos contratos temporários (41%). Apenas um município relatou o regime celetista dos ACS. As justificativas dos gestores para a escolha da modalidade de contratação dos ACS não são unânimes; 50% relataram a inexistência de uma normalização por parte do Ministério da Saúde. Segundo os autores, “demonstra que boa parte da gestão das secretarias municipais de saúde ainda não concebe o agente comunitário de saúde como uma categoria permanente (...) a inexistência de uma política municipal de recursos humanos em saúde” (CASTRO *et al.*, 2004, p. 12).

Lourenço *et al.* (2009) realizaram pesquisa através de questionários nos 310 municípios do Estado de Minas Gerais com Equipes de Saúde Bucal. Destes, 53,5% responderam até o final do primeiro semestre de 2004. Consideraram-se quatro categorias das formas de seleção e contratação: concurso externo, teste seletivo interno, credenciamento e outras formas de contratação. Considerando as duas primeiras como vínculos estáveis, a porcentagem foi de 33%; as demais equipes (67%) eram contratadas por outras formas, como credenciamento, indicação política, nomeação, licitação, terceirização, contratos por cooperativas, contrato temporário, contrato de prestação de serviços, etc. Os autores relataram semelhança aos dados da pesquisa do DAB 2001-2002, onde 70,9% dos dentistas eram contratados por vínculos temporários ou prestação de serviços (LOURENÇO *et al.*, 2009).

Carvalho *et al.* (2006) realizou pesquisa que também apresentou dados sobre os vínculos dos cirurgiões-dentistas e atendentes de consultório dentário (ACD) do PSF. Foi realizada em 834 municípios brasileiros por meio de ETAC. Os resultados apresentados foram semelhantes às pesquisas anteriores, demonstrando que a maior parte é contratada por meio de prestação de serviço/autônomo, com apenas 38,2% concursados. O vínculo estatutário foi predominante nos municípios de maior porte; situação inversa é encontrada em relação à predominância do vínculo de prestador de serviços/autônomo. As Regiões Nordeste e Centro-Oeste tiveram o menor número de municípios com dentistas concursados. No caso dos ACD, 40% apresentaram-se como efetivos; uma menor frequência foi relatada na Região Nordeste (CARVALHO *et al.*, 2006)

Barbosa e Rodrigues (2006) relatam que o 1º Censo de Recursos Humanos da Atenção Primária à Saúde do Estado de Minas Gerais (2006) realizou entrevistas com checagem via telefone dos dados, abordando os vínculos trabalhistas dos profissionais de saúde da Atenção Primária, assim categorizados: CLT, autônomo, contrato administrativo (contrato por tempo determinado) e terceirizado. Nas equipes de Saúde da Família, 63% dos profissionais apresentaram como preponderante o contrato administrativo, chegando a 66,1% na categoria dos profissionais médicos. O modelo convencional de APS apresentou um maior vínculo estatutário dos profissionais (51%) (BARBOSA e RODRIGUES, 2006).

7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Como observado nos estudos, a precariedade dos vínculos de trabalho está presente em todas as categorias profissionais das equipes de Saúde da Família e ESB, desde o ACD até o médico. Por outro lado, notou-se uma diminuição dos vínculos precários e aumento de vínculos estáveis (estatutário e regidos pela CLT) nas Secretarias Municipais de Saúde, principal agente de contratação dos mesmos.

Apesar de haver pesquisas nacionais que traçam um panorama da situação dos vínculos de trabalho, deve-se considerar a necessidade de um sistema de informação nacional que possibilite acompanhar mais sistematicamente as informações dos municípios.

O Comitê Nacional Interinstitucional de Desprecarização do Trabalho no SUS com suas ações promovidas pelo Governo Federal em articulação com CONASS, CONASEMS e entidades de representação de trabalhadores de saúde tem se apresentado como fórum crucial para debater possíveis soluções para os desafios ainda vigentes dentro do tema.

A diversidade de vínculos dos profissionais de saúde pode ser associada com a forma em que se deu a descentralização do SUS. Além das múltiplas realidades municipais, houve demandas políticas e restrições jurídico-legais que propiciaram esta diversidade. As políticas de gestão do trabalho devem, portanto, abordar ações focalizadas e soluções governamentais intersetoriais do Legislativo e Judiciário, de modo a respeitar aspectos geográficos, sociodemográficos, culturais, econômicos e políticos.

Com os incentivos do Governo Federal, há previsão de um crescimento do número de equipes na Estratégia Saúde da Família, gerando novos empregos. Portanto, diante desta previsão e do quantitativo expressivo já existente, ressalta-se a necessidade de refletir sobre a inserção destes profissionais, e desenvolver políticas específicas na área da gestão do trabalho. A instabilidade dos vínculos pode interferir na consolidação da estratégia adotada pela atual Política Nacional de Atenção Básica. Além disto, os vínculos interferem na satisfação dos profissionais. Trabalhadores mais satisfeitos prestariam serviços de maior qualidade à população, colaborando para implementação do sistema.

8. REFERÊNCIAS

BARBOSA, A. C. Q. (Coord.) *et al.* **Saúde da Família no Brasil: situação atual e perspectivas Estudo Amostral**. Relatório Final. 1. ed. Belo Horizonte: Faculdade de Ciências Econômicas da Universidade Federal de Minas Gerais / Diretoria de Atenção Básica do Ministério da Saúde, 2009.

BARBOSA, A. C. Q; RODRIGUES, J. M. (Orgs.) **Primeiro censo de recursos humanos da atenção primária do Estado de Minas Gerais**. 1. ed. Belo Horizonte: Observatório de Recursos Humanos em Saúde/Universidade Federal de Minas Gerais, 2006.

BRASIL. Lei Nº 8.080, de 20 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Poder Executivo, Brasília, DF, 21 de setembro de 1990.

_____. Decreto-Lei Nº 2.271, de 08 de julho de 1997. Dispõe sobre a contratação de serviços pela Administração Pública Federal Direta, Autárquica e Fundacional e dá outras providências. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 09 de julho de 1997.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Avaliação normativa do Programa Saúde da Família no Brasil: monitoramento da implantação e funcionamento das equipes de saúde da família: 2001-2002** / Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. –Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

_____. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Princípios e diretrizes para a gestão do trabalho no SUS (NOB/RH-SUS)**. Brasília: Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Saúde, 2005a.

_____. Ministério da Saúde. Fundação Oswaldo Cruz. **Saúde da Família: avaliação da implementação em dez grandes centros urbanos**: síntese dos principais resultados. 2 ed. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz, 2005b.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão e da Regulação do Trabalho em Saúde. **Programa Nacional de Desprecarização do Trabalho no SUS**: Perguntas e Respostas: Brasília, Ministério da Saúde, 2006.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. 4 ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2007a.

_____. 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 combates às endemias. Brasília: Ministério da Saúde, 2007b.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Revista Brasileira Saúde da Família**. 20 anos de SUS e 15 anos de Saúde da família: mudando a saúde do brasileiro. Ano IX, nº. 19. Jul. a Set. de 2008. Brasília: Ministério da Saúde, 2008a.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. **Mais Saúde: direito de todos**: 2008-2011. Brasília: Ministério da Saúde, 2008b.

_____. Ministério da Saúde. **Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB)**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Nota técnica: **Resultados da Estratégia Saúde da Família**. 24 p. 22 Abr 2009. Trabalho não publicado.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão e da Regulação do Trabalho em Saúde. Seminário Nacional sobre Política de Desprecarização das Relações de Trabalho no SUS: em defesa da legalidade da ação do Estado e dos direitos dos trabalhadores. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/relatorio_seminario_desprecarizacao.pdf>. Acesso em: 20 mai. 2010.

CAMPOS, C. V. A. **Por que o médico não fica? Satisfação no trabalho e rotatividade dos médicos do Programa de Saúde da Família do Município de São Paulo**. 2005. 195f. Dissertação (Mestrado em Administração Pública) - Programa de Pós-Graduação em Administração Pública, São Paulo.

CAMPOS, E. F.; AGUIAR, R. A. T.; OLIVEIRA, V. B. O desafio da expansão do Programa de Saúde da Família nas Grandes Capitais Brasileiras. **Rev. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v.12, n.1, p.47-58, 2002.

CAMPOS, E. F.; MACHADO, M. H.; GIRARDI, S. N. A fixação de profissionais de saúde em regiões de necessidades. **Divulg. saúde debate**, Rio de Janeiro, n.44, p.13-24, mai. 2009.

CARVALHO, C. L. (Coord.) *et al.* **Caracterização dos recursos humanos nos serviços públicos municipais de saúde bucal no Brasil**. Relatório de Pesquisa. Belo Horizonte: Observatório de Recursos Humanos em Saúde/Núcleo de Educação em Saúde Coletiva, Estação de Pesquisa de Sinais de Mercado, 2006.

CASTRO, J. L.; VILAR, R. L. A.; FERNANDES, V. P. Precarização do Trabalho do Agente Comunitário de Saúde: um desafio para a gestão do SUS. In: BARROS, A. F. R. (Org.). **Observatório de Recursos Humanos em Saúde no Brasil**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. P.105-120.

CONASS. CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE. **Gestão do Trabalho na Saúde**. Brasília: CONASS, 2007.

_____. CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE. **SUS 20 anos**. Brasília: CONASS, 2009.

DAL POZ, M. R. Cambios en la contratación de recursos humanos: el caso Del Programa de Salud de la Familia en Brasil. **Gac Sanit**, Barcelona, v.16, n.1, p.82-88, 2002.

GIRARDI, S. N.; CARVALHO, C. L. Contratação e qualidade do emprego no Programa de Saúde da Família no Brasil. In: FALCÃO, A. *et al.* (Orgs.) **Observatório de Recursos Humanos no Brasil**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2003. P.157-190.

GIRARDI, S. N. (Coord.) *et al.* **Precarização e qualidade do emprego no Programa de Saúde da Família**. Relatório de Pesquisa. Belo Horizonte: Universidade Federal de Minas Gerais, Faculdade de Medicina, Núcleo de Educação em Saúde Coletiva, Estação de Pesquisa de Sinais de Mercado, 2007.

KOSTER, I. **A gestão do trabalho e o contexto da flexibilização no Sistema Único de Saúde**. 2008. 206f. Dissertação (Mestrado em Ciência na área de Saúde Pública) – Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro.

LIMA, J. C.; COCKELL, F. F. As novas institucionalidades do trabalho no setor público: os agentes comunitários de saúde. **Trab. Educ. Saúde**, Rio de Janeiro, v.6, n.3, p.481-502, nov. 2008/fev. 2009.

LOURENÇO, E. C. *et al.* A inserção de equipes de saúde bucal no Programa Saúde da Família no Estado de Minas Gerais. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v.14(Supl.1), p.1367-1377, 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232009000800009&lng=en&nm=iso>. Acesso em: 20 dez. 2009.

MACHADO, M. H. Trabalhadores de Saúde e sua trajetória na Reforma Sanitária. In: LIMA, N. T.; GERSCHMAN, S.; EDLER, F. C., SUÁREZ, J. M. (Orgs.) **Saúde e Democracia: história e perspectivas do SUS**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2005. P.257- 280.

MENDONÇA, C. S. Saúde da Família, agora mais do que nunca! **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v.14(Supl.1), p.1493-1497, 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttextepid=S1413-81232009000800022eInng=enenrm=iso>. Acesso em: 20 dez. 2009.

NOGUEIRA, R. P. (Coord.) **Avaliação de Tendências e Prioridades sobre Recursos Humanos de Saúde**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2002.

NOGUEIRA, R. P.; BARALDI, S; RODRIGUES, V. A. Limites críticos das noções de precariedade e desprecarização do trabalho na administração pública. In: Organização Pan-Americana de Saúde e Ministério da Saúde. **Observatório de Recursos Humanos em Saúde no Brasil: estudos e análise**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. P.81-103.

PERNAMBUCO (Estado). Tribunal de Contas do Estado de Pernambuco. **Decisão N° 1.134**, de 11 de agosto de 2004. Recife, PE, 12 de agosto de 2004.

PIERANTONI, C. R. As reformas do Estado, da saúde e recursos humanos: limites e possibilidades. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v.6, n.3, p.341-360, 2001.

PIERANTONI, C. R.; PORTO, S. M. Estudo sobre formas contratuais dos agentes comunitários de saúde (ACS): modalidades e alternativas de contratação. In: Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. **Cadernos RH Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. P.175-188.

ROTHER, E. T. Revisão sistemática X revisão narrativa. **Acta paul. enferm.**, São Paulo, v. 20, n. 2, 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttextepid=S0103-21002007000200001eInng=enenrm=iso>. Acesso em: 15 ago. 2010.

SAYD, J. D.; VIEIRA JÚNIOR, L.; VELANDIA, I. C. Recursos Humanos nas Conferências Nacionais de Saúde (1941-1992). **Rev. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.8, n.2, p.165-195, 1998.

SILVA, E. V. M.; SILVA, S. F. As implicações da Gestão do Trabalho no SUS: um olhar do gestor local. In: Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. **Cadernos RH Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2008. P.49-58.

SOUSA, M. F.; HAMANN, E. M. Programa Saúde da Família no Brasil: uma agenda incompleta? **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v.14(Supl.1), p.1325-1335, 2009. Disponível em: <http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232009000800002&lng=en&rm=iso>. Acesso em: 02 dez. 2009.

VARELLA, T. C.; PIERANTONI, C. R. Mercado de trabalho: revendo conceitos e aproximando o campo da saúde. A década de 90 em destaque. **Ciênc. saúde coletiva**, v.18, n.3, p.521-544, 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312008000300009&lng=en&rm=isso>. Acesso em: 02 jan. 2010.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **The World Health Report 2008**: Primary Health Care, now more than ever. Geneve: WHO; 2008.