

UNIVERSIDADE ESTADUAL DO OESTE DO PARANÁ - CAMPUS DE CASCAVEL
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO *STRICTO SENSU* EM BIOCÊNCIAS E
SAÚDE – NÍVEL MESTRADO

SHAILA ARIENTE BELEDELI NODARI

**FORÇA DE TRABALHO EM SAÚDE NA ATENÇÃO BÁSICA:
CARACTERÍSTICAS E DISTRIBUIÇÃO GEOGRÁFICA NA
MACRORREGIÃO OESTE DO PARANÁ**

CASCAVEL-PR

(junho, 2015)

SHAILA ARIENTE BELEDELI NODARI

**FORÇA DE TRABALHO EM SAÚDE NA ATENÇÃO BÁSICA:
CARACTERÍSTICAS E DISTRIBUIÇÃO GEOGRÁFICA NA
MACRORREGIÃO OESTE DO PARANÁ**

Dissertação apresentada ao Programa De Pós-Graduação *Stricto Sensu* em Biociências e Saúde – Nível Mestrado, do Centro de Ciências Biológicas e da Saúde, da Universidade Estadual do Oeste do Paraná, como requisito para a obtenção do título de Mestre em Biociências e Saúde.

Área de concentração: biologia, processo saúde-doença e políticas de saúde.

ORIENTADORA: Maria Lucia Frizon Rizzotto

CASCAVEL-PR

(junho, 2015)

Dados Internacionais de Catalogação-na-Publicação (CIP)

N686f

Nodari, Shaila Ariento Beledeli

Força de trabalho em saúde na atenção básica: características e distribuição geográfica na macrorregião Oeste do Paraná. /Shaila Ariento Beledeli Nodari. Cascavel, PR: UNIOESTE, 2015.

110 p.

Orientadora: Profª. Drª. Maria Lucia Frizon Rizzotto

Dissertação (Mestrado) – Universidade Estadual do Oeste do Paraná.

Programa de Pós-Graduação *Stricto Sensu* em Biociências e Saúde, Centro de Ciências Biológicas e da Saúde.

1. Saúde – Atenção primária. 2. Saúde – Recursos humanos. 3. Trabalho. I.Rizzotto, Maria Lucia Frizon. II. Universidade Estadual do Oeste do Paraná. III. Título.

CDD 21.ed. 610

Ficha catalográfica elaborada por Helena Soterio Bejio CRB-9ª/965

FOLHA DE APROVAÇÃO

SHAILA ARIENTE BELEDELI NODARI

**FORÇA DE TRABALHO EM SAÚDE NA ATENÇÃO BÁSICA:
CARACTERÍSTICAS E DISTRIBUIÇÃO GEOGRÁFICA NA
MACRORREGIÃO OESTE DO PARANÁ**

Esta dissertação foi julgada adequada para a obtenção do título de Mestre em Biociências e Saúde e aprovada em sua forma final pelo Orientador e pela Banca Examinadora.


Orientador: Prof.^a Dra. Maria Lucia Frizon Rizzotto
UNIOESTE


Prof.^a Dra. Neide Tiemi Murofuse
UNIOESTE


Prof.^a Dra. Célia Regina Rodrigues Gil
UEL

CASCADEL-PR
(julho/2015)

•

RESUMO GERAL

OBJETIVO: identificar e analisar as características e a distribuição geográfica da Força de Trabalho em Saúde na Atenção Básica na Macrorregião Oeste do Paraná. **METODOLOGIA:** a pesquisa caracteriza-se como exploratória, descritiva e documental, realizada no período de março de 2014 a março de 2015, tendo como fonte de dados o Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde e o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. A área de abrangência foi a Macrorregião Oeste do Paraná, formada por quatro Regiões de Saúde (8^a, 9^a, 10^a e 20^a), totalizando 79 municípios e população de 1.592.543 habitantes. Foram incluídos 7.775 vínculos de trabalho que estavam cadastrados em estabelecimentos de Atenção Básica como: posto de saúde, centro de saúde/unidade básica, centro de apoio à saúde da família, polo academia da saúde e farmácia, sendo todos estabelecimentos públicos, pertencentes às esferas administrativas municipais, estaduais ou federais. Os trabalhadores foram classificados de acordo com o nível de formação em: trabalhadores com formação de nível superior na área da saúde; trabalhadores de saúde sem formação de nível superior; trabalhadores de nível superior sem formação na área de saúde; e trabalhadores sem identificação do nível de formação. A carga horária semanal foi agrupada de: uma a 10 horas, 11 a 20 horas, 21 a 30 horas, 31 a 40 horas e mais de 40 horas. Os vínculos de trabalho foram organizados como: vínculos protegidos, vínculos precários e vínculos sem informação. O porte dos municípios foi classificado como: pequeno porte 1 (até 20.000 habitantes), pequeno porte 2 (20.001 até 50.000 habitantes), médio porte (50.001 até 100.000 habitantes) e grande porte (100.001 até 500.000 habitantes). Para a análise dos dados foi utilizada estatística descritiva. **RESULTADOS:** os resultados indicam prevalência de vínculos de trabalho protegidos (82,2%) e baixa multiplicidade de vínculos na Atenção Básica (5,1%). A maior quantidade de vínculos precários está nos municípios de pequeno porte (13,5%), entre trabalhadores de nível superior (76,9%) e para os vínculos com cargas horárias menores. Identifica-se predominância de trabalhadores da saúde sem formação de nível superior (56,48%), destacando-se os agentes comunitários de saúde (29,54%) e trabalhadores com formação de nível superior em saúde (34,40%), destacando-se os médicos (13,22%). Para os trabalhadores de saúde sem formação de nível superior, 89,89% apresentam carga horária entre 31 a 40 horas semanais. Para os trabalhadores com formação de nível superior em saúde 45,30% apresentam carga horária entre 1 a 20 horas semanais, destacando-se os médicos (64,22%) e dentistas (47,52%). **CONSIDERAÇÕES FINAIS:** as informações encontradas indicam a necessidade de políticas de valorização do trabalho e do trabalhador para melhorar as relações de trabalho, reduzindo os vínculos precários a fim de facilitar a criação de relações duradouras com a comunidade e melhorar a atenção prestada; assim como, uma política voltada para o desenvolvimento do trabalho integrado, interdisciplinar, através da formação de equipes multiprofissionais, já que a equipe de Atenção Básica ainda encontra-se polarizada entre médicos e agentes comunitários de saúde, com baixa inserção de outras profissões de nível superior com formação em saúde.

PALAVRAS-CHAVE: Atenção Primária à Saúde; Recursos Humanos em Saúde; Emprego.

GENERAL ABSTRACT

OBJECTIVE: Identify and analyze the characteristics and the geographic distribution of the Work Force in Health on Basic Attention on Macro-region West of Parana.

METHODOLOGY: the research is characterised as exploratory, descriptive and documentary, held in the period of March of 2014 to March of 2015, using as data collection source the National Register of Health Establishments and the Brazilian Institute of geography and statistics. The area of coverage of the research was the macro-region West of Parana, formed by four Region of Health (8^a, 9^a, 10^a and 10^a), bringing a total of 79 cities and a population of 1.592543 habitants. Was included 7.775 links of work that were registered in establishments of Basic Attention like: health station, health center/ basic unit, health family support center, polo academy of health, drugstore, being all the public establishments belonging at municipal administrative domains, state and federal. The workers were rated according to the level of formation in: workers with higher level of graduation in health area; workers of health without higher level of graduation; workers with higher level of graduation without formation in health area; and workers without identification of the level of graduation. The weekly hours was grouped of: one to 10 hours, 11 to 20 hours, 21 to 30 hours, 31 to 40 hours and more than 40 hours. The links of work were organized based on the existence of social protection and legal cover like: protected links, precarious links and links without information. The size of the cities was classified as: small size 1 (until 20.000 habitants), small size 2 (20.001 until 50.000 habitants), medium size (50.001 until 100.000 habitants), big size (100.001 until 500.000 habitants). To the analysis of the data was used methods of the descriptive statistics. The project was submitted to the CEP and approved by rule number 535.238.

RESULTS: the results suggest prevalence of links of protected work (82,2%) and low variety of links on the Basic Attention (5,1%). The bigger quantity of precarious links is in the cities of small size (13,5%), among workers of higher level graduation (76,93%) and for the links with less hours of work. Identify predominance of health workers without higher level of graduation (56,48%), community agents of health (29,54%) and workers with higher level of graduation in health (34,40%), standing out the doctors (13,22%). For the workers of health without higher level of graduation predominate higher hours of work, 31-40 hours (89,89%), and for the workers with higher level of graduation in health less hours of work, 1-20 hours (45,30%), standing out the doctors (64,22%) and dentists (47,52%).

FINAL REMARKS: the found informations indicate the necessity of policies of appreciation of the work and of the worker to improve the work relations, reducing the precarious links in order to facilitate the creation of durable relations with the community and improve the provided attention, as well as, a policy oriented to the development the integrated work, interdisciplinary, through the formation of multiprofessional teams, once that the team of AB, still find polarized among the doctors and community agents of health, with low inclusion of others professions of higher level of graduation in health.

KEY WORDS: Primary Attention to the Health; Human Resources in Health Employment.

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO GERAL.....	10
2. MARCO TEÓRICO CONCEITUAL.....	13
2.1 O trabalho em seu sentido geral e as especificidades do trabalho no campo da saúde.....	13
2.1.1 Trabalho em geral.....	14
2.1.2 Características do trabalho no capitalismo.....	15
2.1.3 O trabalho em saúde e suas especificidades.....	19
2.1.4 Força de Trabalho em Saúde.....	22
2.1.5 Trajetória da Força de Trabalho em Saúde no Brasil.....	23
2.2 Atenção Básica como primeiro nível de atenção à saúde.....	33
2.2.1 A Atenção Primária à Saúde: breve histórico.....	33
2.2.2 Atenção Básica na política de saúde brasileira.....	35
2.3 A diretriz da regionalização em saúde.....	45
2.3.1 A regionalização na política de saúde brasileira.....	45
REFERÊNCIAS.....	51
ARTIGO CIENTÍFICO 1: RELAÇÕES DE TRABALHO NA ATENÇÃO BÁSICA NA MACRORREGIÃO OESTE DO PARANÁ.....	63
ARTIGO CIENTÍFICO 2: FORÇA DE TRABALHO EM SAÚDE NA ATENÇÃO BÁSICA NA MACRORREGIÃO OESTE DO PARANÁ: QUANTIDADE, NÍVEL DE FORMAÇÃO, OCUPAÇÃO E CARGA HORÁRIA.....	83
ANEXO A.....	101
ANEXO B.....	103

LISTA DE TABELAS

Tabela 1. Tipo de vínculo de trabalho na Atenção Básica de acordo com a proteção (precário, protegido e sem informação). Macrorregião Oeste/Paraná, 2014.....	68
Tabela 2. Tipo de vínculo de trabalho na Atenção Básica (precário, protegido e sem informação) de acordo com o porte dos municípios. Macrorregião Oeste/Paraná, 2014.....	69
Tabela 3. Tipo de vínculo de trabalho na Atenção Básica (precário, protegido e sem informação) de acordo com a formação. Macrorregião Oeste/Paraná, 2014.....	70
Tabela 4. Tipo de vínculo de trabalho na Atenção Básica (precário, protegido e sem informação) de acordo com as ocupações. Macrorregião Oeste/Paraná, 2014.....	72
Tabela 5. Tipo de vínculo de trabalho na Atenção Básica (precário, protegido e sem informação) de acordo com a carga horária semanal. Macrorregião Oeste/Paraná, 2014.....	77
Tabela 1. Vínculos de trabalho na Atenção Básica de acordo com a formação. Macrorregião Oeste/Paraná, 2014.....	88
Tabela 2. Carga horária semanal dos vínculos de trabalho na Atenção Básica de acordo com o nível de formação e ocupação. Macrorregião Oeste/Paraná, 2014.....	94

LISTA DE ABREVIATURAS

AB	Atenção Básica
ACS	Agente Comunitário de Saúde
AIS	Ações Integradas de Saúde
APS	Atenção Primária à saúde
CAPS	Caixas de Aposentadoria e Pensões
CLT	Consolidação das Leis de Trabalho
CNRHS	Conferência Nacional de Recursos Humanos em Saúde
CNS	Conferência Nacional de Saúde
DAB	Departamento de Atenção Básica
DEGERTS	Departamento de Gestão e da Regulação do Trabalho em Saúde
DMP	Departamento de Medicina Preventiva
DSEI	Distritos Sanitários Especiais Indígenas
ESF	Estratégia Saúde da Família
FTS	Força de Trabalho em Saúde
IAPs	Institutos de Aposentadorias e Pensões
IDA	Integração Docente Assistencial
IDHM	Índice de Desenvolvimento Humano Municipal
INAMPS	Instituto Nacional de Assistência Médica e de Previdência Social
INPS	Instituto Nacional de Previdência Social
LRF	Lei de Responsabilidade Fiscal
MESP	Ministério da Educação e Saúde Pública
MRS	Movimento de Reforma Sanitária
MS	Ministério da Saúde
MTIC	Ministério do Trabalho, Indústria e Comércio
NOAS SUS 01/01	Norma Operacional de Assistência à Saúde de 2001
NOAS SUS 01/02	Norma Operacional de Assistência à Saúde de 2002

NOB-93	Norma Operacional Básica de 1993
NOB SUS 01/96	Norma Operacional Básica de 1996
NOB/RH-SUS	Norma Operacional Básica de Recursos Humanos em Saúde
OMS	Organização Mundial da Saúde
OSIP	Organização Social de Interesse Público
PACS	Programa Agentes Comunitários de Saúde
PCCSs	Planos de Carreiras, Cargos e Salários
PDR	Plano Diretor de Regionalização
PIASS	Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento do Nordeste
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
PPSUS	Pesquisa para o SUS
PrevSaúde	Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde
PSF	Programa Saúde da Família
RAS	Rede de Atenção à Saúde
RH	Recursos Humanos
RHS	Recursos Humanos em Saúde
RJU	Regime Jurídico Único
RS	Região de Saúde
SES	Secretaria Estadual de Saúde
SESA	Secretaria de Estado da Saúde
SESP	Serviço Especial de Saúde Pública
SGTES	Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde
SMS	Secretaria Municipal de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidades Básicas de Saúde
Unicef	Fundo das Nações Unidas para a Infância

1. INTRODUÇÃO GERAL

Com a Constituição Federal de 1988 e a implantação do Sistema Único de Saúde (SUS) a partir da década de 1990, iniciaram-se transformações importantes na organização do sistema público de saúde brasileiro que transformaram o modo de pensar, estruturar e de prestar os serviços e a assistência à saúde (MACHADO, 2006).

O modelo de saúde brasileiro que até então se caracterizava pela centralização, com ênfase em ações curativas e especializadas, realizadas nos espaços hospitalares destinadas, sobretudo, aos indivíduos que possuíam carteira de trabalho assinada ou àqueles que podiam pagar pelos serviços (PEREIRA et al., 2009), passou a desenvolver ações e serviços pautados nos princípios e diretrizes da universalidade, igualdade, integralidade, descentralização e participação popular (BRASIL, 2013a). A saúde tornou-se um direito de todos e dever do Estado, o que garantiu acesso aos serviços de saúde para uma grande parcela da população antes desassistida (SANTOS, 2010).

Para reverter o enfoque curativo, individual, hospitalar e reorganizar as ações e serviços de saúde, o Ministério da Saúde (MS) passou a priorizar a implantação de programas voltados para a Atenção Básica (AB) (GIOVANELLA; MENDONÇA, 2008), enfatizando ações coletivas, preventivas, territorializadas e democráticas (FAUSTO; MATTA, 2007).

De acordo com a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), a AB é compreendida como a porta de entrada preferencial ao sistema de saúde e deve coordenar a rede de atenção. Nela se realizam ações individuais e coletivas que visam promover e proteger a saúde, prevenir agravos, realizar diagnóstico, tratamento, reabilitação e manutenção da saúde (BRASIL, 2011b). Sendo o nível de atenção que demanda menos equipamentos, mas um grande investimento em Força de Trabalho em Saúde (FTS) (DEDECCA; TROVÃO, 2013), considerando que os trabalhadores são fundamentais para o desenvolvimento e melhoria do sistema de saúde (BRASIL, 2006c), assim como para a consolidação do SUS e da AB.

Coincidindo com a primeira década de implementação do SUS adotou-se no sistema público de saúde uma política de flexibilização e precarização do trabalho

(BRASIL, 2005b). A FTS sofreu um intenso processo de desregulamentação como consequência das reformas neoliberais postas em prática a partir de meados da década de 1990 (BRASIL, 2003).

Houve um acelerado processo de terceirização e fragilização do trabalho na saúde, com a proliferação de contratos precários de trabalho por meio de diferentes modalidades de vínculos, como cooperativas, contratos temporários, ou a criação de novos órgãos com distintas naturezas jurídicas, tais como fundações, autarquias, empresas públicas e organizações sociais, contribuindo decisivamente para a existência de muitos problemas enfrentados pelo setor público de saúde, como a falta de compromisso dos trabalhadores com o serviço e com os usuários resultando na baixa qualidade dos serviços (BRASIL, 2004).

Além disso, identificam-se outros problemas relacionados à FTS que ainda não foram resolvidos, mas acentuados, como a formação e qualificação profissional, as estratégias de fixação do quadro de trabalhadores e a adesão dos trabalhadores aos serviços (MENDONÇA et al., 2010), interferindo na oferta dos serviços de AB no País.

Tais problemas evidenciam o não reconhecimento da importância central que ocupam os trabalhadores de saúde para o êxito do sistema e dos serviços de saúde e dos próprios objetivos a que esse sistema se propõe.

Em nível nacional a realidade sobre o SUS e a FTS é heterogênea como é a própria realidade socioeconômica do País. A dificuldade de acesso e mesmo a limitação de dados regionais, referentes à FTS, apontam para a necessidade de investigações que além de disponibilizar dados, possam realizar análises críticas em relação às políticas de desenvolvimento da FTS e do próprio setor saúde.

Nesse sentido, com o presente estudo, espera-se realizar uma análise no que se refere ao contingente da FTS vinculada à AB na Macrorregião Oeste do Paraná, sendo esse conhecimento fundamental para o processo de consolidação do SUS e da própria formação e qualificação da FTS na região e no Estado do Paraná.

A presente pesquisa visa responder a seguinte pergunta: quais as características e a distribuição geográfica da FTS que atua na Atenção Básica na Macrorregião Oeste do Paraná e sua relação com o desenvolvimento social e econômico dos municípios que compõem a referida região?

Sugere-se a seguinte hipótese: há uma composição e distribuição heterogênea da FTS atuante na Atenção Básica na Macrorregião Oeste, que em

grande medida acompanha os indicadores sociais e econômicos, mas que também sofre a influência da política de gestão do trabalho em nível local e municipal.

O referencial teórico metodológico adotado situa-se no campo do pensamento crítico, que permite realizar uma abordagem mais ampliada das determinações do objeto de estudo, identificando os diversos fenômenos envolvidos, e que se espera, permitirá uma análise do contexto e da trajetória evolutiva deste recorte da realidade. Para tanto adota-se uma concepção de conhecimento baseada em Koche (1997), que compreende a ciência como um processo de investigação contínua e incessante na busca de respostas para problemas ainda não solucionados devido as informações em relação ao assunto serem insuficientes para promover respostas eficazes. Cabe ao pesquisador contribuir com conhecimentos novos que ajudem a esclarecer aspectos importantes da realidade estudada.

Também vale ressaltar que o tema da pesquisa não surgiu ao acaso, faz parte de um projeto de pesquisa maior, intitulado Força de Trabalho em Saúde: estrutura, dinâmica e tendência na Macrorregião Oeste do Paraná, em desenvolvimento pelo Grupo de Pesquisa em Políticas Sociais da Unioeste - Campus de Cascavel, que recebeu financiamento do edital Pesquisa para o SUS (PPSUS), chamada 04/2012.

A apresentação dos resultados da pesquisa está assim estruturada: na introdução apresentam-se o problema de pesquisa e a justificativa do estudo. No item dois expõem-se os conceitos básicos que compõem o marco teórico, tais como: o trabalho em seu sentido geral e as especificidades do trabalho no campo da saúde, Atenção Básica como primeiro nível de atenção à saúde e a diretriz da regionalização em saúde. Na sequência descreve-se as referências bibliográficas, em seguida apresentam-se os artigos elaborados com os resultados da pesquisa, intitulados: 1. Relações de Trabalho na Atenção Básica na Macrorregião Oeste do Paraná; 2. Força de Trabalho em Saúde na Atenção Básica na Macrorregião Oeste do Paraná: quantidade, nível de formação, ocupação e carga horária. Além desses, está sendo elaborado um terceiro artigo que aborda a distribuição geográfica e a construção do Índice de Escassez para a Força de Trabalho em Saúde na Macrorregião Oeste do Paraná.

2. MARCO TEÓRICO CONCEITUAL

O marco teórico consiste em elementos teóricos que são pertinentes para orientar o processo de pesquisa, pois é a partir dele que serão estabelecidas conexões com as hipóteses, com os métodos, técnicas e com os instrumentos de coleta e análise da informação, devendo ser formulado como um processo, em que as proposições teóricas se aprofundam continuamente para fornecer suporte ao estudo (SORIANO, 2004).

Expõe-se aqui os conceitos básicos referentes ao trabalho em geral, ao trabalho em saúde, à FTS e possíveis consequências do capitalismo e de sua lógica flexibilizadora para o trabalho e para a força de trabalho.

Apresenta-se também o conceito de AB, já que consiste no nível de atenção em que os trabalhadores do presente estudo estão inseridos, além dos conceitos de regionalização e região de saúde, uma vez que delimitou-se como campo de estudo uma macrorregião do Paraná, que é formada por quatro regiões de saúde, sendo portanto, conceitos que contribuirão para a análise dos dados da pesquisa.

2.1 O trabalho em seu sentido geral e as especificidades do trabalho no campo da saúde

Ao longo da história o trabalho em geral, assim como o trabalho em saúde, sofreram muitas transformações. Sob a influência do modo de produção capitalista o processo de trabalho passou por mudanças relacionadas às formas de organização do trabalho, produção e do controle sob os trabalhadores.

Mais recentemente, nos anos 1990, a reestruturação produtiva ocorrida através da incorporação da lógica flexibilizadora passou a intensificar a exploração da força de trabalho e a precarização das relações de trabalho.

Para entender como esse processo influenciou a FTS faz-se necessário explicar os conceitos referentes ao trabalho, ao trabalho em saúde e a FTS, possibilitando acompanhar as transformações ocorridas sob a influência do capitalismo e da lógica flexibilizadora.

2.1.1 Trabalho em geral

Na base da atividade econômica, processo de produção e distribuição dos bens que satisfazem as necessidades dos membros de uma sociedade está o trabalho, sendo através dele que se produzem os bens de consumo e se organiza o modo de ser dos homens e da sociedade (NETTO, 2010), pois ao mesmo tempo em que o homem transforma a matéria prima, transforma também a si mesmo (ANTUNES, 2004).

O trabalho deve ser compreendido para além de um meio de satisfazer as necessidades básicas, mas como elemento fundante do ser social e ponto de partida da humanização, sendo “fonte de identificação e auto estima, de desenvolvimento de potencialidades humanas” (NAVARRO; PADILHA, 2007, p.14).

Nesta visão, o trabalho se caracteriza como atividade que cria valor-de-uso e estabelece relações entre o homem e a natureza, formando o trabalho concreto (aquele que produz objetos úteis) (NAVARRO; PADILHA, 2012), em que o valor do produto é determinado pela sua utilidade (RAMOS, 2007).

Assim, em sentido geral define-se trabalho como:

[...] um processo entre o homem e a natureza, um processo em que o homem, por sua própria ação, media, regula e controla seu metabolismo com a natureza. Ele mesmo se defronta com a matéria natural como uma força natural. Ele põe em movimento as forças naturais pertencentes a sua corporalidade, braços e pernas, cabeça e mão, a fim de apropriar-se da matéria natural numa forma útil para sua própria vida. Ao atuar, por meio desse movimento, sobre a natureza externa a ele e ao modificá-la, ele modifica, ao mesmo tempo, sua própria natureza. (MARX, 1996, p. 297).

Ou seja, é “uma interação da pessoa que trabalha com o mundo natural”, de forma que os elementos naturais são transformados conscientemente e com uma finalidade (BOTTOMORE, 2001, p. 299).

O trabalho diferencia o homem de todos os outros animais (ANTUNES, 2004), pois só existe quando o produto desejado é conscientemente projetado antecipadamente pelo sujeito, capacidade esta, exclusiva dos seres humanos (RAMOS, 2007). E o “seu produto é um valor de uso; uma matéria natural adaptada às necessidades humanas mediante transformação da forma” (MARX, 1996, p. 300).

Diferente das atividades naturais realizadas pelos animais, no trabalho há sempre um meio (um instrumento) que torna mediada a relação entre o sujeito (aquele que realiza a ação) e o objeto (a matéria a ser transformada). O sujeito então antecipa idealmente a atividade antes de iniciar a transformação da matéria prima, pois precisa escolher o melhor material e o melhor instrumento para alcançar o produto final desejado, que atenda as suas necessidades (NETTO, 2010).

Assim, “no fim do processo de trabalho obtêm-se um resultado que já no início deste existiu na imaginação do trabalhador” (MARX, 1996, p. 298).

E nesse processo de trabalho, em que se produzem valores de uso (no qual o valor do produto é determinado pela sua utilidade), encontram-se as marcas, as lembranças, a expressão das necessidades, esforços e habilidades; e o trabalhador se reconhece no ato e no produto desse tipo de trabalho (RAMOS, 2007).

2.1.2 Características do trabalho no capitalismo

No capitalismo o trabalho concreto (que cria valor de uso) perde espaço para o trabalho abstrato (que cria valor de troca) (NAVARRO; PADILHA, 2012). O produto não se destina apenas a satisfazer as necessidades de quem irá usá-lo, mas adquire um valor de troca, deixando de ser exclusivamente produto do trabalho humano para se tornar uma mercadoria (RAMOS, 2007), que é “antes de tudo, um objeto externo, uma coisa, a qual pelas suas propriedades satisfaz necessidades humanas de qualquer espécie” (MARX, 1996, p. 165). Ao se tornar mercadoria o produto necessita ser “transferido a quem vai servir como valor de uso por meio de troca” (RAMOS, 2007, p. 34).

Dessa maneira, o trabalho deixa de ter sua dimensão original e indispensável ao homem de produzir coisas úteis para satisfazer as suas necessidades, de ser uma atividade criativa e prazerosa e passa a atender as necessidades do capital, tornando-se degradado, alienado e estranho (NAVARRO; PADILHA, 2012).

Dentro da lógica capitalista a própria força de trabalho se torna mercadoria, pois quando a pessoa não é detentora dos meios de produção, o que lhe resta então é vender a sua força de trabalho, que passa a ser também uma mercadoria. E assim, o seu trabalho assume a forma de trabalho assalariado (RAMOS, 2007).

A força de trabalho é vendida ao capitalista em troca do salário (BOTTOMORE, 2001), que “é o quanto o capitalista paga ao trabalhador por sua força de trabalho” (RAMOS, 2007, p. 39).

O preço da força de trabalho é estabelecido através de um contrato (RAMOS, 2007), que tem como objetivo estabelecer as normas vigentes de proteção do trabalho (ARAÚJO et al., 2006), e esta relação salarial estipulada pelo contrato constitui o emprego (RAMOS, 2007).

Na sociedade capitalista a força de trabalho (capacidade operária de produção) é consumida para valorização do capital, pois incorpora-se no processo de produção do capital, reproduzindo-o e aumentando-o ao criar mais-valia (excedente que permanece com o capitalista, e se dá pela apropriação de trabalho não pago) (PIRES, 2008). A jornada de trabalho é formada por duas partes, uma que envolve o trabalho necessário para produzir diariamente a força de trabalho ou para reproduzir o valor recebido pela sua venda; e outra que se constitui no prolongamento da jornada de trabalho, que corresponde ao mais trabalho (MARX, 1996), ou seja, o trabalho não pago.

Mediante a compra da força de trabalho, o capitalista incorpora o próprio trabalho como “fermento vivo, aos elementos mortos constitutivos do produto, que lhe pertencem igualmente” (MARX, 1996, p. 304). A venda da sua força de trabalho acaba alienando o trabalhador da sua capacidade criativa de produção e do controle sobre o produto do seu trabalho (BOTTOMORE, 2001).

Assim, o processo de trabalho, enquanto consumo de força de trabalho pelo capitalista, faz com que o trabalhador atue sob o controle do capitalista, que é a quem pertence o seu trabalho; e o seu produto passa a ser propriedade do capitalista e não mais do trabalhador, que foi quem diretamente o produziu (MARX, 1996).

Segundo Merlo e Lápiz (2005), o capitalismo foi marcado por mudanças em relação a inovações tecnológicas, qualificação do trabalhador, modos de organizar o trabalho e a produção e as formas de controle sobre os trabalhadores. Várias alternativas tecnológicas e organizacionais (como a introdução de novos equipamentos, extensão da jornada de trabalho e redução da remuneração) têm sido impostas pelo capital a fim de controlar o trabalho e aumentar a margem de lucro (PIRES, 2008).

A Primeira Revolução Industrial (Inglaterra, século XVIII) foi marcada pelo uso intensivo da mão de obra assalariada, pela forma autoritária exercida sobre os trabalhadores (ameaças, castigos, multas e demissões), pelo trabalho pesado, por longas jornadas de trabalho (12 a 15 horas diárias), condições de trabalho insalubres e salários humilhantes (MERLO; LÁPIS, 2005).

Progressivamente, apresenta como característica a substituição das ferramentas movidas pela força humana pela utilização da máquina no processo de produção (PIRES, 2008). “O trabalhador, que até então detinha um significativo conhecimento sobre o conteúdo do seu trabalho, passou, gradualmente, a ter expropriado seu saber-fazer, ao mesmo tempo em que se aprofundou a divisão do trabalho” (MERLO; LÁPIS, 2005, p. 19).

A Segunda Revolução Industrial (final do século XIX e início do XX, EUA) foi marcada pela expansão do modelo taylorista/fordista de organização e produção do trabalho, da especialização das tarefas e racionalização, caracterizando-se pela administração científica e pela produção em série (MERLO; LÁPIS, 2005). O modelo taylorista define-se pela separação entre a concepção e a execução do trabalho, pela fragmentação e especialização das tarefas, pelo controle sobre o tempo e os movimentos (RAMOS, 2007).

A questão central desse modelo é o controle do trabalho, no qual as regras para a execução das tarefas são definidas pela gerência, cabendo ao trabalhador apenas executá-las no tempo determinado previamente (PIRES, 2008). Com isso, determinou-se definitivamente a “separação entre o saber e o fazer, entre a concepção, o planejamento das tarefas e a execução; entre o trabalho manual dos operários e o trabalho intelectual das gerências” (MERLO; LÁPIS, 2005, p. 20).

Com o taylorismo instalou-se uma organização de trabalho rígida, hierarquizada, com normas burocráticas e uma chefia autoritária, racionalização da organização do trabalho, estipulando normas, procedimentos sistemáticos e uniformes, eliminando os movimentos desnecessários, lentos e ineficientes, em busca do movimento correto e mais rápido; as formas de recrutamento dos trabalhadores passaram a ser criteriosas, na qual cada tarefa, considerada um posto de trabalho, não deveria ser ocupado por qualquer trabalhador, mas pelo trabalhador certo (MERLO; LÁPIS, 2005).

A partir de 1910 o taylorismo passou a se associar ao fordismo (MERLO; LÁPIS, 2005), intensificando-se o afastamento entre planejamento e execução, com desqualificação e parcelamento das tarefas (PIRES, 2008).

Para Merlo e LÁPIS (2005, p. 23) o fordismo intensificou a parcelização das tarefas e a divisão do trabalho, e, com a criação da esteira rolante, “o operário ficou ainda mais submetido ao ritmo automático, à cadência das máquinas e a rotina, executando várias vezes o mesmo movimento”.

O trabalho baseado no modelo taylorista-fordista “tornou-se extremamente repetitivo, parcelado e monótono”, pertencendo ao trabalhador a execução do protocolo de trabalho como prescrito, não tendo nenhuma autonomia para propor ou fazer alterações nesta prescrição (RAMOS, 2007, p. 51). De acordo com Navarro e Padilha (2007), nos anos de 1970, o modelo taylorista-fordista começou a esgotar-se cedendo lugar a modelos mais flexíveis de organização do trabalho.

Merlo e LÁPIS (2005) relatam que a Terceira Revolução Industrial, iniciada em 1970, caracteriza-se pelo modelo japonês de gestão e organização do trabalho e produção, denominada de toyotismo.

A partir de 1980 observou-se um acirramento da reestruturação produtiva, caracterizada por mudanças tecnológicas e organizacionais, com o objetivo de diminuir os custos da produção, aumentar a variabilidade das mercadorias e melhorar a qualidade dos produtos (NAVARRO; PADILHA, 2007). Esta fase do capitalismo é “fundada na diversificação de tarefas e no envolvimento do trabalhador com os objetivos da empresa”, e marcada pelo desenvolvimento da informática, automação, robótica e da telemática (MERLO; LÁPIS, 2005, p. 25).

O toyotismo passou a exigir um novo perfil de trabalhador, mais engajado ao trabalho, preparado para realizar diversas tarefas e com maior nível de escolaridade (MERLO; LÁPIS, 2005).

Segundo Navarro e Padilha (2007), nesta perspectiva, o trabalhador deveria ser qualificado, polivalente e multiprofissional, situação que na prática gera sobrecarga de trabalho ao trabalhador e perdas importantes tanto do ponto de vista financeiro, como em relação à saúde física e psíquica.

As atuais formas de apropriação da força de trabalho, denominada de organização flexível do trabalho e da produção, implicam num modelo de flexibilização do processo de trabalho e produção que supera a produção em massa, introduzindo inovações tecnológicas e gerenciais, redução do tempo e do trabalho

necessário para a produção, levando a uma acentuada potencialização da capacidade produtiva da força de trabalho (SOUZA, 2010).

A incorporação da lógica flexibilizadora norteia as novas condições de acumulação e coloca a força viva de trabalho sob uma forma de apropriação precária, na qual o estatuto do trabalho e do trabalhador são conduzidos à formas de gestão flexibilizadas e a um processo de desregulamentação do trabalho e da vida social (SOUZA, 2010).

Nestas fases de reestruturação do processo de trabalho, os modos de gerir as organizações têm como objetivo a “captura” do trabalho vivo na produção, a perda do autogoverno do trabalhador sobre o seu processo de trabalho, sendo o trabalhador colocado de forma integral a serviço do capital (MERHY, 2013).

2.1.3 O trabalho em saúde e suas especificidades

O trabalho em saúde faz parte do setor de serviços ou setor terciário da economia, realiza atividades que estão fora da esfera de produção material e que são essenciais para a vida em sociedade (PIRES, 2008).

No setor de serviços o processo de trabalho se dá por meio de uma direta e intensa relação entre trabalhador e consumidor ou entre profissionais e usuários, e tanto os agentes são modificados pela sua atividade e pelos resultados da sua produção, como os consumidores do serviço, que também são sujeitos no processo de trabalho (FARIA et al., 2009).

Porém, ao mesmo tempo em que compartilha propriedades do processo de produção do setor de serviço, o trabalho em saúde apresenta características específicas (PIRES, 2008). Diferente do trabalho na indústria, o trabalho em saúde não apresenta como resultado final a produção material comerciável no mercado (PIRES, 2008), o produto não é ofertado no mercado como uma coisa externa que “se vai e pega”, mas o consumo pelo usuário ocorre no mesmo momento da produção da ação (MERHY, 2013).

O processo de trabalho em saúde não se realiza sobre objetos ou coisas, como na indústria, mas sim sobre pessoas (NOGUEIRA, 2014), em que os trabalhadores, que dominam conhecimentos e técnicas, utilizam instrumentos e condutas com o objetivo de alcançar como produto final a prestação da assistência à saúde (PIRES, 2008).

Constitui-se de um trabalho vivo em ato, ou seja, “o trabalho humano no exato momento em que é executado e que determina a produção do cuidado” (MERHY, FRANCO, 2009, p. 430), no qual o produto não se dissocia de seu processo de produção, pois é a própria realização da atividade (PIRES, 2008). Assim, conta o fato de que na saúde os trabalhadores podem exercer um relativo autogoverno sobre o seu processo de trabalho (MERHY; FRANCO, 2013).

O cuidado em saúde estabelece uma relação entre o trabalhador e seu ato produtivo (MERHY, FRANCO, 2009), ocorre no cenário da produção da saúde, ou seja, no momento de encontro entre trabalhador e usuários, que são os destinatários finais do esforço produtivo; e é nesse momento de encontro que se constrói uma intensa atividade de cuidado e sua riqueza, pois cruzam-se os saberes e os fazeres (MERHY; FRANCO, 2013).

No encontro entre trabalhador e usuário há um processo relacional operando, no qual se estabelecem falas e escutas, toques e olhares, e nesta relação trabalhador e usuário fazem em conjunto a produção do cuidado (MERHY; FRANCO, 2013), ligação interpessoal que é extremamente importante para a própria eficácia do ato (NOGUEIRA, 2014).

Mas a lógica de acumulação de capital, as formas de organização do trabalho usadas na indústria (taylorismo, fordismo), a introdução da informática, da automação microeletrônica e de novos materiais, também foram introduzidas no setor de serviços e, conseqüentemente, influenciaram o trabalho em saúde (PIRES, 2008).

Pela influência da forma de organização capitalista, o processo de trabalho no setor saúde torna-se semelhante ao da produção industrial, podendo-se observar o parcelamento das atividades (o que era atividade de uma pessoa passa a ser de várias), execução de tarefas repetitivas, sobre o controle de autoridade, divisão das funções em vários departamentos e seções, divisão do trabalho mental e manual, com conseqüente perda do controle do processo de trabalho (PIRES, 2008).

A organização do trabalho em saúde passou a diferenciar-se do modo que se prestava a assistência à saúde nas sociedades primitivas, que se caracterizava por um trabalho do tipo artesanal (PIRES, 2008), no qual o trabalhador detinha o domínio sobre o processo de trabalho, era responsável e possuía completo saber pela produção em sua totalidade (PIMETA; CORRÊA; SMITH, 2012).

Hoje o trabalho em saúde desenvolve-se majoritariamente através de um trabalho coletivo, pois o trabalhador de saúde sozinho não consegue resolver todas as necessidades de saúde, sendo fundamental a participação de vários profissionais para que um dê sentido ao trabalho do outro (MERHY; FRANCO, 2009).

É realizado por trabalhadores de saúde que tem formação específica para desempenhar atividades relacionadas à saúde (profissionais de saúde) (MACHADO, 2008), como médicos de diversas especialidades, enfermeiros, nutricionistas, psicólogos, fonoaudiólogos, assistentes sociais, fisioterapeutas, farmacêuticos, técnicos de enfermagem, auxiliares de enfermagem, atendentes de enfermagem, bem como outros profissionais que realizam exames complementares (PIRES, 2008). E por trabalhadores de saúde que não tem formação específica em saúde (MACHADO, 2008) e desempenham atividades que não são específicas da saúde, mas que tem grande importância para a assistência, que são as atividades de apoio, desenvolvidas pelo pessoal da limpeza, da segurança, da cozinha, da portaria e trabalhadores administrativos (PIRES, 2008).

Apesar dessa característica coletiva do trabalho em saúde, identifica-se a manutenção do modelo técnicoassistencial médico hegemônico que prioriza a concentração de tecnologias, expressas pelas máquinas, instrumentos e insumos medicamentosos e pela produção de procedimentos profissional centrada, como segmento fundamental da forma de acumulação do capital (MERHY; FRANCO, 2013).

Observa-se, que a categoria médica a partir de sua direcionalidade técnica e social acaba controlando o processo de trabalho em saúde. Mesmo que no trabalho em saúde ocorra uma integração entre as atividades intelectuais e manuais, ou seja, o mesmo trabalhador que detém o conhecimento técnico também desenvolve as atividades manuais, as tecnologias atuais têm reservado aos médicos as funções intelectuais e aos auxiliares as do tipo manual (NOGUEIRA, 2014).

Neste modelo o médico é tido como elemento central na assistência à saúde e os demais profissionais realizam as práticas auxiliares (PIRES, 2008).

Grande parte da atenção à saúde ocorre em serviços institucionalizados com diferentes estruturas e níveis de complexidade, e desenvolve-se basicamente por uma avaliação clínica seguida de indicação ou realização de uma conduta terapêutica (PIRES, 2008). Pode-se identificar uma enorme fragmentaridade dos atos e da prestação da assistência, no qual o usuário necessita passar por muitos

setores dentro de um mesmo estabelecimento ou por estabelecimentos diferentes para a resolução de seu problema (NOGUEIRA, 2014).

Mas, diferente do que se pode observar no setor industrial, com a introdução da tecnologia de ponta no setor saúde, os postos de trabalho não diminuíram, já que a utilização desses equipamentos não substitui o trabalho humano de investigação, avaliação e prescrição do tratamento (PIRES, 2008).

Para Nogueira (1983) a incorporação de novas tecnologias amplia a divisão técnica do trabalho com o aparecimento de novas especialidades e tipos de serviços; aumenta a demanda de trabalhadores de nível médio e elementar, aos quais são atribuídas as tarefas mais simples e numerosas.

2.1.4 Força de Trabalho em Saúde

Existem duas formas de nos referirmos aos trabalhadores de saúde, como força de trabalho e como Recursos Humanos (RH); conceitos que sustentados a partir de arcabouços teóricos diferentes, podem levar a duas formas divergentes de interpretar a realidade (NOGUEIRA, 1983).

O termo força de trabalho relaciona-se com as escolas clássicas de Smith e Ricardo e, posteriormente Marx, com o uso descritivo e analítico do conhecimento de fenômenos demográficos e macroeconômicos, enfatizando a natureza do processo de trabalho (NOGUEIRA, 1983).

Já o termo RH advém da ciência da administração e se refere à ótica gerencial ou de planejamento, tendo a finalidade de intervir em uma dada situação para produzir, aprimorar ou para administrar esse recurso específico, que é a capacidade de trabalho das pessoas. Nesse contexto, os RH são colocados ao lado dos recursos materiais e financeiros e o trabalhador é considerado um elemento que junto aos demais recursos entra em um processo para dar origem a um determinado produto (NOGUEIRA, 1983).

No presente estudo, usaremos o termo FTS considerando que os trabalhadores de saúde não devem ser compreendidos como insumos passíveis de serem administrados e planejados como qualquer outro fator de produção, mas entendidos pela sua capacidade de proceder como agente social em diferentes ocasiões, dotados de uma ideologia, de interesses próprios, de capacidade de

interferir nas ações, e de aderir e defender, ou não, as políticas de saúde (CAMPOS, 1994).

2.1.5 Trajetória da Força de Trabalho em Saúde no Brasil

Para melhor compreender as questões relacionadas à FTS na atualidade é preciso conhecer a cronologia das políticas de RH no Brasil, destacando-se três períodos (MACHADO, 2009). O primeiro período, do ano de 1967 a 1974, foi marcado pelo estímulo à formação profissional especialmente de nível superior, ampliação dos empregos privados a partir do financiamento público, aumento da contratação de médicos e atendentes de enfermagem, incentivo à hospitalização e à especialização (MACHADO, 2006). Privilegiou-se a contratação de serviços terceirizados, e no setor público a maioria dos contratos eram regulamentados pela Consolidação das Leis do Trabalho (CLT) (MARTINS; MOLINARO, 2013).

Desde meados da década de 1960 no setor saúde acentuaram-se as relações de produção capitalistas, com o aumento dos grupos de medicina privada e de uma rede hospitalar privada lucrativa, em que a FTS era direcionada a tornar o setor saúde rentável ao setor privado, ajustando-se à lógica de mercado (MACHADO, 2009 apud MACHADO, 1992).

Segundo Escorel, Nascimento e Edler (2005), na década de 1970, ocorreu a construção de inúmeras clínicas e hospitais privados com financiamento público e uma elevada expansão do número de leitos hospitalares. Os cursos de medicina estavam voltados à especialização, à sofisticação tecnológica e descobertas da indústria farmacêutica e hospitalar.

O segundo período, caracterizou-se por uma primeira fase (1975 a 1984) em que ocorreu um incremento de dispositivos institucionais na busca de reverter o quadro existente; e uma segunda fase (1984 a 1986) compreendida por uma maior participação do setor público na oferta de serviços hospitalares e ambulatoriais, no incentivo à formação e no incremento de pessoal técnico nas equipes de saúde e o aumento de trabalhadores na rede ambulatorial (MACHADO, 2006).

Os empregos em saúde tiveram forte e constante expansão, sendo que de 1977 a 1984 os empregos ambulatoriais e hospitalares cresceram a uma taxa de 7,9% ao ano (BRASIL, 2011a), sendo maiores na esfera federal (42,7%) e na estadual (39,4%) do que na esfera municipal (17,9%) (BRASIL, 2009). Porém, esta

expansão não foi acompanhada de aumento nos gastos com remuneração, observando-se diminuição dos salários, com consequente adoção de múltiplos vínculos para os profissionais de nível superior e congelamento dos salários para os trabalhadores de nível médio e elementar (BRASIL, 2011a). Este foi um período de fortes crises econômicas internas, em grande medida resultado da crise do petróleo em nível internacional e da crise da dívida externa dos países latino-americanos.

Neste período, o modelo de organização do sistema de saúde seguia a lógica flexineriana, priorizando a medicina curativa e hospitalar e a compra de serviços do setor privado pelo setor público, que além de não atender as necessidades da população excluía a grande maioria das pessoas dos serviços de saúde (BRASIL, 2009), já que grande parte da população não tinha como custear a assistência individual ficando desassistida (BAPTISTA, 2007).

O terceiro período, de 1987 em diante, é marcado pelas mudanças rumo à Reforma Sanitária (MACHADO, 2006). O Movimento da Reforma Sanitária (MRS) surgiu como uma luta de oposição à ditadura e ao modelo de privatização dos serviços de saúde, almejando um Estado Democrático Social (FLEURY, 2009). Criticava a concessão de privilégios ao setor privado, a mercantilização da medicina e a concepção de saúde vigente (BAPTISTA, 2007).

Esse movimento reivindicava mudanças no sistema de saúde brasileiro, apresentando como propostas: a saúde como direito de todos, universalização do sistema de saúde com ações integradas, descentralização administrativa e financeira para os estados e municípios, participação do Estado e controle social das ações de saúde (BAPTISTA, 2007).

No ano de 1986 foi realizada a 8ª Conferência Nacional de Saúde (CNS), tendo como lema “Democracia e Saúde” (SAYD; JUNIOR; VELANDIA, 1998). Nessa conferência foram colocados os princípios da Reforma Sanitária (CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE, 2011), a temática dos Recursos Humanos em Saúde (RHS) ganhou visibilidade (VIEIRA, 2009), sendo apresentado um conjunto de formulações para a FTS (CAMPOS; PIERANTONI; MACHADO, 2006).

As propostas relacionadas à FTS expostas na 8ª CNS estavam condicionadas pelo contexto da época e debatiam, entre outros temas, a isonomia salarial, o plano de cargos e salários, o caráter multiprofissional das equipes de saúde, a incorporação de agentes populares de saúde remunerados e coordenados

pelo nível local do sistema de saúde, a admissão por concurso público, a estabilidade no emprego, o direito à greve e sindicalização, a dedicação exclusiva e a inclusão curricular de conhecimentos sobre práticas alternativas no ensino das profissões de saúde (CAMPOS; PIERANTONI; MACHADO, 2006).

Como resultado da 8ª CNS foi realizada, no mesmo ano (1986), a Conferência Nacional de Recursos Humanos para a Saúde (CNRHS) (CAMPOS, 1994), tendo como tema central a “Política de Recursos Humanos Rumo à Reforma Sanitária” (BRASIL, 1986).

Houve neste período uma mudança nas discussões sobre a FTS, ao invés de abordarem simples informações relacionadas à distribuição geográfica, ao déficit em áreas não servidas ou ao ensino, começou-se a debater temáticas referentes a um regime jurídico trabalhista específico da saúde (SAYD; JUNIOR; VELANDIA, 1998).

Com a CNRHS as discussões a respeito da FTS direcionaram-se para a superação do caráter quantitativo, econômico e estritamente produtivo do serviço de saúde (SAYD, JUNIOR, VELANDIA, 1998). Definiu-se uma agenda específica sobre o tema, na qual os principais aspectos identificados foram pauta dos trabalhadores da saúde, destacando-se a falta de incentivo para a qualificação profissional, a visão burocrática da área dos RH, a baixa remuneração, as condições de trabalho desfavoráveis e a ausência de planos de cargos, carreiras e salários (VIEIRA, 2009).

O relatório final da CNRHS cita alguns problemas encontrados nesta época, como: dificuldade na captação e absorção da FTS, acentuado pela ausência de planos de carreira, baixa remuneração e inexistência de perspectivas de desenvolvimento pessoal, gerando multiplicidade de vínculos, jornadas de trabalho inadequadas e diminuição da importância do trabalho no serviço público. Também, identifica problemas relacionados à formação inadequada dos trabalhadores às necessidades de saúde da população; variações nos salários e nas jornadas de trabalho entre as instituições e regiões; dificuldade para alocar trabalhadores nas cidades distantes, nas periferias das grandes cidades e zona rural; um quadro de descrédito da população nos serviços públicos, desmotivação e desvalorização dos trabalhadores públicos e a fragmentação da área da saúde em campos profissionais, fazendo com que cada trabalhador domine apenas uma parte do conhecimento necessário para prover a atenção à saúde (BRASIL, 1986).

Os estudos realizados na década de 1980 buscavam desvendar as tendências macro do mercado de trabalho, abordando aspectos do assalariamento, prolongamento da jornada de trabalho, multiemprego e feminilização da FTS (MACHADO, 2009).

Estudo realizado por Nogueira nesta época (1987) descreveu a FTS, relatando que a sua composição interna diversificou-se pela incorporação de novas categorias profissionais, como psicólogos, fonoaudiólogos, fisioterapeutas e de especialidades médicas; identificava a má distribuição geográfica dos profissionais de saúde, que concentravam-se nas regiões metropolitanas; a polarização entre a categoria profissional de maior qualificação (médicos) e de menor qualificação (atendentes de enfermagem); baixo nível de escolaridade no segmento de auxiliares; jornadas de trabalho excedendo 40 horas semanais; e desigualdade nas condições de inserção no mercado, em que um profissional de uma instituição municipal ou estadual recebe bem menos do que um profissional federal para trabalhar a mesma quantidade de horas (NOGUEIRA, 1987).

Em 1988, tendo como base a 8ª CNS foi elaborada a Constituição Federal e em 1990 as leis complementares 8.080/1990 e 8.142/1990, que determinaram legalmente a criação do SUS (BRASIL, 2009).

A partir da Constituição Federal de 1988, art. 196, a saúde foi definida como:

direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação. (BRASIL, 2013a, p. 33).

As ações e serviços de saúde passaram a ser de acesso universal e igualitário, devendo ser organizados de acordo com as diretrizes de descentralização (com ênfase na regionalização), atendimento integral e participação da comunidade (BRASIL, 2013a) e a enfatizar ações de promoção e proteção à saúde e prevenção de doenças (GIL, 2005).

Com isso, pretendia-se superar o tradicional modelo baseado na atenção médica curativa e hospitalar (SAYD; JUNIOR; VELANDIA, 1998), que não atendia às necessidades de saúde e excluía a maioria da população do acesso aos recursos e serviços de saúde, principalmente, os de mais baixa renda e de regiões de difícil acesso (BRASIL, 2009).

Neste contexto, “a política de recursos humanos em saúde foi marcada pelo resgate de ideais de justiça social, de recuperação dos direitos de cidadania e promoção do bem-estar” (ARAÚJO et al., 2006, p. 159).

A respeito da FTS, na Constituição Federal de 1988, o artigo 200, inciso III atribui ao SUS a competência de ordenar a formação de RH na área de saúde (BRASIL, 2013a), possibilitando a formação de trabalhadores condizentes com as necessidades locais e regionais, reconhecendo a FTS como essencial para a implementação desse sistema de saúde (BRASIL, 2005a).

Estabelece no art. 37, que o ingresso na atividade pública deve ser por concurso público, exceto para cargos de direção e assessoramento (MARQUES, 2002).

“A investidura em cargo ou emprego público depende de aprovação prévia em concurso público de provas ou de provas e títulos, ressalvadas as nomeações para cargo em comissão declarado em lei de livre nomeação e exoneração” (BRASIL, 2013a, art. 37, p. 12).

Também, instituiu-se um novo regime institucional para o serviço público, o Regime Jurídico Único (RJU) (MARTINS; MOLINARO, 2013), estabelecendo novas regras para a normatização das contratações, orientando a incorporação dos servidores públicos (BRASIL, 2011a) por meio de concurso público, fazendo com que na década de 1990, os trabalhadores com vínculos celetistas fossem convertidos para vínculos estatutários (MARTINS; MOLINARO, 2013).

A lei 8.080/1990 também se refere à FTS, no Título IV Dos Recursos Humanos, art. 27, estabelecendo que a política de RH na área de saúde seria formalizada e executada pelas diferentes esferas de governo, em cumprimento dos seguintes objetivos:

- I - organização de um sistema de formação de recursos humanos em todos os níveis de ensino, inclusive de pós-graduação, além da elaboração de programas de permanente aperfeiçoamento de pessoal;
- IV - valorização da dedicação exclusiva aos serviços do Sistema Único de Saúde-SUS. (BRASIL, 1990, p.13).

Na década de 1990, um fato importante para a FTS foi a elaboração da Norma Operacional Básica de Recursos Humanos para o SUS (NOB/RH-SUS), que teve como finalidade a discussão a respeito da centralidade do trabalho, do

trabalhador, da valorização profissional e da regulamentação das relações de trabalho em saúde (MACHADO, 2009), devendo ser considerada um importante eixo norteador da política de RH para o SUS (GIL, 2006), já que trata de questões relacionadas a proteção do trabalho e do trabalhador do SUS, regulamentação da jornada de trabalho, adequação da carga horária, elaboração dos Planos de Carreiras, Cargos e Salários (PCCSs), melhoria salarial, eliminação das diferenças salariais, regulamentação na forma de contratação, estímulo a dedicação exclusiva e em tempo integral, entre outros (BRASIL, 2003).

Porém, a partir dessa mesma década, no Brasil, implementou-se um projeto de revigoramento do capitalismo que induziu as políticas de governo à diminuição do Estado em sua base social, com o objetivo de atender as necessidades do capital. Instaurou-se um projeto de caráter privatista, articulado aos interesses do mercado, que se confrontava com o projeto da Reforma Sanitária, caracterizando-se por uma reedição da estratégia privatista iniciada na década de 1960 (SOUZA, 2010).

Com as políticas neoliberais observou-se retrocesso das conquistas sociais da década anterior, sendo que a política que prevaleceu foi a antipolítica da FTS e a NOB/RH-SUS obteve poucos resultados; inverteu-se a ideia preconizada de que os trabalhadores seriam fundamentais para a consolidação do SUS, priorizando a flexibilização das relações de trabalho e as terceirizações dos serviços (MACHADO, 2009).

Com a política de flexibilização e precarização das relações de trabalho adotada, passou-se a utilizar para a contratação dos trabalhadores diversas modalidades de vínculos de trabalho (BRASIL, 2005a), em sua grande maioria precários.

O trabalho precário caracteriza-se pela desproteção social ao trabalhador, com perda dos direitos e benefícios assegurados pela legislação trabalhista, “como licença maternidade, férias anuais, décimo terceiro salário, aposentadoria e outros” (FARIA; ARAUJO, 2011, p. 150). Pode-se considerar também o trabalho precário como decorrente da instabilidade de vínculo, do ponto de vista do interesse do trabalhador; que neste caso refere-se as formas de contrato por prazo determinado, em que a precariedade além de estar relacionada à desproteção social cria um sentimento de instabilidade no trabalhador, pelo contrato ter duração curta ou delimitada no tempo (NOGUEIRA; BARALDI; RODRIGUES, 2004).

Ainda, o trabalho precário pode ser considerado como irregular na visão da administração, no sentido de que o trabalhador é admitido no serviço através de formas de contratação que desobedecem ao requisito constitucional de concurso ou seleção pública, contrariando o que institui o art. 37 da Constituição Federal de 1988 (NOGUEIRA; BARALDI; RODRIGUES, 2004).

Para Souza (2010) as formas de gestão flexibilizadas traduzem o espaço de desregulamentação do trabalho e levam à apropriação precária da força de trabalho. Como no setor saúde a força de trabalho não pode ser substituída pelo uso intensivo de tecnologia, o trabalho em saúde vem sendo desvalorizado através do processo de desregulamentação e precarização.

A desregulamentação do trabalho deve ser entendida não apenas pelas modificações das normas legais e jurídicas, mas pela incorporação de uma lógica produtiva que gera desvalorização do trabalho, pela intensificação da força de trabalho, pela captura da sua subjetividade, ameaça de desemprego e pela desproteção social (SOUZA, 2010).

A desvalorização da FTS é evidenciada, então, pelo processo de desregulamentação do trabalho que se expressa pela:

desestruturação no planejamento dos serviços, a descontinuidade dos programas assistenciais, a intensificação da jornada de trabalho pela adoção dos múltiplos vínculos, as baixas remunerações, a alta rotatividade, a inadequação de pessoal e as precárias condições de trabalho que comprometem uma intervenção qualificada e põem em risco a vida dos usuários (SOUZA, 2010, p. 342).

Além do vínculo precário, muitos profissionais se submetem a uma jornada de trabalho excessiva como forma de subsistência em compensação aos baixos salários, atuando em diversos empregos e com diversas cargas horárias (NOGUEIRA, 1987). Observa-se também, que são estabelecidas diversas jornadas de trabalho, 12, 20, 24, 32, 40 e 44 horas semanais, constituindo no setor saúde uma “anarquia institucional organizada” (MACHADO, 2006, p. 20).

Segundo Nogueira, Baraldi e Rodrigues (2004) existem quatro formas de regime de trabalho na administração pública: o estatutário (regidos pelo RJU), o celetista (regido pela CLT), o especial (rege os contratados por tempo determinado em função excepcional) e o cargo comissionado (trabalhadores efetivos nomeados pelas autoridades).

Mas, para o MS, os únicos vínculos de trabalho que garantem proteção social (pleno gozo de direitos trabalhistas e previdenciários) são o estatutário e o celetista (BRASIL, 2006a), denominado também emprego público (NOGUEIRA; BARALDI; RODRIGUES, 2004).

Com a introdução de políticas de governo voltadas para a flexibilização das relações de trabalho ocorreu a quebra do RJU, resgatou-se a contratação dos trabalhadores pela CLT e ampliou-se as condições para contratação temporária (MARTINS; MOLINARO, 2013).

A obrigatoriedade de ingresso no serviço público através do RJU foi alterada pela emenda constitucional n.19 de 1998, que permitiu aos governos admitir trabalhadores por diversas formas de vínculo. Além do estatutário, admitem-se trabalhadores através de contratos temporários, cargos comissionados e contratos por entidades parceiras, caracterizando a terceirização da contratação da FTS (LACAZ et al., 2011).

Segundo Brasil (2011a) observam-se diversas formas de contratações, como: a contratação temporária, a terceirização por serviços prestados, bolsas de trabalho, estágios, contratos com entidades através de empresas ou cooperativas, contratos por órgãos internacionais, contratos com organizações sociais, convênios com Organizações Sociais de Interesse Público (OSCIP), entre outros.

A questão da precarização do trabalho no setor saúde se agrava com as restrições orçamentárias impostas pela Lei de Responsabilidade Fiscal (LRF) (BRASIL, 2011a), promulgada em 2000, que estipula limites precisos de gastos com o quadro de pessoal (NOGUEIRA, 2005), e vai ao encontro de uma política de limitação dos gastos governamentais (NOGUEIRA, 2002), na qual os contratos precários de trabalho expressam a intenção de gastar menos e como forma de desviar-se dos tetos estabelecidos pela LRF (NOGUEIRA; BARALDI; RODRIGUES, 2004).

Com a descentralização político-administrativa instituída pela Lei nº 8.080/90 como uma das diretrizes do SUS (BRASIL, 1990), houve a transferência do poder de decisão política dos níveis mais centrais de governo (esfera federal) para os níveis mais periféricos (esfera estadual e municipal) (MEDEIROS; ROCHA, 2004), especialmente para os municípios, caracterizando o processo de municipalização da saúde (DOURADO; ELIAS, 2011).

O processo de municipalização transferiu aos gestores municipais a responsabilidade pela contratação e pela gerência do quadro de trabalhadores em saúde (PIERANTONI et al., 2008), e também o gerenciamento pleno da AB (CAMPOS, 2006). Aumentando a contratação de trabalhadores pelos municípios, no qual cerca de 66% dos empregos em saúde no setor público passaram a ser de responsabilidade municipal (BRASIL, 2006a).

Muitos gestores municipais frente à LRF acabam admitindo os trabalhadores por meio de formas de contratos precários de trabalho (LACAZ et al., 2011), contribuindo com a alta rotatividade de profissionais nos postos de trabalho, que associado à baixa remuneração e à inexistência de plano de carreira na maioria dos municípios, desestimula os trabalhadores do setor (MARQUES, 2002).

Esse enorme processo de precarização do trabalho na área da saúde faz com que aproximadamente 600 mil trabalhadores se apresentem em situação de desconforto e insegurança trabalhista e social. No ano de 2001-2002, em estudo realizado pelo Departamento de Atenção Básica (DAB), mostrou que entre 20 e 30% dos trabalhadores das equipes de Saúde da Família, apresentavam vínculos de trabalho precários (BRASIL, 2006a).

O Programa Saúde da Família (PSF) criado em 1994, como principal estratégia de efetivação da AB, foi extremamente afetado pelos contratos precários de trabalho justamente por ter sido concebido num momento de flexibilização e desregulamentação das relações de trabalho, fator que se constitui como obstáculo para o avanço na transformação das práticas assistenciais propostas por esse programa, agora Estratégia Saúde da Família (ESF) (CARVALHO, 2012).

Outro problema que a gestão municipal enfrenta se refere à dificuldade para a fixação de profissionais de saúde em municípios menores (MEDEIROS et al., 2005). Como o Brasil expressa profundas desigualdades sociais, econômicas e de necessidades de saúde entre as regiões (BRASIL, 2010), em geral as regiões geográficas mais distantes e com estrutura econômica e social deficitária são as que apresentam maior vulnerabilidade assistencial pela falta ou escassez de profissionais de saúde (ESTAÇÃO DE PESQUISA DE SINAIS DE MERCADO EM SAÚDE, 2010), que normalmente se concentram em cidades mais desenvolvidas e urbanizadas do País (CAMPOS; MACHADO; GIRARDI, 2009).

Mesmo que os municípios menores, distantes e com menor condições econômicas e sociais ofereçam salários vantajosos aos profissionais de saúde,

especialmente para os médicos, ainda são incapazes de atrair esses profissionais, pois além do incentivo financeiro, estes profissionais já tem uma inserção urbana, costumes de consumo que não existem nestas localidades, esperam boa educação para os filhos e tiveram sua formação voltada para o ambiente hospitalar e para o uso intensivo de tecnologias (CAMPOS; MACHADO; GIRARDI, 2009).

Com o objetivo de reverter essa situação, o Governo Federal criou em 2013 o Programa Mais Médicos, com a convocação de médicos para atuar na AB de municípios com maior vulnerabilidade social e Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEI), buscando levar mais médicos para regiões onde há escassez e ausência desses profissionais, ampliando a assistência na AB e fixando médicos nas regiões com carência de profissionais (BRASIL, 2013b).

Em 2003, acompanhada da criação da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES), as questões provenientes do momento antirreforma passaram a compor a agenda do governo federal, dando-se início ao retorno dos princípios de saúde como bem público, do trabalho como um processo de trocas, criatividade, coparticipação, corresponsabilização, de enriquecimento e comprometimento; e da visão do trabalhador como sujeito e agente transformador do seu ambiente e não como simples RH incorporado ao processo de trabalho para a realização de tarefas previamente estabelecidas pela administração (MACHADO, 2009).

Foi criado o Departamento de Gestão e da Regulação do Trabalho em Saúde (DEGERTS), responsável pela proposição, incentivo, acompanhamento e pela elaboração das políticas de gestão, planejamento e regulação do trabalho em saúde em todo o País (BRASIL, 2005a).

Também, foi instituído o Programa Nacional de Desprecarização do Trabalho no SUS, o Desprecariza-SUS, conduzido pelo DEGERTS com a finalidade de encontrar soluções para a precarização dos vínculos de trabalho. Nesta mesma direção, criou-se o Comitê Interinstitucional de Desprecarização do Trabalho no SUS, como espaço de análise e debate entre os gestores das três esferas de governo (federal, estadual e municipal) e lideranças trabalhistas, com o objetivo de estabelecer alternativas de combate à precariedade do trabalho no SUS e o estabelecimento de vínculos que assegurassem direitos e estabilidade aos trabalhadores, considerando que o vínculo precário gera reflexos negativos na qualidade dos serviços prestados (BRASIL, 2006a).

Através destas propostas, a Política Nacional de Desprecarização caracteriza-se como foco principal das políticas de valorização do trabalho no SUS (LACAZ et al., 2011). Essas propostas buscam superar problemas que se acumularam nas últimas décadas em relação às características educacionais, laborais e administrativas da FTS no setor público (NOGUEIRA, 2005), entendendo a importância de se implantar e concretizar uma política de valorização do trabalhador (BRASIL, 2006a).

Porém, apesar dos esforços do MS com a instituição de políticas voltadas a valorização do trabalho e do trabalhador no SUS ainda está longe de resolver os problemas e as causas que motivaram a presente situação.

2.2 Atenção Básica como primeiro nível de atenção à saúde

A AB coloca-se hoje dentro do sistema de saúde brasileiro como o primeiro nível de atenção e a principal porta de entrada ao sistema de saúde, responsável por resolver grande parte dos problemas de saúde da população. Como demanda de poucos equipamentos e tecnologias necessita intensamente de FTS, sendo os trabalhadores fundamentais para o desenvolvimento das ações e resolução dos problemas neste nível de atenção. Com isto, mostra-se a necessidade de se conhecer as relações de trabalho, assim como a distribuição da FTS neste nível de atenção a fim de que se possa desenvolver um melhor planejamento da FTS e políticas de valorização do trabalhador na AB em busca de ofertar esse serviço à população com qualidade e de forma suficiente para que se possa cumprir a sua função.

2.2.1 A Atenção Primária à Saúde: breve histórico

A Atenção Primária à Saúde (APS) foi mencionada pela primeira vez como forma de organizar o sistema de saúde em documento do governo inglês, elaborado por Bertrand Dawson, denominado Relatório Dawson, em 1920. Esse documento constituiu-se como referência para a organização do modelo de atenção à saúde inglês, que vinha sofrendo com elevados custos, crescente complexidade da atenção médica e baixa resolutividade (FAUSTO; MATTA, 2007).

O relatório se contrapunha ao modelo de atenção à saúde com enfoque curativo, fundado no reducionismo biológico e individual, proposto pelo modelo flexineriano americano (FAUSTO; MATTA, 2007). Preconizava um sistema de saúde que atendesse toda a população, necessitando ter qualidade e economicidade ao mesmo tempo (COELHO, 2010).

Para isso, propunha a organização de um modelo de atenção hierarquizado e regionalizado em serviços domiciliares, centros de saúde primários, centros de saúde secundários, serviços suplementares e hospitais de ensino (MINISTRY OF HEALTH, 1920).

O centro primário de saúde constituía-se em instituição equipada para serviços de medicina preventiva e curativa, realizados por clínicos gerais do distrito, serviço de enfermagem, consultores e especialistas visitantes, mas, a maior parte dos trabalhadores seria formado por clínicos gerais dos seus distritos, bem como os pacientes pertencentes aos serviços chefiados por médicos de sua própria região. O tamanho e a complexidade dos serviços deveriam variar de acordo com as necessidades locais e com sua localização na cidade ou no país, organizando-se de forma regionalizada (MINISTRY OF HEALTH, 1920).

A maior parte dos problemas de saúde deveriam ser resolvidos pelo médico generalista do centro primário, e os casos mais complexos, que exigissem um tratamento especial e que não pudessem ser solucionados neste nível de atenção deveriam ser encaminhados para a atenção secundária ou para os hospitais, caracterizando a hierarquização da atenção à saúde (FAUSTO; MATTA, 2007).

Essa concepção definiu duas características básicas da APS: a regionalização, que se refere à distribuição dos serviços de saúde de forma que atendam todas as regiões nacionais, considerando as bases populacionais, as necessidades de saúde e a integralidade, que fortalece a indissociabilidade entre ações curativas e preventivas (FAUSTO; MATTA, 2007).

Posteriormente, em 1978, a Organização Mundial da Saúde (OMS) e o Fundo das Nações Unidas para a Infância (Unicef) realizaram em Alma Ata, no Cazaquistão, a Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, cujo relatório final ficou conhecido como Declaração de Alma Ata (MATTA; MOROSINI, 2009).

Os principais elementos discutidos incluíam uma crítica às ações verticais de saúde voltadas para as doenças, tecnologias e para o cuidado médico centrado no hospital (PIRES-ALVES, 2014).

Nela afirmava-se a responsabilidade dos governos pela saúde de seu povo e colocava como meta principal o alcance de todos os povos do mundo, até o ano 2000, a um nível de saúde que os permitisse levar uma vida social e produtiva, tendo como ponto chave para a obtenção dessa meta os cuidados primários de saúde (ALMA-ATA, 1978).

Definia os cuidados primários como:

[...] cuidados essenciais de saúde baseados em métodos e tecnologias práticas, cientificamente bem fundamentadas e socialmente aceitáveis, colocadas ao alcance universal de indivíduos e famílias da comunidade, mediante sua plena participação e a um custo que a comunidade e o país pode manter em cada fase de seu desenvolvimento, no espírito de autoconfiança e autodeterminação. Fazem parte integrante tanto do sistema de saúde do país, do qual constituem a função central e o foco principal, quanto do desenvolvimento social e econômico global da comunidade. Representam o primeiro nível de contato dos indivíduos, da família e da comunidade com o sistema nacional de saúde pelo qual os cuidados de saúde são levados o mais proximamente possível aos lugares onde pessoas vivem e trabalham, e constituem o primeiro elemento de um continuado processo de assistência à saúde. (ALMA-ATA, 1978, p. 03).

Os cuidados primários deveriam proporcionar serviços de promoção, prevenção, cura e reabilitação, considerando os principais problemas de saúde da comunidade, envolvendo além do setor saúde, todos os setores do desenvolvimento nacional e comunitário (ALMA-ATA, 1978).

Dentre suas ações deveriam incluir minimamente: educação voltada aos problemas de saúde prevalentes e para a sua prevenção e controle, distribuição de alimentos e nutrição adequada, fornecimento de água de boa qualidade e saneamento básico, saúde materno-infantil, planejamento familiar, imunização, prevenção e controle de doenças endêmicas, tratamento de lesões e doenças comuns e o fornecimento de medicamentos essenciais (ALMA-ATA, 1978).

Enfatizava o trabalho em saúde como parte de um processo que propicia melhora das condições de vida, e não apenas como uma intervenção destinada a curar ou a diminuir o sofrimento, e que deveria contemplar a participação da

população, dos trabalhadores da saúde e os conhecimentos e tradições das comunidades (PIRES-ALVES, 2014).

2.2.2 Atenção Básica na política de saúde brasileira

No início do século XX as ações coletivas de saúde eram realizadas através de campanhas sanitárias, ações higienistas, como: a vigilância dos portos, o saneamento das cidades e o controle de endemias e epidemias. E a assistência médica individual concentrava-se nos hospitais, onde a assistência aos pobres ficava a cargo de instituições filantrópicas, e aos que podiam pagar o cuidado à saúde ficava a cargo do mercado (setor privado) (COELHO, 2010).

Como a saúde pública era voltada apenas para ações de caráter mais coletivo e preventivo, grande parte da população que não tinha como custear a assistência individual ficava desamparada (BAPTISTA, 2007). O Estado proporcionava assistência hospitalar apenas para as doenças infecciosas e de saúde mental, entendendo que estas geravam impacto em toda a população (COELHO, 2010).

Na década de 1920, sofrendo pressão popular por ações efetivas na atenção à saúde, o Estado criou as Caixas de Aposentadorias e Pensões (CAPS) para alguns setores econômicos. Com as CAPS uma pequena parcela da população, os trabalhadores assalariados, contava com aposentadoria, pensão e assistência médica à saúde; o direito à saúde era restrito aos segurados, sendo que a participação do Estado era limitada apenas a legalização das CAPS (BAPTISTA, 2007).

O modelo das CAPS serviu como base para um primeiro sistema de proteção social do Estado brasileiro. Em 1930, com Getúlio Vargas no poder foi criado o Ministério da Educação e Saúde Pública (MESP), que realizava ações de saúde pública e preventivas e o Ministério do Trabalho, Indústria e Comércio (MTIC) garantia assistência médica individual previdenciária (BAPTISTA, 2007).

Nessa época, ampliando o papel das CAPS, foram criados também os Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAPs). Os IAPs incluíram em um mesmo instituto as categorias profissionais que deixaram de se organizar por empresa. O Estado passou a participar da administração, do controle e do financiamento. Mas os trabalhadores que não contribuíam com os institutos ficavam excluídos do sistema

de proteção (BAPTISTA, 2007). A assistência médica era prestada pelos próprios serviços (hospitais, ambulatórios e consultórios médicos) dos IAPs (GIOVANELLA; MENDONÇA, 2008).

Do ponto de vista histórico, a criação do Serviço Especial de Saúde Pública (SESP) em 1940, inspirado no modelo americano, foi o pioneiro na criação de unidades de atenção primária articulando atividades preventivas e curativas, dirigindo suas ações às doenças infecciosas e carenciais, além de algumas ações verticais de saúde pública (MENDES, 2012). Porém, esse modelo se limitava as áreas estratégicas e por ações centralizadas (FAUSTO; MATTA, 2007). Foi implantado na região Norte e Nordeste, consideradas áreas de relevância econômica pela extração da borracha e manganês (GIOVANELLA; MENDONÇA, 2008).

Na década de 1950, ocorreu um acelerado processo de industrialização no país e de expansão rápida dos serviços de saúde, quando a assistência se concentrou em hospitais, que se tornaram referência para o atendimento, incorporando tecnologias de última geração e recursos humanos especializados (BAPTISTA, 2007).

Mesmo com a criação do MS, em 1953, não houve mudança na dualidade entre os serviços de saúde pública e a assistência médica. Temas debatidos na 3ª Conferência Nacional de Saúde (1963), na qual se confrontaram duas propostas: uma pública, unificadora, propondo a descentralização do sistema e das ações médicas e sanitárias mais próximas da população e dos problemas de saúde; e outra do sistema previdenciário, que propunha a ampliação da cobertura populacional da previdência social. Consolidando-se a segunda proposta mediante a unificação dos IAPs em Instituto Nacional de Previdência Social (INPS) (GIOVANELLA; MENDONÇA, 2008).

O golpe militar de 1964 trouxe mudanças para o sistema sanitário brasileiro, enfatizando a assistência médica curativa, crescimento do setor privado e abrangência de parcelas sociais no sistema de previdência, como os profissionais liberais, empregadas domésticas e trabalhadores rurais (BAPTISTA, 2007).

Nessa época, foram desenvolvidos programas de Integração Docente Assistencial (IDA) pelos Departamentos de Medicina Preventiva (DMP) e escolas de medicina, que ocorriam paralelamente às ações governamentais, em que eram desenvolvidas experiências de medicina comunitária voltadas para a interiorização

da medicina em várias localidades, fazendo parte do programa de formação médica. Tais experiências eram incentivadas por agências internacionais junto aos DMP, programas de extensão de cobertura de serviços de saúde, especialmente em áreas as quais a população tinha pouco ou nenhum acesso aos recursos de saúde (FAUSTO; MATTA, 2007).

Isso mostra, que nos anos de 1960 já existia a preocupação em se estabelecer uma atenção ampliada à saúde, entendendo que as condições de vida se relacionam de forma direta com o estado de saúde das pessoas (FAUSTO; MATTA, 2007). Mesmo que se constituindo por programas restritos e focalizados.

Na década de 1970, o INPS incluiu novas categorias profissionais em seu sistema, mesmo assim, oferecendo serviços somente às pessoas que possuíam vínculo ao instituto, no qual o atendimento prestado continuava centralizado nos hospitais (BAPTISTA, 2007). Os cidadãos que não eram contribuintes da previdência tinham que buscar atenção à saúde em postos e centros de saúde públicos quando se enquadravam ao perfil de programas, como materno-infantil e tuberculosos; ou nas Santas Casas e em instituições privadas quando tinham poder aquisitivo (ESCOREL, 2008).

Com a expansão dos serviços os gastos com a saúde aumentaram (BAPTISTA, 2007) e o INPS passou a realizar terceirizações em vez de prestar assistência nos seus próprios serviços (ESCOREL, 2008).

Em 1978, baseado em experiências municipais que estavam sendo realizadas e que visavam à organização dos serviços de saúde de APS integrada ao sistema de saúde local, foi implantado o Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento do Nordeste (PIASS) (FAUSTO; MATTA, 2007).

Esse programa adotava ações de saúde de tecnologia simplificada, participação de pessoal auxiliar e agentes de saúde. Inicialmente caracterizando-se como um programa seletivo, destinado às regiões pobres do Nordeste.

Porém, em 1979, estendeu-se para outras regiões do país, sendo uma das primeiras propostas de integração dos serviços, embora permanecesse restrito à população que não tinha acesso aos recursos de saúde (FAUSTO; MATTA, 2007), instalando-se serviços de nível primário, Unidades Básicas de Saúde (UBS), em pequenos municípios (GIOVANELLA; MENDONÇA, 2008). Tanto que o número de unidades de APS que em 1975 era de 1.122, passou em 1984 para 13.739 (MENDES, 2012).

A década de 1980 se iniciou com clima de redemocratização, crise política, social e institucional do Estado brasileiro (BAPTISTA, 2007), quando o MRS começou a ocupar espaço com um pensamento contra-hegemônico no que se refere ao sistema nacional de saúde brasileiro (ESCOREL, 2008).

Neste contexto é que se realizou a VII Conferência Nacional de Saúde (1980), que tinha como tema “Extensão das ações de saúde através de serviços básicos” (ESCOREL, 2008), na qual foi proposto como reforma da política de saúde o Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde (Prevsáude), que consistia de uma alternativa de expansão nacional do PIASS (BAPTISTA, 2007).

Esse programa foi realizado em articulação do MS e da assistência médica previdenciária, em busca de minimizar os efeitos da crise da Previdência, que viu sua situação se deteriorar pelos altos custos com a assistência média curativa e pela gestão fraudulenta do Instituto Nacional de Assistência Médica e de Previdência Social (INAMPS) (GIOVANELLA; MENDONÇA, 2008).

O Prevsáude superava as características seletivas, propondo uma cobertura universal dos serviços básicos de saúde integrando a AB aos outros níveis de atenção, na qual a extensão da rede pública se faria por intermédio dos municípios e dos estados (FAUSTO; MATTA, 2007). Porém, a concretização do Prevsáude não ocorreu devido a forte oposição feita pela medicina liberal e pelo setor privado e conservador.

Também em 1985, durante a crise do modelo médico previdenciário surgiram as Ações Integradas de Saúde (AIS), por meio de convênios entre as Secretarias Estaduais de Saúde (SES) e Secretarias Municipais de Saúde (SMS), as quais eram custeadas com recursos da Previdência Social (MATTA; MOROSINI, 2009).

As AIS constituíram-se como estratégia federal de reordenamento da política nacional de saúde seguindo os princípios de responsabilidade do poder público, integração interinstitucional, definição das propostas a partir do perfil epidemiológico, regionalização e hierarquização dos serviços públicos e privados, valorização das ações de AB e garantia de referência, prioridade para utilização da rede pública, descentralização do planejamento e administração, desenvolvimento de recursos humanos e participação social (ESCOREL, 2008).

As AIS expandiram a APS com a ampliação dos serviços básicos de saúde em grande parte dos municípios brasileiros. Propunha um nível primário de atenção,

na qual as unidades básicas deveriam integrar o sistema de assistência à saúde pública e previdenciária, por meio de ações preventivas e de assistência médica integralizada (GIOVANELLA; MENDONÇA, 2008).

Foi com a implantação das AIS que os rumos das políticas de saúde centraram-se em propostas de articulação interinstitucional e em estratégias de unificação do sistema de saúde (ESCOREL, 2008).

Até esse momento a APS se organizava por programas seletivos e verticalizados, sendo portadora de tecnologia simples e limitada, ofertada à população pobre. Programas estes, que eram apoiados por agências internacionais que tinham como objetivo expandir a cobertura de serviços simples e de baixo custo e o setor público deveria ser provedor de um conjunto mínimo de ações, ofertado apenas à população que não pudesse pagar pelos gastos de saúde (FAUSTO; MATTA, 2007).

Em 1986, na VIII Conferência Nacional de Saúde, foram colocados os princípios da Reforma Sanitária e apresentado o arcabouço institucional do SUS (CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE, 2011). A discussão a respeito da APS não se restringia a uma estratégia de ampliação da cobertura de serviços públicos, mas como parte das ações de integralidade (FAUSTO; MATTA, 2007).

Foi com a Constituição Federal de 1988 que se determinou legalmente a criação do SUS, como uma política de proteção social universal e igualitária, possibilitando a expansão das políticas sociais para todo o território brasileiro e a saúde foi definida como direito de todas as pessoas e um dever do Estado (VIANA; BAPTISTA, 2008).

O sistema de saúde passou a orientar-se pelos princípios e diretrizes da universalidade, integralidade, igualdade, participação social, descentralização, preservação da autonomia, direito à informação, divulgação de informações e utilização da epidemiologia para o estabelecimento de prioridades, alocação de recursos e a orientação programática. Além de prever a organização das ações e serviços de saúde por meio de uma rede regionalizada e hierarquizada (BRASIL, 1990; BRASIL, 2013a).

Com esses princípios ordenadores o SUS não podia continuar a ofertar uma AB baseada em programas seletivos, exigindo o fortalecimento desse nível de

atenção (MENDES, 2012). E em 1990 o MS passou a investir na AB como estratégia de reorganização do modelo de atenção (GIOVANELLA; MENDONÇA, 2008).

Em 1991, foi implantado o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS), que teve caráter emergencial e objetivou um suporte para a AB onde não houvesse interiorização da assistência médica, sendo inserido inicialmente nas áreas rurais e periurbanas do Norte e Nordeste. Os profissionais atuantes eram enfermeiros e Agentes Comunitários de Saúde (ACS), que atendiam demandas de combate e controle da cólera e demais diarreias, com foco na reidratação oral e na orientação a vacinação (GIOVANELLA; MENDONÇA, 2008).

Desenvolvendo-se com a atuação de pessoas sem formação em saúde e realizando um elenco restrito de ações, o PACS caracterizava-se por um programa de APS seletiva (GIOVANELLA; MENDONÇA, 2008).

Até meados da década de 1990, as medidas reformistas estiveram voltadas aos aspectos do financiamento e da descentralização das ações e serviços de saúde (FAUSTO; MATTA, 2007).

A Norma Operacional Básica de 1993 (NOB-93) não fazia menção a modelos de atenção à saúde ou a ações específicas que deveriam ser realizadas pelo SUS nos diferentes níveis de atenção à saúde (GIL, 2006).

Essa discussão inicial a respeito da organização do sistema fez com que a atenção à saúde no SUS continuasse centralizada, enfatizando a doença e as ações curativas hospitalares, promovendo ações preventivas verticais e campanhas sanitárias (FAUSTO; MATTA, 2007).

Em 1994, surgiu outra iniciativa de organização da atenção à saúde pela APS, o PSF (FAUSTO; MATTA, 2007).

Analisando a trajetória desse programa pode-se identificar que em uma primeira fase ele se caracteriza por um caráter restrito, marginal e focalizado na população mais pobre, sendo implementado em pequenos municípios e com baixa capacidade de promover continuidade na atenção (GIOVANELLA; MENDONÇA, 2008).

A APS só passou a ser abordada com uma visão de atenção à saúde integral, ampla e abrangente (MENDONÇA, 2009) na Norma Operacional Básica de 1996 (NOB-SUS 01/96) (FAUSTO; MATTA, 2007).

Ainda, existem vários termos relacionados à APS que vem sendo utilizados e que são influenciados pela história e cultura de cada local (GUSSO; BENSENOR;

OLMOS, 2012). No Brasil os termos APS e AB são usados com o mesmo significado, mas a partir da criação do SUS o termo APS foi perdendo espaço, sendo substituído pelo conceito de AB, nomenclatura que emerge como contraponto ao modelo reducionista da APS norte americana (GIL, 2006)¹.

Em termos normativos, a terminologia AB passou a ser usada na Política Nacional de Saúde a partir da elaboração da NOB-SUS 01/96 (FAUSTO; MATTA, 2007). Nesta norma, a AB foi definida como um “conjunto de ações, de caráter individual e coletivo, situadas no primeiro nível de atenção do sistema de saúde, voltadas para a promoção da saúde, a prevenção de agravos, o tratamento e a reabilitação”, avançando na construção de um sistema de saúde direcionado à qualidade de vida das pessoas e do seu ambiente (BRASIL, 1999, p. 09).

Esse documento enfatiza o alcance da integralidade das ações, o estabelecimento de vínculo entre os trabalhadores da saúde e os usuários e a importância de realizar intervenções ambientais com o objetivo de modificar os determinantes da situação de saúde (BRASIL, 1997).

Em 2001, foi publicada a Norma Operacional da Assistência à Saúde (NOAS-SUS 01/01), que adotava um conceito de AB ampliada, definindo-a como: “conjunto de ações do primeiro nível de atenção em saúde que deve ser ofertado por todos os municípios do País em seu próprio território, com qualidade e suficiência para sua população” (BRASIL, 2001, p. 17).

A NOAS propunha ampliação da AB, buscando qualidade e efetividade nesse nível, identificando as ações adequadas aos problemas de saúde, garantindo que essas ações fossem ofertadas em nível municipal, o mais perto possível do local em que os usuários residem. Adota a ESF como eixo desta ampliação por enfatizar a integralidade e organizar o acesso aos demais níveis de atenção (BRASIL, 2001).

Em 2006, foi elaborado o Pacto de Gestão, que entende a AB como estruturante para a organização do SUS e a define como o contato preferencial dos usuários com o sistema de saúde, que orientando-se pelos princípios da universalidade, acessibilidade, continuidade, integralidade, responsabilização, humanização, vínculo, equidade e participação social, deve ser desenvolvida por meio de práticas gerenciais e sanitárias, democráticas e participativas, sob a forma de trabalho em equipe, e utilizando tecnologias de elevada complexidade e baixa

¹ Neste trabalho utilizaremos o termo Atenção Básica por entender o peso político que o mesmo teve e tem na luta pela mudança do sistema de saúde brasileiro.

densidade, deve buscar a promoção da saúde, a prevenção e tratamento de doenças e a redução de danos ou de sofrimentos presentes com maior frequência e relevância nas populações de territórios delimitados, pelos quais assumem responsabilidade (BRASIL, 2005b).

Além disso, a AB deve se basear na atenção à família e nas necessidades populacionais considerando o contexto econômico, social e cultural, que exige uma análise da situação de saúde dos indivíduos e famílias dentro da perspectiva da saúde coletiva (BRASIL, 2005b).

Também no ano de 2006, foi aprovada pela Portaria nº 648/GM a PNAB, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da AB. Esse documento altera algumas características em relação ao Pacto de Gestão, colocando a AB como um conjunto de ações de saúde desenvolvidas 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 da população pela qual assume a responsabilidade sanitária, devendo orientar-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, 2006b), além das características já anunciadas no Pacto de Gestão.

A PNAB de 2006 estabelece como fundamentos da AB: proporcionar acesso universal e contínuo a serviços de qualidade e resolutivos, efetivar a integralidade, desenvolver relações de vínculo e responsabilização entre a equipe de saúde e a população adscrita, valorizar os profissionais, realizar avaliação e acompanhamento dos resultados alcançados e estimular a participação da população e o controle social (BRASIL, 2006b).

Em 2011, foi atualizada a PNAB por meio da Portaria nº 2.488, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da AB, para a ESF e o PACS (BRASIL, 2011b).

Neste documento, a AB é considerada o contato preferencial, a principal porta de entrada e o centro de comunicação da Rede de Atenção à Saúde (RAS), estabelecendo a Saúde da Família como estratégia prioritária para sua expansão e consolidação (BRASIL, 2011b).

Deve ser desenvolvida com o mais alto grau de descentralização e capilaridade, ocorrendo o mais próximo possível do local em que as pessoas vivem,

objetivando maior capacidade de responder às necessidades de saúde, com agilidade, qualidade, de forma acolhedora e humanizada (BRASIL, 2011b).

Dentro da RAS deve exercer funções fundamentais: ser a base do sistema de saúde, ser resolutiva (identificando os problemas de saúde da população e integrando os serviços), desenvolver a coordenação do cuidado (elaborando, acompanhando e gerindo projetos terapêuticos e organizando o fluxo de usuários entre os níveis de atenção), e de ordenar as redes (reconhecendo as necessidades de saúde da população do seu território e organizando-as com outros pontos de atenção) (BRASIL, 2011b).

O conceito de AB praticamente se mantém o mesmo expresso na PNAB de 2006, foi acrescentado que a AB deve abranger um conjunto de ações com o objetivo de desenvolver uma atenção integral que impacte na situação de saúde e autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades, sendo desenvolvida por meio do exercício de práticas de cuidado e gestão, utilizando tecnologias de cuidado complexas e variadas que devem auxiliar no manejo das demandas e necessidades de saúde de maior frequência e relevância em seu território, observando critérios de risco, vulnerabilidade, resiliência e o imperativo ético de que toda demanda, necessidade de saúde ou sofrimento devem ser acolhidos (BRASIL, 2011b)

Apresenta como fundamentos e diretrizes da AB: ter território adscrito, permitindo ações que gerem impacto na situação e nos condicionantes e determinantes de saúde das coletividades que constituem o território; possibilitar o acesso universal e contínuo a serviços de qualidade e resolutivos; adscrever usuários e proporcionar relação de vínculo e responsabilização entre a equipe e a população adscrita; coordenar a integralidade e estimular a participação dos usuários (BRASIL, 2011b).

A AB deve ser orientada pelos princípios da universalidade, da acessibilidade, do vínculo, da continuidade do cuidado, da integralidade da atenção, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social. Deve ainda, promover o acolhimento, estabelecer vínculo e ser responsável pela atenção à necessidade de saúde do usuário, sendo capaz de escutar e responder de forma resolutiva a maior parte dos problemas de saúde da população (BRASIL, 2012).

Porém, observa-se que esse modelo de atenção proposto na legislação, que coloca a AB como uma política de reorganização dos sistemas e serviços de saúde, não se implementou conforme idealizado (ESCOREL et al., 2007).

Pois a partir de 1990, em plena “criação” do SUS, o Brasil entrou na onda internacional de globalização neoliberal, financeirização dos orçamentos públicos e do Estado mínimo (SANTOS, 2010). E por influência das políticas neoliberais ocorreram muitas contradições entre o que se consolidou na legislação (Constituição Federal de 1988) e o que se pôs em prática nos serviços de saúde (CARVALHO, 2012).

Nesta década, o financiamento pelo Banco Mundial de projetos e programas na área da saúde aumentaram influenciando as políticas nacionais, com o objetivo de reduzir o papel e a participação do Estado na oferta de serviços de saúde. Implementaram-se programas que focalizavam suas ações na população pobre e que ampliavam a participação do setor privado favorecendo a expansão do capital neste setor (RIZZOTTO, 2012).

O modelo universal, igualitário, integral foi encoberto pelas ideias neoliberais, que pregam um modelo de APS focalizado, de baixo custo, excludente e que oferece uma cesta mínima de ações (GIL, 2006). Se colocados em prática os direitos a saúde legalizados na Constituição Federal de 1988, se constituiriam em uma barreira para os interesses do capital privado, ou seja, o SUS era um empecilho aos objetivos da política neoliberal (RIZZOTTO, 2012).

Passados 26 anos de criação do SUS, a AB não se coloca nem como porta de entrada e nem como estruturante do sistema de saúde, se direciona ainda, às populações pobres, sem ser universal, nem resolutiva (SANTOS, 2010).

2.3 A diretriz da regionalização em saúde

O processo de regionalização consiste na distribuição geográfica dos serviços de saúde no âmbito da Região de Saúde (RS) através da conformação de RAS com objetivo de garantir acesso da população às ações e serviços de saúde em todos os níveis de atenção.

Considerando-se que a AB deve desenvolver as funções de coordenação do cuidado, ordenação e centro de comunicação da RAS é de extrema importância que

a FTS esteja bem distribuída na RS a fim de proporcionar um atendimento de qualidade à população.

2.3.1 A regionalização na política de saúde brasileira

O termo regionalização passou a ser mais mencionado na política de saúde brasileira a partir Constituição Federal de 1988, que traz no artigo 198, a descrição de que “as ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada” (BRASIL, 2013a, p. 33). Tal diretriz foi reafirmada na Lei 8.080/90, que regulamenta o SUS, na qual as ações e serviços públicos de saúde e os serviços privados contratados ou conveniados que fazem parte do SUS devem ser desenvolvidos com ênfase na regionalização e hierarquização da rede de serviços de saúde e nos demais princípios que regem o SUS (BRASIL, 1990).

A regionalização está relacionada à distribuição geográfica dos serviços de saúde (NORONHA; LIMA; MACHADO, 2008), por meio da delimitação de espaços territoriais específicos para a organização das ações de saúde, subdivisões ou agregação do espaço político-administrativo (TEIXEIRA, 2011).

É compreendida como:

um processo político que envolve mudanças na distribuição de poder e o estabelecimento de um sistema de interrelações entre diferentes atores sociais (governos, agentes, instituições, cidadãos) no espaço geográfico. Inclui, ainda, a criação de novos instrumentos de planejamento, integração, gestão, regulação e financiamento de uma rede de ações e serviços de saúde no território. (VIANA; LIMA; FERREIRA, 2010, p. 2318).

A regionalização passou a ganhar destaque com a elaboração da Norma Operacional de Assistência à Saúde de 2002 (NOAS-SUS 01/02) (VIANA; LIMA; FERREIRA, 2010), que estabeleceu diretrizes para o avanço do processo de descentralização baseada na estratégia da regionalização, com o objetivo de garantir acesso a todos os cidadãos às ações de saúde resolutivas e de qualidade em todos os níveis de atenção, buscando a consolidação dos princípios da universalidade, equidade e integralidade (BRASIL, 2001).

A regionalização deve:

contemplar uma lógica de planejamento integrado de maneira a conformar sistemas funcionais de saúde, ou seja, redes articuladas e cooperativas de atenção, referidas a territórios delimitados e a populações definidas, dotadas de mecanismos de comunicação e fluxos de inter-relacionamento que garantam o acesso dos usuários às ações e serviços de níveis de complexidade necessários para a resolução de seus problemas de saúde, otimizando os recursos disponíveis. (BRASIL, 2001, p. 15).

Um dos instrumentos utilizados é o Plano Diretor de Regionalização (PDR), que consiste de um instrumento de ordenamento do processo de regionalização da assistência à saúde nos estados, devendo ser organizado pela SES em conjunto com a SMS, na busca de organizar os territórios estaduais em regiões de saúde que devem cobrir todo o Estado e de realizar o planejamento das ações e serviços de saúde com enfoque territorial-populacional, definindo as prioridades de intervenção baseando-se nas necessidades de saúde da população, garantindo o acesso a todos os níveis de atenção, conformando sistemas funcionais e resolutivos (BRASIL, 2001; BRASIL, 2002).

A NOAS-SUS 01/02 enfatizou o processo de regionalização como uma estratégia de hierarquização dos serviços de saúde e de busca de maior equidade. Nesse documento, enfatiza-se que a regionalização deve considerar a:

lógica de planejamento integrado, compreendendo as noções de territorialidade, na identificação de prioridades de intervenção e de conformação de sistemas funcionais de saúde, não necessariamente restritos à abrangência municipal, mas respeitando seus limites como unidade indivisível, de forma a garantir o acesso dos cidadãos a todas as ações e serviços necessários para a resolução de seus problemas de saúde, otimizando os recursos disponíveis. (BRASIL, 2002, p. 02).

Segundo a NOAS-SUS 01/02, a RS constitui-se em uma base territorial onde é realizado o planejamento da atenção à saúde considerando-se as características demográficas, socioeconômicas, geográficas, sanitárias, epidemiológicas, oferta de serviços, relações entre municípios, entre outras características (BRASIL, 2002).

Como afirmado anteriormente, em 2006, foi elaborado o Pacto de Gestão, documento que deu continuidade à discussão da regionalização a partir da NOAS visando à implementação de uma regionalização solidária e cooperativa (CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE, 2011).

O Pacto propõe que:

a regionalização em saúde seja um processo de constituição das regiões de saúde, onde se organize uma rede regionalizada e hierarquizada de atenção visando à universalidade do acesso, a equidade, a integralidade e resolutividade das ações e serviços de saúde. (BRASIL, 2005b, p. 18).

Cita como objetivos da regionalização: garantir acesso, resolutividade, qualidade das ações e serviços de saúde, garantir direito à saúde, diminuir as desigualdades sociais e territoriais, promover a equidade e integralidade, racionalizar gastos, otimizar recursos e potencializar o processo de descentralização (BRASIL, 2005b).

No Pacto de Gestão as RS são consideradas recortes territoriais formados a partir de identidades compartilhadas, tais como: identidade socioeconômica e cultural, de redes de comunicação, infraestrutura de transportes, redes de ações e serviços direcionadas para a integralidade da atenção à saúde e para as questões relacionadas à educação e à existência de instituições de ensino (BRASIL, 2005b).

As regiões podem se organizar em: intraestaduais (composta por vários municípios dentro de um estado), intramunicipais (formada dentro de um município que tenha grande expansão de território e população), interestaduais (composta de municípios limítrofes de diferentes Estados) e fronteiriças (compostas por municípios limítrofes de países vizinhos) (BRASIL, 2005b).

Mais recentemente, foi promulgado o Decreto 7.508/2011 que regulamenta a Lei 8.080/1990 sobre a organização do SUS, o planejamento e assistência à saúde e a articulação interfederativa (BRASIL, 2011c). Este documento define a RS como um:

espaço geográfico contínuo constituído por agrupamentos de municípios limítrofes, delimitado a partir de identidades culturais, econômicas e sociais e de redes de comunicação e infraestrutura de transportes compartilhados, com a finalidade de integrar a organização, o planejamento e a execução de ações e serviços de saúde. (BRASIL, 2011c, p. 01).

Toda RS deve conter minimamente ações e serviços de atenção primária, urgência e emergência, atenção psicossocial, atenção ambulatorial especializada e hospitalar e vigilância em saúde (BRASIL, 2011c), sendo que essas estruturas

devem estar bem distribuídas territorialmente para que as necessidades de saúde da população possam ser atendidas.

Mas, deve-se levar em consideração que existem enormes desigualdades sócio econômicas e de necessidade de saúde da população entre os estados e as regiões brasileiras (GERSCHMAN, 2000) e até mesmo entre os municípios de uma mesma RS, como observado na Macrorregião Oeste do Paraná, na qual ao mesmo tempo em que algumas cidades apresentam Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM) próximo ao do Estado do Paraná (0,749), outros apresentam valores próximos dos municípios do Nordeste brasileiro, menos desenvolvido, como Diamante do Sul, com IDHM de 0,608, Ramilândia com IDHM de 0,630 (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2010).

Em 2010, aprovou-se a Portaria 4.279, que estabelece a organização das RAS em busca de superar a fragmentação da atenção e da gestão nas RS, caracterizada, além de outros fatores, por uma intensa fragilidade na gestão do trabalho, com graves problemas de precarização e carência de profissionais em relação ao número e ao alinhamento com a política pública (BRASIL, 2010).

A RAS é definida como “arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas, que integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado” (BRASIL, 2010, p. 04).

Com o objetivo de superar a fragmentação da assistência e aumentar a eficácia tanto da organização interna quanto da capacidade de enfrentar os desafios sócio econômicos, demográficos, epidemiológicos e sanitários, institui-se a AB como coordenadora do cuidado e ordenadora da rede (BRASIL, 2010).

A AB como centro de comunicação da RAS, pelas suas características de centralidade nas necessidades de saúde, responsabilização na atenção contínua e integral, cuidado multiprofissional, pode produzir impacto positivo nos indicadores de saúde da população, possibilitando a construção de vínculos de solidariedade e cooperação (BRASIL, 2010).

No Paraná está em fase de implantação a Rede Mãe Paranaense, a Rede de Urgência e Emergência, a Rede Saúde Bucal e a Rede de Saúde Mental.

A Rede Mãe Paranaense, implantada em 2012 pela Secretaria de Estado do Paraná a partir da experiência exitosa do Mãe Curitibana, que reduziu os indicadores de mortalidade materna e infantil com ações de atenção ao pré-natal e à

criança e a vinculação da gestante ao hospital para uma adequada atenção ao parto, propõe a organização da atenção materno-infantil no pré-natal e puerpério e o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento das crianças, principalmente no primeiro ano de vida, envolvendo ações de captação precoce da gestante, o seu acompanhamento no pré-natal, com no mínimo sete consultas, a realização de 17 exames, a classificação de risco das gestantes e das crianças, a garantia de ambulatório especializado para as gestantes e crianças de risco e a garantia do parto por meio de um sistema de vinculação ao hospital conforme o risco gestacional (PARANÁ, 2015).

A Rede de Urgência e Emergência foi instituída em 2011, pela Portaria nº 1600, faz parte das Redes Temáticas Prioritárias do MS, devendo ser implantada através de pactuação entre as três esferas de gestão. Caracteriza-se por uma complexa rede de atendimento, que inclui equipes multiprofissionais treinadas para acolher a população nos municípios onde moram, contando com transporte ou atendimento hospitalar de urgência até acompanhamento domiciliar no pós-alta (PARANÁ, 2015).

A Rede de Atenção à Saúde Bucal foi criada pelo governo do Paraná para proporcionar à população maior qualidade, eficiência e eficácia dos serviços públicos odontológicos. Busca estimular a promoção da saúde, prevenção e o controle das doenças bucais, a partir de um modelo de gestão articulado com as demais áreas governamentais e a população. Na prática, as ações envolvem a prevenção, o tratamento e a reabilitação do paciente de maneira ordenada pelas Unidades da Saúde da Família e com os sistemas de referência e contrarreferência para a atenção secundária e terciária (PARANÁ, 2015).

A Rede de Saúde Mental vem sendo construída desde 2011, tem o objetivo de promover o cuidado integral às pessoas com sofrimento, transtornos mentais ou necessidades decorrentes do uso de drogas. Tanto os usuários quanto seus familiares encontram apoio nos diversos pontos de atenção da rede, como as Unidades de Saúde, os Centros de Atenção Psicossocial, Unidades de Acolhimento, Serviços Integrados de Saúde Mental, entre outros. Para a efetivação dessa rede, a Secretaria de Estado da Saúde (SESA) redefiniu suas diretrizes por meio de um processo de planejamento estratégico, de forma a incluir os pequenos municípios que não são contemplados na política nacional (PARANÁ, 2015).

REFERÊNCIAS

ALMA-ATA. Organização Mundial da Saúde. Fundo das Nações Unidas para a Infância. **Relatório da Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde**. União Soviética, 1978. Disponível em: <<http://cmdss2011.org/site/wp-content/uploads/2011/07/Declara%C3%A7%C3%A3o-Alma-Ata.pdf>>. Acesso em: 20 jun. 2014.

ANTUNES, Ricardo (Org.). **A dialética do trabalho: escritos de Marx e Engels**. São Paulo: Expressão Popular, 2004.

ARAÚJO, Lídice Maria et al. Para subsidiar a discussão sobre a desprecarização do trabalho no SUS. In: CAMPOS, Francisco Eduardo; MACHADO, Maria Helena; COUTO, Luiza Cláudia Dias (Org.). **Cadernos RH Saúde**, Brasília: MS, 2006. p.155-166.

BAPTISTA, Tatiana Wargas de Faria. História das políticas de saúde no Brasil: a trajetória do direito à saúde. In: MATTA, Gustavo Corrêa; PONTES, Ana Lúcia de Moura. **Políticas de saúde: organização e operacionalização do sistema único de saúde**. Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz, 2007. (Coleção Educação Profissional e Docência em Saúde: a formação e o trabalho do agente comunitário de saúde, 3). Disponível em: <<http://www.epsjv.fiocruz.br/index.php?Area=Material&MNU=&Tipo=1&Num=25>>. Acesso em: 10 jan. 2014.

BOTTOMORE, Tom (Ed.). **Dicionário do pensamento Marxista**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Conferência Nacional de Recursos Humanos para a Saúde: Relatório final**. Brasília, DF, 1986. 54 p. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/0116conf_rh.pdf>. Acesso em: 22 ago. 2014.

BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. Lei nº 8.080 de 19 de Setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília, DF, 1990. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm>. Acesso em: 02 jul. 2013.

BRASIL. Ministério da saúde. **Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde/NOB-SUS 96**. Brasília: Ministério da Saúde, 1997. Disponível em: <<http://www.desenvolvimentoqs.ufba.br/sites/desenvolvimentoqs.ufba.br/files/NOB%20-%20SUS%20%2096.pdf>>. Acesso em: 20 set. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual para a organização da Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 1999. Disponível em: <<http://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/2010.pdf>>. Acesso em: 20 set. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Regionalização da assistência à saúde: aprofundando a descentralização com equidade no acesso**. Norma Operacional da Assistência à Saúde – NOAS-SUS 01/01 e Portaria MS/GM n.º 95, de 26 de janeiro de 2001 e regulamentação complementar. Brasília: Ministério da Saúde, 2001. (Série A. Normas e Manuais Técnicos; n. 116). Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/regionalizacao_assist_saude.pdf>. Acesso em: 15 jun. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 373 de 27 de fevereiro de 2002. Norma Operacional da Assistência à saúde /SUS-NOAS-SUS 01/02. Brasília, DF, 2002. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt0373_27_02_2002.html>. Acesso em: 25 jun. de 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Princípios e Diretrizes para NOB/RH-SUS Saúde**. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2003. (Série J. Cadernos – MS). (Série Cadernos Técnicos – CNS). Disponível em: <<http://livroaberto.ibict.br/bitstream/1/805/1/Princ%C3%ADpios%20e%20Diretrizes%20para%20o%20NOB-RH-SUS.pdf>>. Acesso em: 18 nov. 2014.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Recursos humanos: um desafio do tamanho do SUS**. Brasília: CONASS, 2004. 28 p. Disponível em: <http://www.conass.org.br/conassdocumenta/cd_4.pdf>. Acesso em: 18 nov. 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. **Documentos preparatórios para 3ª Conferência Nacional de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde: trabalhadores da saúde e a saúde de todos os brasileiros: práticas de trabalho, gestão, formação e participação**. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2005a. 73 p. (Série D. Reuniões e Conferências). Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cartilha3conf_pdf.pdf>. Acesso em: 26 nov. 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Departamento de Apoio à Descentralização. **Pacto de Gestão: Garantindo saúde para todos**. Brasília: Ministério da Saúde, 2005b. 84 p. (Série B. Textos Básicos de Saúde). Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pacto_gestao.pdf>. Acesso em: 31 jan. 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão e da Regulação do Trabalho em Saúde. **DesprecarizaSUS : perguntas & respostas**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006a. 32 p. (Série C. Projetos, Programas e Relatórios). Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/desprec_cart.pdf>. Acesso em: 18 nov. 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006b. 60 p. (Série A. Normas e Manuais Técnicos) (Série Pactos pela Saúde 2006, v. 4). Disponível em: <<http://dab.saude.gov.br/portaldab/biblioteca.php?conteudo=publicacoes/pnab>>. Acesso em: 18 jun. 2013.

BRASIL. Organização Pan-Americana da Saúde. Ministério da Saúde. **Chamado à ação de Toronto: 2006-2015: rumo a uma década de recursos humanos em saúde nas Américas**, Brasília: Ministério da Saúde, 2006c. (Série D. Reuniões e Conferências).

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **SUS 20 anos**. Brasília: CONASS, 2009. Disponível em: <<http://www.conass.org.br/publicacoes/sus20anosfinal.pdf>>. Acesso em: 14 fev. 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 4279 de 30 de dezembro de 2010. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, DF, 2010. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt4279_30_12_2010.html>. Acesso em: 02 jul. 2013.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **A Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde**. Brasília: CONASS, 2011a. 120 p. (Coleção para entender a gestão do SUS, 2011). Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/para_entender_gestao_sus_v.9.pdf>. Acesso em: 20 nov. 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.488 de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Brasília, DF, 2011b.

Disponível em:

<http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488_21_10_2011.html>.

Acesso em: 15 jul. 2013.

BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. Decreto nº 7.580, de 28 de junho de 2011. Regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências.

Brasília, DF, 2011c. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/decreto/D7508.htm>. Acesso em: 02 jul. 2013.

BRASIL. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília, DF: MS, 2012. (Série E. legislação em Saúde).

BRASIL. Senado Federal. **Constituição da República Federativa do Brasil**: texto promulgado em 05 de outubro de 1988. Brasília, DF, 2013a. Disponível em:

<http://www.senado.gov.br/legislacao/const/con1988/CON1988_05.10.1988/CON1988.pdf>. Acesso em: 14 jul. 2013.

BRASIL. Programa Mais Médicos. 2013b. Disponível em:

<<http://www.maismedicos.saude.gov.br/>>. Acesso em: 22 dez. 2014.

CAMPOS, Gastão Wagner de Souza. Recursos humanos na Saúde: fator de produção e sujeitos sociais no processo de reforma sanitária. In: CAMPOS, Gastão Wagner de Souza; MERHY, Emerson Elias; NUNES, Everardo Duarte.

Planejamento sem normas. 2. ed. São Paulo: HUCITEC, 1994.

CAMPOS, Carlos Eduardo Aguilera. A organização dos serviços de Atenção Primária à Saúde no Brasil. **Revista Brasileira Médica e Farmacêutica e**

Comunitária, Rio de Janeiro, v. 2, n. 6, p. 131-147, 2006. Disponível em:

<<http://rbmfc.org.br/index.php/rbmfc/article/view/36>>. Acesso em: 25 jun. 2013.

CAMPOS, Francisco Eduardo de; PIERANTONI, Célia Regina; MACHADO, Maria Helena. Conferências de saúde, o trabalho e o trabalhador da saúde: a expectativa do debate. In: CAMPOS, Francisco Eduardo; MACHADO, Maria Helena; COUTO, Luiza Cláudia Dias (Org.). **Cadernos RH Saúde**, Brasília: MS, 2006. p. 8-11.

CAMPOS, Francisco Eduardo de; MACHADO, Maria Helena; GIRARDI, Sábado Nicolau. A fixação de profissionais de saúde em regiões de necessidades. **Divulgação em Saúde para Debate**, Rio de Janeiro, n. 44, p. 13-24, 2009. Disponível em: <http://www.cnts.org.br/public/arquivos/Artigo_Campos.pdf>. Acesso em: 25 jun. 2014.

CARVALHO, Manoela de. **Contribuições ao planejamento da força de trabalho em saúde para a atenção básica**. 2012. 277 f. Tese de doutorado Campinas – Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2012. Disponível em: <<http://www.bibliotecadigital.unicamp.br/document/?code=000865212&fd=y>>. Acesso em: 20 out. 2013.

COELHO, Ivan Batista. Formas de pensar e organizar o sistema de saúde: os modelos assistenciais em saúde. In: CAMPOS, Gastão Wagner de Souza; GERRERO, André Vinicius Pires (Org.). **Manual de práticas de atenção básica: saúde ampliada e compartilhada**. 2. ed. São Paulo: Aderaldo & Rothschild, 2010.

CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE. **Atenção Primária e Promoção da Saúde**. Brasília: CONASS, 2011. 197 p. (coleção para Entender a Gestão do SUS, v. 3). Disponível em: <http://www.conass.org.br/colecao2011/livro_3.pdf>. Acesso em: 25 maio 2013.

DEDECCA, Cláudio Salvadori; TROVÃO, Cassiano José Bezerra Marques. A força de trabalho no complexo da saúde: vantagens e desafios. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 18, n. 6, p. 1555-1567, 2013. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v18n6/08.pdf>>. Acesso em: 20 jun. 2014.

DOURADO, Daniel de Araujo; ELIAS, Paulo Eduardo Mangeon. Regionalização e dinâmica política do federalismo sanitário brasileiro. **Revista Saúde Pública**, v. 45, n. 1, p. 204-211, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-89102011000100023&script=sci_arttext>. Acesso em: 03 jul. 2013.

SCOREL, Sarah; NASCIMENTO, Raimundo do; EDLER, Flavio Coelho. As Origens da Reforma Sanitária e do SUS. In: LIMA, Nísia Trindade et al. **Saúde e Democracia: história e perspectivas do SUS**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005.

SCOREL, Sarah et al. O Programa de Saúde da Família e a construção de um novo modelo para a atenção básica no Brasil. **Revista Panamericana de Salud Publica**, v. 21, n. 2, 2007. Disponível em: <<http://www.scielosp.org/pdf/rpsp/v21n2-3/11>>. Acesso em: 24 ago. 2013.

ESCOREL, Sarah. Histórias das políticas de saúde no Brasil de 1964 a 1990: do golpe militar à reforma sanitária. In: GIOVANELLA, Lígia et al. (Org.). **Políticas e Sistema de Saúde no Brasil**, Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2008.

ESTAÇÃO DE PESQUISA DE SINAIS DE MERCADO EM SAÚDE. **Construção do índice de escassez de profissionais de saúde para apoio à Política Nacional de Promoção da Segurança Assistencial em Saúde**. Belo Horizonte, 2010. Disponível em: <<http://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/2443.pdf>>. Acesso em: 25 jun. 2013.

FARIA, Horácio Pereira de et al. **Processo de trabalho em saúde**. 2 ed. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, Coopmed, 2009.

FARIA, Helayne Ximenes; ARAUJO, Maristel Dalbello. Precarização do trabalho e processo produtivo do cuidado. **Dossiê: Classes Sociais e Transformações no Mundo do Trabalho**, Londrina, v. 16, n. 1, p. 142-156, 2011. Disponível em: <<http://www.uel.br/revistas/uel/index.php/mediacoes/article/view/7880>>. Acesso em: 03 maio 2013.

FAUSTO, Márcia Cristina Rodrigues; MATTA, Gustavo Corrêa. Atenção Primária à Saúde: histórico e perspectivas. In: MOROSINI, Márcia Valéria; CORBO, Anamaria D'Andrea (Org.). **Modelos de Atenção e a Saúde da Família**. Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz, 2007. (Coleção Educação Profissional e Docência em Saúde: a formação e o trabalho do agente comunitário de saúde, 4).

FLEURY, Sonia. Reforma Sanitária Brasileira: dilemas entre o instituinte e o instituído. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 14, n. 3, p. 743-752, 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v14n3/10.pdf>>. Acesso em: 15 jun. 2013.

GERSCHMAN, Silvia. A descentralização da política de saúde no final dos anos 1990. **RAP**, Rio de Janeiro, n. 4, v. 34, p. 147-170, 2000. Disponível em: <<http://bibliotecadigital.fgv.br/ojs/index.php/rap/article/viewFile/6296/4886>>. Acesso em: 18 jul. 2014.

GIL, Célia Regina Rodrigues. Formação de recursos humanos em saúde da família: paradoxos e perspectivas. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 2, p. 490-498, 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v21n2/15.pdf>>. Acesso em: 15 maio 2014.

GIL, Célia Regina Rodrigues. **Práticas profissionais em Saúde da Família: expressões de um cotidiano em construção**. 2006. 318 f. Tese de doutorado

apresentada à Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2006.

GIOVANELLA, Lígia; MENDONÇA, Maria Helena Magalhães de. Atenção Primária à Saúde. In: GIOVANELLA, Lígia et al (Org.). **Políticas e Sistemas de Saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008.

GUSSO, Gustavo Diniz Ferreira; BENSENOR, Isabela Judith Martins; OLMOS, Rodrigo Díaz. Terminologia da Atenção Primária à Saúde. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Rio de Janeiro, v. 36, n. 1, p. 93-99, 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbem/v36n1/a13v36n1.pdf>>. Acesso em: 02 jun. 2013.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Cidades, Censo 2010. Disponível em: <<http://www.cidades.ibge.gov.br/>>. Acesso em: 14 fev. 2014.

KOCHE, José Carlos. **Fundamentos de metodologia científica**. 19 ed. Petrópolis, RJ: Editora Vozes, 1997.

LACAZ, Francisco Antônio de Castro et al. Gestão do trabalho e tecnologia na atenção básica do sistema único de saúde em municípios do Estado de São Paulo. In: ASSUNÇÃO, Ada Ávila (Org.). **Trabalhar na saúde: experiências cotidianas e desafios para a gestão do trabalho e do emprego**, Rio de Janeiro: Fiocruz, 2011.

MACHADO, Maria Helena. Trabalhadores da Saúde e sua trajetória na Reforma Sanitária. In: CAMPOS, Francisco Eduardo; MACHADO, Maria Helena; COUTO, Luiza Cláudia Dias (Org.). **Cadernos RH Saúde**, Brasília: MS, 2006. p. 12-25.

MACHADO, Maria Helena. Trabalho e emprego em saúde. In: GIOVANELLA, Lígia et al (Org.). **Políticas e Sistema de Saúde no Brasil**, Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2008.

MACHADO, Maria Helena. Gestão do trabalho em saúde. In: PEREIRA, Isabel Brasil; LIMA, Júlio César França. **Dicionário da educação profissional em saúde**. 2. ed. Rio de Janeiro: EPSJV, 2009.

MARQUES, Alexandre Brum. A terceirização da atividades-fim na área da Saúde. Texto extraído do Jus Navigandi, 2002. Elaborado em 2002. Publicado em 2003. Disponível em: <<http://jus.com.br/artigos/3735/a-terceirizacao-da-atividades-fim-na-area-de-saude>>. Acesso em: 24 mar. 2013.

MARTINS, Maria Inês Carsalade; MOLINARO, Alex. Reestruturação produtiva e seu impacto nas relações de trabalho nos serviços públicos de saúde no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 18, n. 6, p. 1667-1676, 2013. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v18n6/18.pdf>>. Acesso em: 18 jun. 2014.

MARX, Karl. **O Capital: crítica da economia política**. São Paulo: Nova Cultura, 1996. Disponível em: <http://www.histedbr.fae.unicamp.br/acer_fontes/acer_marx/ocapital-1.pdf>. Acesso em: 01 jan. 2014.

MATTA, Gustavo Corrêa; MOROSINI, Márcia Valéria Guimarães. Atenção primária à saúde. In: PEREIRA, Isabel Brasil; LIMA, Júlio César Franco. **Dicionário da educação profissional em saúde**. 2. ed. Rio de Janeiro: EPSJV, 2009.

MEDEIROS, Soraya Maria de; ROCHA, Semíramis Melani Melo. 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, p. 399-409, 2004. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v9n2/20394.pdf>>. Acesso em: 20 maio 2013.

MEDEIROS, Kátia Rejane de et al. O sistema de Informação em Saúde como instrumento da política de recursos humanos: um mecanismo importante na detecção das necessidades da força de trabalho para o SUS. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 2, p. 433-440, 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v10n2/a21v10n2.pdf>>. Acesso em: 03 maio 2013.

MENDES, Eugênio Vilaça. **O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2012.

MENDONÇA, Claunara Schilling. Saúde da família, agora mais do que nunca! **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.14, n. 1, p. 1493-1497, 2009. Suplemento. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v14s1/a22v14s1.pdf>>. Acesso em: 02 jun. 2013.

MENDONÇA, Maria Helena Magalhães de et al. Desafios para gestão do trabalho a partir de experiências exitosas de expansão da Estratégia de Saúde da Família. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 5, p. 2335-2365, 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v15n5/v15n5a11.pdf>>. Acesso em: 20 maio 2013.

MERHY, Emerson Elias; FRANCO, Túlio Batista. Trabalho em Saúde. In: PEREIRA, Isabel Brasil; LIMA, Júlio César Franco. **Dicionário da educação profissional em saúde**. 2. ed. Rio de Janeiro: EPSJV, 2009.

MERHY, Emerson Elias; FRANCO, Túlio Batista. Reestruturação produtiva e transição tecnológica na saúde: debate necessário para a compreensão do processo de “financeirização” do mercado na saúde. In: FRANCO, Túlio Batista; MERHY, Emerson Elias. **Trabalho, produção do cuidado e subjetividade em saúde**. São Paulo: HUCITEC, 2013.

MERHY, Emerson Elias. Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em ato, em saúde. In: FRANCO, Túlio Batista; MERHY, Emerson Elias. Trabalho, produção do cuidado e subjetividade em saúde. São Paulo: HUCITEC, 2013.

MERLO, Álvaro Roberto Crespo; LÁPIS, Naira Lima. A saúde e os processos de trabalho no capitalismo: algumas considerações. **Boletim da Saúde**, Porto Alegre, n. 1, v. 19, 2005. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010271822007000100009&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt&userID=-2>. Acesso em: 23 nov. 2014.

MINISTRY OF HEALTH. **Interim Report on the Future Provision of Medical and Allied Services 1920 (Lord Dawson of Penn)**. London, 1920. Disponível em: <<http://www.sochealth.co.uk/healthcare-generally/history-of-healthcare/interim-report-on-the-future-provision-of-medical-and-allied-services-1920-lord-dawson-of-penn/>>. Acesso em: 22 jan. 2014.

NAVARRO, Vera Lucia; PADILHA, Valquíria. Dilemas do trabalho no capitalismo contemporâneo. **Psicologia e Sociedade**, Porto Alegre, v. 19, 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-71822007000400004&script=sci_arttext>. Acesso em: 22 set. 2014.

NAVARRO, Vera Lucia; PADILHA, Valquíria. Dilemas do trabalho no capitalismo contemporâneo. In: CÊA, Georgia Sobreira dos Santos; MUROFUSE, Neide Tiemi; DEITOS, Roberto Antonio (Org.). **Trabalho, Educação e saúde: formação permanente de profissionais e usuários da saúde pública**, Cascavel: EDUNIOESTE, 2012.

NETTO, José Paulo. **Economia Política: uma introdução crítica**. 6 ed. São Paulo: Cortez, 2010.

NOGUEIRA, Roberto Passos. A força de trabalho em saúde. **Revista Administração Pública**, v. 17, n. 3, p. 61-70, 1983.

NOGUEIRA, Roberto Passos. A força de trabalho em saúde no contexto da Reforma Sanitária. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 3, n. 3, p. 332-342, 1987. Disponível em: <<http://www.scielo.org/pdf/csp/v3n3/v3n3a11.pdf>>. Acesso em: 10 jan. 2014.

NOGUEIRA, Roberto Passos. Resultado do Estudo de Avaliação de Tendências e Prioridades sobre Recursos Humanos em Saúde. In: BRASIL. Ministério da Saúde. **Política de recursos humanos em saúde**, Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

NOGUEIRA, Roberto Passos. **Novas Tendências Internacionais da Força de Trabalho do Setor Público**: o Brasil comparado com outros países. Brasília, DF, 2005. Material parte da pesquisa Gestão de Recursos Humanos na Administração Pública em Âmbito Internacional: o Brasil comparado com outros países, componente do plano diretor 2004/2005, do Observatório de Recursos Humanos em saúde. Disponível em: <http://www.observarh.org.br/nesp/upload/arquivos/20051212023516_rpn_port.pdf>. Acesso em: 20 maio 2013.

NOGUEIRA, Roberto Passos. O trabalho em serviços de saúde. **Texto de Apoio da Unidade Didática I**, Curso de Especialização em Saúde da Família, 2014. Disponível em: <www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/1500.pdf>. Acesso em: 01 fev. 2014.

NOGUEIRA, Roberto Passos; BARALDI, Solange; RODRIGUES, Valdemar de Almeida. Limites críticos das noções de precariedade e desprecarização do trabalho na administração pública. In: BARROS, André Falcão do Rêgo (Org.). **Observatório de recursos humanos em saúde no Brasil: estudo e análises**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. 500 p. (Série B. Textos básicos de saúde).

NORONHA, José Carvalho de; LIMA, Luciana Dias de; MACHADO, Cristiani Vieira. O Sistema Único de Saúde-SUS. In: GIOVANELLA, Lígia et al. (Org.). **Políticas e Sistema de Saúde no Brasil**, Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2008.

PARANÁ. Secretaria da Saúde do Estado do Paraná. 2015. Disponível em: <<http://www.saude.pr.gov.br/>>. Acesso em: 10 fev. 2015.

PEREIRA, Maria José Bistafa et al. A enfermagem no Brasil no contexto da força de trabalho em saúde: perfil e legislação. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 62, n. 5, p. 771-777, 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v62n5/22.pdf>>. Acesso em: 03 maio 2013.

PIERANTONI, Celia Regina et al. Gestão do Trabalho e da educação em saúde: recursos humanos em duas décadas do SUS. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 4, p. 685-704, 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/physis/v18n4/v18n4a05.pdf>>. Acesso em: 03 maio 2013.

PIMENTA, Solange Maria; CORRÊA, Maria Laetitia; SCHMITT, César de Almeida. Saber e trabalho nas organizações. In: VIEIRA, Adriane; ALVES, Marília; GARCIA, Fernando Coutinho. **Trabalho e gestão: saúde e inclusão social**. Belo Horizonte: Coopmed, 2012.

PIRES, Denise. **Reestruturação produtiva e Trabalho em saúde no Brasil**. 2 ed. São Paulo: CUT/Annablume, 2008.

PIRES-ALVES, Fernando A. Alma-Ata, Cazaquistão, 1978: A Conferência Internacional de Atenção Primária à Saúde. In: PIRES-ALVES, Fernando A; PAIVA, Carlos Henrique Assunção; FALLEIROS, Ialê. **Saúde e desenvolvimento: a agenda do pós-guerra**. 2014.

RAMOS, Marise Nogueira. Conceitos Básicos sobre o Trabalho. In: FONSECA, Angélica Ferreira; STAUFFER, Anakeila de Barros (Org.). **O Processo Histórico do Trabalho em Saúde**. Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz, 2007.

RIZZOTTO, Maria Lucia Frizon. **Capitalismo e Saúde no Brasil nos anos 90**: as propostas do Banco Mundial e o desmonte do SUS. São Paulo: HUCITEC, 2012.

SANTOS, Nelson Rodrigues dos. Sistema Único de Saúde - 2010: espaço para uma virada. **O Mundo da Saúde**, São Paulo, v. 34, n. 1, p. 8-19, 2010. Disponível em: <http://www.saocamilosp.br/pdf/mundo_saude/74/01_Sistema%20Unico%20de%20Saude.pdf>. Acesso em: 24 jul. 2014.

SAYD, Jane Dutra; JUNIOR, Luiz Vieira; VELANDIA, Israel Cruz. Recursos Humanos nas Conferências Nacionais de Saúde (1941-1992). **PHYSIS: Revista Saúde Coletiva**, v. 8, n. 2, p. 165-195, 1998. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/physis/v8n2/08.pdf>>. Acesso em: 22 maio 2013.

SORIANO, Raúl Rojas. **Manual de pesquisa social**. Rio de Janeiro: Vozes, 2004.

SOUZA, Moema Amélia Serpa Lopes de. As Novas Configurações do Trabalho em Saúde: os indicativos do processo de desregulamentação. **Textos & Contextos**, Porto Alegre, v. 9, n. 2, p. 334-344, 2010. Disponível em: <<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=321527167014>>. Acesso em: 14 jan. 2014.

TEIXEIRA, Carmen. **Os Princípios do Sistema Único de saúde**. Salvador, BA, 2011. Texto de apoio elaborado para subsidiar o debate nas Conferências Municipal e Estadual de Saúde. Disponível em: <http://www.saude.ba.gov.br/pdf/OS_PRINCIPIOS_DO_SUS.pdf>. Acesso em 20 maio 2013.

VIANA, Ana Luiza d'Ávila; LIMA, Luciana Dias de; FERREIRA, Maria Paula. Condicionantes estruturais da regionalização na saúde: tipologia dos Colegiados de Gestão Regional. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 15, n. 5, p. 2317-2326, 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.org/pdf/csc/v15n5/v15n5a07.pdf>>. Acesso em: 31 jan. 2014.

VIANA, Ana Luiza d'Ávila; BAPTISTA, Tatiana Wargas de Faria. Análise de políticas de saúde. In: GIOVANELLA, Lúcia. et al. (Org.). **Políticas e Sistema de Saúde no Brasil**, Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2008.

VIEIRA, Mônica. Recursos humanos em saúde. In: PEREIRA, Isabel Brasil; LIMA, Júlio César Franco. **Dicionário da educação profissional em saúde**. 2. ed. Rio de Janeiro: EPSJV, 2009.

ARTIGO CIENTÍFICO 1

**RELAÇÕES DE TRABALHO NA ATENÇÃO BÁSICA NA
MACRORREGIÃO OESTE DO PARANÁ**

Relações de trabalho na Atenção Básica na Macrorregião Oeste do Paraná

O objetivo foi analisar os vínculos de trabalho na Atenção Básica na Macrorregião Oeste do Paraná. Trata-se de estudo transversal, realizado em 2014, utilizando como fonte o Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde. Foram analisados 7775 vínculos. Os resultados indicam maioria de vínculos de trabalho protegidos (82,2%) e baixa multiplicidade de vínculos na Atenção Básica (5,2%); a maioria dos vínculos precários se encontra nos municípios de pequeno porte 1 (10,6), entre trabalhadores de nível superior sem formação em saúde (48,7%) e nos vínculos com carga horária semanal entre uma e dez horas (41,7%). Os resultados indicam a necessidade de apoio aos municípios de pequeno porte, de um papel mais ativo das secretarias estaduais de saúde e de políticas de valorização do trabalho e do trabalhador que melhorem as relações de trabalho e incentivem a fixação dos trabalhadores na Atenção Básica.

Palavras-chave: Recursos humanos em saúde; Emprego; Atenção primária à saúde.

Regarding the work relationship in Basic Attention in Macro Region in Paraná West

The text aims to analyze the links of the workforce in the health basic attention in the macro-region West of Paraná. This is a cross-sectional study carried out in 2014, using as a source the national register of Health establishments. 7775 links were analyzed. The results indicate most working links protected (82.2) and low multiplicity of links in the basic attention (5.2); most precarious links found in small municipalities 1 (10.6), between top-level workers without health education (48.7) and in the links with weekly hours between one and ten hours (41.7). The results indicate the necessity for support to small businesses, a more active role of the State departments of health and of appreciation of the work and the worker to improve labor relations and encourage the establishment of workers in primary health care.

Keywords: Health Manpower; Employment; Primary health care.

INTRODUÇÃO

A Atenção Básica (AB) é considerada a principal porta de entrada, o contato preferencial e o centro de comunicação na Rede de Atenção à Saúde (RAS), que visa, por meio de ações coletivas e individuais à promoção, proteção e manutenção da saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento e reabilitação, devendo suas ações ter impacto nas situações e nos determinantes e condicionantes de saúde da população¹.

É o nível de atenção que demanda menos equipamentos, mas um grande investimento em força de trabalho², já que especialmente neste nível de atenção o processo de trabalho se dá por meio de uma intensa relação entre trabalhador e usuário, que fazem em conjunto a produção do cuidado³.

Os trabalhadores são fundamentais para o desenvolvimento e melhoria do sistema de saúde, assim como para a consolidação da AB. Portanto, devem ser entendidos pela sua capacidade de proceder como agente social em diferentes ocasiões, de serem dotados de ideologia, de interesses próprios, de capacidade de interferir nas ações e de aderir e defender, ou não, as políticas de saúde, não devendo ser compreendidos como insumos passíveis de serem administrados e planejados como qualquer outro fator de produção⁴.

No Brasil, nos anos de 1990, logo após a elaboração da Norma Operacional Básica de Recursos Humanos para o SUS (NOB/RH-SUS), que enfatizou a centralidade do trabalho, do trabalhador, da valorização profissional e da regulamentação das relações de trabalho, reconhecendo a Força de Trabalho em Saúde (FTS) como essencial para a implementação do Sistema Único de Saúde (SUS), as políticas neoliberais adotadas em todos os níveis de governo permitiram flexibilizar e precarizar as relações de trabalho, caracterizando uma antipolítica de Recursos Humanos, com desdobramentos negativos na implementação do SUS⁵.

A incorporação da lógica da flexibilização coloca a força viva do trabalho sob uma apropriação precária, na qual o estatuto do trabalho e do trabalhador são conduzidos a um processo de desregulamentação do trabalho e da vida social, gerando desvalorização do trabalho, intensificação da exploração do trabalhador, captura da sua subjetividade, ameaça de desemprego e desproteção social⁶.

Diversas modalidades de vínculos precários no campo da saúde passaram a ser utilizadas como a contratação temporária, a terceirização, bolsas, estágios, contratos por meio de empresas ou cooperativas, por órgãos internacionais, convênios com Organizações Sociais de Interesse Público (OSCIP), entre outros⁷.

Esses vínculos caracterizam-se pela desproteção social ao trabalhador, com a perda de direitos e de benefícios assegurados pela legislação trabalhista, como a licença

maternidade, as férias anuais, o décimo terceiro salário e a aposentaria⁸, e ainda, o fato de o contrato de trabalho ter duração limitada provoca no trabalhador um sentimento de insegurança e instabilidade⁹.

O trabalho precário acaba contribuindo decisivamente para a existência de inúmeros problemas enfrentados pelo setor público de saúde, tais como a falta de compromisso dos trabalhadores com a instituição e com os usuários e a baixa qualidade dos serviços¹⁰, assim como a alta rotatividade dos trabalhadores.

Isso evidencia o não reconhecimento da importância central que ocupam os trabalhadores da saúde para o êxito do sistema, dos serviços e para o alcance dos próprios objetivos a que esse sistema se propõe. Nesse sentido, o presente estudo tem por objetivo analisar os vínculos da Força de Trabalho em Saúde na Atenção Básica na Macrorregião Oeste do Paraná.

MÉTODOS

Trata-se de estudo transversal, realizado de março a novembro de 2014, que utilizou como fonte o Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES). A área de abrangência da pesquisa é a Macrorregião Oeste do Paraná, formada por quatro Regiões de Saúde (8^a, 9^a, 10^a e 20^a), totalizando 79 municípios e população estimada de 1.592.543 habitantes.

A amostra é de 7775 vínculos, compondo a totalidade dos trabalhadores que atuam em estabelecimentos públicos de AB (posto de saúde, centro de saúde/unidade básica, centro de apoio à saúde da família, polo academia da saúde e farmácia) na Macrorregião referida.

Os trabalhadores foram classificados conforme o nível de formação em: trabalhadores com formação de nível superior na área da saúde; trabalhadores de saúde sem formação de nível superior; trabalhadores de nível superior sem formação na área de saúde; e trabalhadores sem identificação do nível de formação.

Os vínculos de trabalho foram organizados baseando-se na existência de proteção social e legal em: vínculos protegidos, vínculos precários e vínculos sem informação.

A distribuição dos vínculos também foi feita de acordo com o porte dos municípios: pequeno porte 1 (até 20.000 habitantes), pequeno porte 2 (20.001 até 50.000 habitantes), médio porte (50.001 até 100.000 habitantes) e grande porte (100.001 até 900.000 habitantes). Para a análise dos dados foi utilizada a estatística descritiva.

Este trabalho é parte dos resultados de dissertação de mestrado e recorte de uma pesquisa maior que investigou “A força de trabalho em saúde: estrutura, dinâmica e tendência na Macrorregião Oeste do Paraná”, financiada por edital do PPSUS. O projeto foi submetido ao CEP e aprovado pelo Parecer nº 535.238.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A flexibilização das relações de trabalho no Brasil se intensificaram a partir da assimilação do projeto neoliberal, na década de 1990, e da reforma administrativa do Estado implementada em 1995, que colocou a saúde como um serviço não-exclusivo do Estado. Isso facilitou a adoção de mecanismos, supostamente mais eficientes de gestão do trabalho, que permitem a flexibilização dos contratos e a demissão dos trabalhadores¹¹. Como consequência observou-se uma proliferação de vínculos precários de trabalho em todos os setores públicos, incluindo a saúde¹², que passou a absorver um grande contingente de trabalhadores, especialmente no nível municipal, face ao processo de descentralização e à incorporação da saúde como direito na Constituição Federal de 1988.

A transferência da gestão da força de trabalho para os municípios provocou a expansão das contratações de trabalhadores de saúde nesta esfera administrativa¹³. Os municípios transformaram-se nos maiores gestores do SUS, mas enfrentam dificuldades na gestão do trabalho, que vai desde a capacidade de seleção, mecanismos de contratação até a fixação dos trabalhadores. A admissão por meio de contratos precários é atribuída, pelos

gestores, aos limites de gasto com pessoal, impostos pela Lei de Responsabilidade Fiscal (LRF), em que os municípios para não ferirem a Lei passaram a contratar os trabalhadores por meio de parcerias com instituições privadas, organizações sociais, cooperativas, precarizando os vínculos de trabalho, com prejuízo dos direitos dos trabalhadores e aumento da rotatividade da força de trabalho¹⁴.

A inserção de trabalhadores terceirizados, por meio de entidades sem fins lucrativos, retrata um tipo de vínculo precário adotado pelos gestores do SUS com o objetivo de facilitar a expansão da FTS na rede assistencial, especialmente na Estratégia Saúde da Família (ESF)¹⁵, considerada central para a mudança de modelo e para a consolidação da AB como ordenadora da rede. Além da LRF, os gestores defendem a prática de contratações precárias pela maior flexibilidade em contratar, remanejar e demitir os trabalhadores, além da dificuldade que encontram para realizar concurso público¹⁶.

No presente estudo identificou-se 82,2% de vínculos protegidos, sendo 58,6% estatutário e 23,6% emprego público. Entre os vínculos precários o contrato por prazo determinado se sobressai com 8,6%, seguido do autônomo com 2,8% (tabela 1).

Tabela 1. Tipo de vínculo de trabalho na Atenção Básica de acordo com a proteção (precário, protegido e sem informação). Macrorregião Oeste/Paraná, 2014

Tipo de vínculo	N	%
PRECÁRIO		
Autônomo	220	2,8
Bolsa	37	0,5
Cargo Comissionado	154	2,0
Consultoria	2	0,0
Contrato prazo determinado	666	8,6
Contrato verbal/informal	22	0,3
Cooperativa	8	0,1
Estágio	21	0,3
PROTEGIDO		
Estatutário	4553	58,6
Emprego público	1836	23,6
SEM INFORMAÇÃO		
TOTAL	7775	100

Fonte: elaboração própria a partir de dados do CNES, 2014

Quando considerado o porte dos municípios, os vínculos protegidos predominam em todos os municípios independente do porte populacional, porém, entre os vínculos precários a maioria (10,6%) se encontra nos municípios de pequeno porte 1. Dentre os vínculos precários o “contrato por prazo determinado” se destaca nesses municípios com 6,9%, seguido do autônomo (1,6%) e do cargo comissionado (1,5%) (tabela 2). Seild et al.¹² observaram elevados percentuais de vínculos precários na AB no País (33,3%), sendo o maior valor (49,6%) nos municípios com 50.001 a 100.000 e o menor valor (30,6%) nos municípios com 100.001 a 500.000 habitantes.

Tabela 2. Tipo de vínculo de trabalho na Atenção Básica (precário, protegido e sem informação) de acordo com o porte dos municípios. Macrorregião Oeste/Paraná, 2014

Tipo de vínculo	Porte do município									
	Pequeno porte 1		Pequeno porte 2		Médio porte		Grande porte		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
PRECÁRIO										
Autônomo	121	1,6	56	0,7	7	0,1	36	0,5	220	2,8
Bolsa	14	0,2	15	0,2	2	0,0	6	0,1	37	0,5
Cargo										
Comissionado	117	1,5	34	0,4	1	0,0	2	0,0	154	2,0
Consultoria	-	-	2	0,0	-	-	-	-	2	0,0
Contrato prazo determinado	536	6,9	109	1,4	10	0,1	11	0,1	666	8,6
Contrato verbal/informal	20	0,3	2	0,0	-	-	-	-	22	0,3
Cooperativa	6	0,1	2	0,0	-	-	-	-	8	0,1
Estágio	14	0,2	2	0,0	-	-	5	0,1	21	0,3
Sub total	(828)	(10,6)	(222)	(2,9)	(20)	(0,3)	(60)	(0,8)	(1130)	(14,5)
PROTEGIDO										
Estatutário	2149	27,6	583	7,5	184	2,4	1637	21,1	4553	58,6
Emprego público	722	9,3	444	5,7	189	2,4	481	6,2	1836	23,6
SEM INFORM.										
SEM INFORM.	126	1,6	11	0,1	-	-	119	1,5	256	3,3
TOTAL	3825	49,2	1260	16,2	393	5,1	2297	29,5	7775	100,0

Fonte: elaboração própria a partir de dados do CNES, 2014

Na tabela 3, que apresenta os tipos de vínculos de acordo com a formação, identifica-se que a maioria dos trabalhadores 4392, que corresponde a 56,5% do total, são trabalhadores

da saúde sem formação de nível superior e são também os que apresentam maior percentagem de vínculos protegidos (89,8%), embora destes apenas 55,2% sejam estatutários e 34,6 contratados como emprego público. Já entre os trabalhadores de nível superior com formação em saúde, 68,8% dos vínculos são protegidos e destes 58,1% são como estatutários. A maior precariedade está entre os trabalhadores de nível superior sem formação em saúde (48,7%) e a maioria deles (37,2%) como cargo comissionado. Já entre os trabalhadores da saúde com nível superior, 28,2% possuem vínculos precários, sendo a maioria (16,1%) com contrato por prazo determinado.

Tabela 3. Tipo de vínculo de trabalho na Atenção Básica (precário, protegido e sem informação) de acordo com a formação. Macrorregião Oeste/Paraná, 2014

Tipo de vínculo	Trab. de nível superior com formação em saúde*		Trab. da saúde sem formação de nível superior**		Trab. de nível superior sem formação em saúde***		Trab. sem identificação do nível de formação****	
	N	%	N	%	N	%	N	%
PRECÁRIO								
Autônomo	210	7,9	7	0,2	2	2,6	1	0,2
Bolsa	37	1,4	–	–	–	–	–	–
Cargo								
Comissionado	48	1,8	47	1,1	29	37,2	30	4,8
Consultoria	2	0,1	–	–	–	–	–	–
Contrato prazo determinado	430	16,1	203	4,6	6	7,7	27	4,3
Contrato verbal/informal	15	0,6	6	0,1	1	1,3	–	–
Cooperativa	8	0,3	–	–	–	–	–	–
Estágio	5	0,2	12	0,3	–	0,0	4	0,6
Sub-total	(755)	(28,2)	(275)	(6,3)	(38)	(48,7)	(62)	(9,8)
PROTEGIDO								
Estatutário	1553	58,1	2425	55,2	39	50,0	536	85,1
Emprego público	288	10,8	1521	34,6	1	1,3	26	4,1
Sub-total	(1841)	(68,8)	(3946)	(89,8)	(40)	(51,3)	(562)	(89,2)
SEM INF.	79	3,0	171	3,9	–	–	6	1,0
Total	2675	100,0	4392	100,0	78	100,0	630	100,0

Fonte: elaboração própria a partir de dados do CNES, 2014

* Inclui: terapeuta ocupacional; psicólogo; nutricionista; médico; ortoptista; médico veterinário; fonoaudiólogo; fisioterapeuta; farmacêutico; enfermeiro; dentista; biólogo; biomédico; assistente social; educador físico.

** Inclui: agente comunitário da saúde; agente de saúde pública; atendente de enfermagem; atendente de farmácia; auxiliar de enfermagem; auxiliar de saúde bucal; auxiliar de laboratório; auxiliar em patologia; protético dentário; socorrista; técnico em acupuntura; técnico de enfermagem; técnico em

administração; técnico em patologia; técnico em radiologia; técnico em saúde bucal; visitador sanitário.

*** Inclui: administrador; arquiteto; engenheiro; secretário executivo.

****Inclui: assistente administrativo; agente de ação social; auditor; diretor, dirigente; gerente; motorista; ouvidor; serviços gerais; agente de higiene e segurança; auxiliar de escritório; digitador; recepcionista; telefonista; empregado doméstico nos serviços gerais; cozinheiro; zelador de edifício; trabalhador de serviços de limpeza e conservação de áreas públicas; auxiliar de manutenção predial; faxineiro; trabalhador da manutenção de edificações; auxiliar de lavanderia; vigia; e ajudante de motorista.

Entre as ocupações de nível superior com formação em saúde que mais atuam na AB (médico, enfermeiro e dentista), os enfermeiros são os que possuem maior quantidade de vínculos protegidos (85,1%), seguido dos dentistas (84,2%) e médicos (50,4%). Já entre os vínculos precários, ocupações com histórias mais recentes de atuação na AB, como ortoptista (100%), terapeuta ocupacional (100%), biomédicos (50%) e fisioterapeutas (47,4%) são os mais desprotegidos (Tabela 4).

Tabela 4. Tipo de vínculo de trabalho na Atenção Básica (precário, protegido e sem informação) de acordo com as ocupações. Macrorregião Oeste/Paraná, 2014

Trabalhadores de nível superior com formação em saúde	Vínculo protegido*		Vínculo precário**		Sem informação***		Total
	N	%	N	%	N	%	
Assistente social	90	89,1	7	6,9	4	4,0	101
Biólogo	1	100,0	–	–	–	–	1
Biomédico	2	50,0	2	50,0	–	–	4
Dentista	409	84,2	64	13,2	13	2,7	486
Educador físico	13	56,5	10	43,5	–	–	23
Enfermeiro	493	85,1	72	12,4	14	2,4	579
Farmacêutico	116	77,9	27	18,1	6	4,0	149
Fisioterapeuta	47	48,5	46	47,4	4	4,1	97
Fonoaudiólogo	17	58,6	12	41,4	–	–	29
Médico	518	50,4	479	46,6	31	3,0	1028
Médico veterinário	3	100,0	–	–	–	–	3
Nutricionista	51	76,1	15	22,4	1	1,5	67
Ortopista	–	–	1	100,0	–	–	1
Psicólogo	81	76,4	19	17,9	6	5,7	106
Terapeuta ocupacional	–	–	1	100,0	–	–	1
Sub-total	1841	68,8	755	28,2	79	3,0	2675
Trabalhadores da saúde sem formação de nível superior							
Agente de saúde pública	115	92,7	8	6,5	1	0,8	124
Agente comunitário de saúde	2071	90,2	129	5,6	97	4,2	2297
Atendente de enfermagem	5	62,5	1	12,5	2	25,0	8
Atendente de farmácia	47	88,7	6	11,3	–	–	53
Auxiliar de enfermagem	659	89,7	34	4,6	42	5,7	735
Auxiliar de laboratório	8	88,9	1	11,1	–	–	9
Auxiliar em saúde bucal	294	84,0	44	12,6	12	3,4	350
Auxiliar em patologia	3	100,0	–	–	–	–	3
Protético dentário	–	–	2	100,0	–	–	2
Socorrista	2	100,0	–	–	–	–	2
Técnico em acupuntura	1	100,0	–	–	–	–	1
Técnico em administração	1	100,0	–	–	–	–	1
Técnico em enfermagem	509	92,7	30	5,5	10	1,8	549
Técnico em patologia	1	100,0	–	–	–	–	1
Técnico em radiologia	19	79,2	3	12,5	2	8,3	24
Técnico em saúde bucal	102	89,5	7	6,1	5	4,4	114
Visitador sanitário	109	91,6	10	8,4	–	–	119
Sub-total	3946	89,8	275	6,3	171	3,9	4392
Trabalhadores de nível superior sem formação em saúde							
Administrador	38	54,3	32	45,7	–	–	70
Arquiteto	–	–	1	100,0	–	–	1
Engenheiro	1	50,0	1	50,0	–	–	2
Secretário executivo	1	20,0	4	80,0	–	–	5
Sb-total	40	51,3	38	48,7	–	–	78
Trabalhadores sem identificação do nível de formação							
Agente de ação social	1	100,0	–	–	–	–	1
Assistente administrativo	132	89,8	15	10,2	–	–	147
Auditor	–	–	1	100,0	–	–	1
Diretor	6	28,6	15	71,4	–	–	21
Dirigente	–	–	3	100,0	–	–	3
Gerente	11	78,6	3	21,4	–	–	14
Motorista	95	96,9	2	2,0	1	1,0	98
Ouvidor	1	100,0	–	–	–	–	1
Serviços gerais	316	91,9	23	6,7	5	1,5	344
Sub-total	562	89,2	62	9,8	6	1,0	630

Fonte: elaboração própria a partir de dados do CNES, 2014

* Inclui: emprego público, estatutário;

** Inclui: autônomo (intermediado por organização da sociedade civil de interesse público; intermediado por entidade filantrópica e/ou sem fins lucrativos; intermediado por cooperativa; intermediado por empresa privada; intermediado por empresa não governamental; intermediado por organização social; e sem intermediação), bolsa, cargo comissionado, consultoria, contrato por prazo determinado, contrato verbal/informal, cooperativa, estágio;

*** Inclui: vínculos sem informação.

As ocupações relacionadas aos trabalhadores da saúde sem formação de nível superior, em sua maioria possuem vínculos protegidos. As maiores percentagens foram encontradas para trabalhadores com pequena inserção na AB como o protético (100%), técnico em radiologia (12,5%) e atendente de enfermagem (12,5%). A maior precariedade entre os trabalhadores comumente encontrados na AB parece estar entre os auxiliares em saúde bucal com 12,6%. (tabela 4).

Segundo Girardi et al.¹⁶ na última década houve expansão da contratação por meio do vínculo estatutário na ESF para todas as profissões, aproximadamente 30% dos municípios contratam médicos e 50% dos municípios contratam os Agentes Comunitários de Saúde (ACS) e demais trabalhadores de nível médio por meio do vínculo estatutário, criando novos cargos ou remanejando trabalhadores estatutários já existentes em seus quadros para a ESF.

Seild et al.¹² observaram que 42,1% dos trabalhadores da AB no País que participaram do ciclo 1 do Programa Nacional para Melhoria da Atenção Básica (PMAQ) eram estatutários e 25,6% CLT, totalizando 67,7% de vínculos protegidos.

Mas, estudos observaram ainda uma forte presença do “contrato por prazo determinado” entre as formas de contratação. Junqueira et al.¹⁷ identificaram que 75,6% dos secretários municipais de saúde de uma microrregião de Minas Gerais utilizam esta forma de contratação para os trabalhadores da saúde. Silveira et al.¹⁸ ao analisar os vínculos dos trabalhadores da AB nos municípios de grande porte na região Sul do Brasil encontrou 49% da FTS com contratos temporários.

Em 2002, o Ministério da Saúde (MS) realizou levantamento sobre o emprego no Programa Saúde da Família (PSF) e identificou elevado percentual de vínculos precários para os médicos 52,4%, para os enfermeiros 59,3%, para os dentistas 62,1%, para os auxiliares de enfermagem 45,6% e para o ACS 59,9%¹³. Trabalho realizado com equipes de Saúde da Família e de Unidades Básicas de Saúde (UBS) tradicionais, em municípios com mais de 100 mil habitantes da região Sul do Brasil, identificou a precarização do trabalho, independente do modelo de atenção, com percentual de 30% de vínculos precários na ESF e 28% nas UBS tradicionais¹⁹. Faria et al.⁸, mostraram que de 60 profissionais que atuavam na unidade de saúde estudada apenas 10 eram concursados efetivos e todos os demais eram terceirizados.

Com o objetivo de conhecer o perfil dos profissionais de odontologia que atuavam na ESF no município de Pernambuco, Martelli et al.²⁰ identificaram que 65% dos odontólogos foram admitidos por meio de vínculos precários. Silveira et al.¹⁸ mostraram em estudo realizado na AB em municípios de grande porte na região Sul e Nordeste do Brasil, percentual de 30% de vínculos precários para os trabalhadores da AB na região Sul, sendo que a maior percentagem foi encontrada para os médicos (30,3%) e ACS (29,3%).

Alguns trabalhos recentes também mostram uma diminuição na prática de contratação da FTS por meio de vínculos precários, como o estudo de Girardi et al.¹⁶ que apresentou a evolução das formas de vinculação de trabalho na ESF em 811 municípios brasileiros, de 2001 a 2009, identificando diminuição do trabalho precário nesse período para todas as ocupações (médico, enfermeiro, dentistas, técnico/auxiliar de enfermagem e ACS). A proporção de municípios que praticavam contratos protegidos passou, para os médicos, de 23,1% para 38,6%, dentistas de 28,9% para 55,6%, enfermeiros de 28,4% para 54,5%, técnicos e auxiliares de enfermagem de 52,2% para 68,3% e ACS de 31,0% para 73,6%. Porém, mesmo que os vínculos precários tenham diminuído ainda representam um problema para a maior parte dos municípios brasileiros, sobretudo em relação aos médicos.

Mendonça et al.²¹ em pesquisa com médicos e enfermeiros de equipes de Saúde da Família, identificaram elevados percentuais de vínculos protegidos de trabalho, sendo para os médicos, em Aracajú 93%, em Belo Horizonte 81%, em Florianópolis 66%, em Vitória 91%; e para os enfermeiros, em Aracajú 92%, em Belo Horizonte 95%, em Florianópolis 81%, em Vitória 100%.

A diminuição da precariedade dos vínculos de trabalho em saúde é atribuída às políticas públicas priorizadas nos últimos mandatos do governo federal, que instituiu uma agenda de fortalecimento do Estado e valorização dos serviços e dos trabalhadores da saúde¹⁶. Isso se deu por meio da política de desprecarização do trabalho e da regularização das relações de trabalho no setor público, especialmente em nível municipal, onde os contratos precários foram substituídos por vínculos de trabalho protegidos através do ingresso do trabalhador por concurso público²¹.

A criação da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde do Ministério da Saúde, das Mesas de Negociação Permanente do SUS e da criação do Comitê Nacional Interinstitucional de Desprecarização do Trabalho foram mecanismos que contribuíram para essa tendência¹⁶.

A contratação por meio de vínculos protegidos de trabalho apresenta impacto positivo na fixação dos profissionais e na melhoria do desempenho das ações desenvolvidas²¹, já que os vínculos precários de trabalho se caracterizam como fonte de tensão, estresse, sentimento de desmotivação, desvalorização e até adoecimento do trabalhador⁸. A precarização dos vínculos de trabalho pode gerar efeitos deletérios na atenção à saúde, pois compromete a dedicação dos trabalhadores ao aumentar a rotatividade e a insatisfação profissional¹³, podendo comprometer a qualidade da assistência prestada.

Outro tema abordado no presente estudo está relacionado à multiplicidade de vínculos de trabalho, na qual identificou-se 374 (5,1%) trabalhadores com mais de um vínculo

de trabalho, totalizando 920 vínculos. Desses 374 trabalhadores, 204 (54,5%) encontram-se cadastrados nos municípios de pequeno porte 1, 81 (21,6%) nos municípios de pequeno porte 2, três (0,8%) nos municípios de médio porte e 86 (22,9%) nos municípios de grande porte. Também no caso de múltiplos vínculos predominou os vínculos protegidos (68%), sendo 58% estatutário e 10% emprego público. Entre os vínculos precários (29,9%), destaca-se o contrato por prazo determinado (16,2%). Entre os trabalhadores com mais de um vínculo, o número varia de dois a nove, em que a grande maioria (76,7%) possui dois vínculos de trabalho.

Os trabalhadores com formação de nível superior em saúde são os que apresentam o maior percentual de multiplicidade de vínculos (78,6%), destacando-se os médicos (43,6%), enfermeiros (12,8%) e dentistas (9,3%). Ainda, observam-se trabalhadores com mais de um vínculo exercendo funções distintas, uma relativa à profissão e outra à administração.

O múltiplo vínculo de trabalho é encontrado em outros estudos como o de Cotta et al.²² que mostraram que 32,1% dos profissionais que integravam as equipes da ESF acumulavam mais de um emprego, sendo 100% dos médicos, 67% dos enfermeiros e 17% dos ACS, não considerando o trabalho na AB como a atividade principal. Para Machado²³ a redução das jornadas de trabalho e dos direitos legais também são fatores que contribuem com a adoção de múltiplos vínculos, ocorrendo principalmente com os médicos, dentistas e enfermeiros.

Nunes et al.²⁴, identificaram que 75,3% dos médicos possuíam de dois a mais de quatro vínculos de trabalho e 61,7% dos dentistas entre dois a três vínculos de trabalho. Especialmente os médicos, pelo caráter tradicional da medicina liberal, chegam a acumular três ou até mais empregos. Já a enfermagem desenvolveu-se basicamente na forma de trabalho assalariado, sendo a modalidade liberal inexpressiva²⁵.

Na presente pesquisa, observou-se maior percentagem de vínculos precários entre os trabalhadores com menor Carga Horária (CH) semanal, de uma a 10 horas (41,7%) e acima de 40 horas (35,7%) (tabela 5).

Tabela 5. Tipos de vínculos de trabalho na Atenção Básica de acordo com a carga horária semanal. Macrorregião Oeste/Paraná, 2014

Tipo de vínculo	Carga horária (horas)									
	1 a 10		11 a 20		21 a 30		31 a 40		acima de 40	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Vínculos protegidos	392	56,8	518	74,1	467	93,8	5005	85,2	7	50,0
Vínculos precários	288	41,7	156	22,3	27	5,4	654	11,1	5	35,7
Sem informação	10	1,4	25	3,6	4	0,8	215	3,7	2	14,3
Total	690	100,0	699	100,0	498	100,0	5874	100,0	14	100,0

Fonte: elaboração própria a partir de dados do CNES, 2014

A razão para o médico e o dentista estarem entre os trabalhadores com maior percentual de múltiplos vínculos, provavelmente está associada a serem contratados com CH de trabalho menores; 64,22% dos médicos e 47,52% dos dentistas apresentam vínculos de trabalho com CH entre uma e 20 horas semanais o que facilita a adoção de múltiplos vínculos.

Ao acumularem múltiplos vínculos, muitos trabalhadores acabam somando uma jornada de trabalho superior a 40 horas semanais. No presente estudo 44,65% dos trabalhadores que apresentam multiplicidade de vínculos somam CH semanal maior do que 40 horas.

Dado semelhante foi encontrado por Maciel et al.²⁶ em que 51,9% dos médicos possuíam vínculos de trabalho que quando somados totalizavam jornada semanal superior a 40 horas semanais apenas no serviço público.

A combinação de múltiplos vínculos de trabalho também pode estar relacionada à baixa remuneração oferecida na AB, levando os profissionais a procurarem outros trabalhos com o intuito de melhorar a renda, ou ainda, pode estar associada à escassez de trabalhadores, especialmente em municípios de menor porte²⁷.

O multiemprego, assim como a CH de trabalho elevada podem ser considerados fatores de precarização do sistema de saúde²⁶, colocando-se como um desafio para a consolidação do SUS e da AB. Ao manter vários vínculos trabalhistas o trabalhador deixa de se envolver como deveria com a população e com as questões relacionadas ao trabalho²⁶, comprometendo a qualidade do serviço prestado²⁸. Mesmo que estes múltiplos vínculos sejam na AB, contribuem com a desqualificação do serviço prestado, já que o trabalhador não está em tempo integral na unidade, dificultando a manutenção de vínculo com a população atendida e com a própria equipe de saúde.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A pesquisa revelou aspectos positivos em relação ao percentual de vínculos protegidos (82,2%) e baixo percentual de trabalhadores com múltiplos vínculos (5,2%) na AB na Macrorregião Oeste do Paraná, quando comparados a outros estudos. Porém, ainda se constitui em problema relevante, sobretudo para os municípios de pequeno porte, que apresentam dificuldades na gestão do trabalho em saúde com consequências para a qualidade da atenção prestada.

Apesar do baixo percentual de trabalhadores com múltiplos vínculos na AB deve-se levar em consideração a adoção de outros vínculos no setor privado e em outros níveis de atenção, que não foram incluídos no presente estudo, e que são facilitados pela adoção de cargas horárias reduzidas, mas que levam a jornadas de trabalho superiores a 40 horas semanais.

A adoção de contratos por prazo determinado, principal mecanismo presente nos vínculos precários dos trabalhadores da AB é fator importante a ser considerado na qualificação da AB, pois dificulta o conhecimento da realidade, o estabelecimento de vínculos com a comunidade e a inserção no processo de trabalho da equipe. Isso contribui para que a

AB seja menos resolutiva, dificultando o seu papel na coordenação do cuidado e na mudança do modelo de atenção. Daí a necessidade de políticas voltadas para a valorização do trabalho e do trabalhador em saúde, que melhore as condições de trabalho visando à construção de um sistema de saúde de qualidade para todos.

A flexibilização da aplicação da LRF para a contratação da FTS tem sido reivindicada por gestores e entidades da reforma sanitária, assim como, a municipalização do sistema tem sido revisada e questionada por estudiosos que apontam a necessidade de um papel mais ativo das secretarias estaduais de saúde na gestão regionalizada do sistema e no apoio às gestões municipais.

Na última década várias iniciativas foram feitas no sentido de resolver o problema da gestão da força de trabalho no SUS, mas ainda se mostram insuficientes diante da complexidade da temática. A heterogeneidade estrutural de composição de equipe técnica e mesmo de capacidade de gestão existente entre os mais de cinco mil municípios do País, sobretudo os de pequeno porte, se constituem em desafios para a gestão do SUS.

REFERÊNCIAS

1. Portaria nº 2.488 de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Brasília, DF, 2011.
2. Dedecca CS, Trovão CJBM. A força de trabalho no complexo da saúde: vantagens e desafios. *Ciênc. saúde colet.* [periódico na Internet]. 2013 [acessado 2014 mai 20];18 (6): [cerca de 14 p.]. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v18n6/08.pdf>
3. Merhy EE, Franco TB. Reestruturação produtiva e transição tecnológica na saúde: debate necessário para a compreensão do processo de “financeirização” do mercado na saúde. In: Franco TB, Merhy EE. *Trabalho, produção do cuidado e subjetividade em saúde*. São Paulo: HUCITEC; 2013. p. 109-139.

4. Campos GWS. Recursos humanos na Saúde: fator de produção e sujeitos sociais no processo de reforma sanitária. In: Campos GWS, Merhy EE, Nunes ED. *Planejamento sem normas*. 2ª Edição. São Paulo: HUCITEC; 1994. p. 45-51.
5. Machado MH. Gestão do trabalho em saúde. In: Pereira IB, Lima JC F. *Dicionário da educação profissional em saúde*. Rio de Janeiro: EPSJV; 2009.
6. Souza MASL. As Novas Configurações do Trabalho em Saúde: os indicativos do processo de desregulamentação. *Textos & Contextos* [periódico na Internet]. 2010 [acessado 2014 jun 12];9 (2): [cerca de 11p.]. Disponível em: <http://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/fass/article/view/7340>
7. Brasil. Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS). *A Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde*. Brasília, DF: CONASS; 2011.
8. Faria HX, Araújo MD. Precarização do trabalho e processo produtivo do cuidado. *Dossiê: Classes Sociais e Transformações no Mundo do Trabalho* [Internet]. 2011 [acessado 2014 mar 12];16(1): [cerca de 15 p.]. Disponível em: <http://www.uel.br/revistas/uel/index.php/mediacoes/article/view/7880/8495>
9. Nogueira RP, Baraldi S, Rodrigues VA. Limites críticos das noções de precariedade e desprecarização do trabalho na administração pública. In: Barros AFR. *Observatório de recursos humanos em saúde no Brasil: estudo e análises*. Brasília: Ministério da Saúde; 2004.
10. Brasil. Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS). *Recursos humanos: um desafio do tamanho do SUS*. Brasília, DF: CONASS; 2004.
11. Pierantoni CR. As reformas do Estado, da saúde e recursos humanos: limites e possibilidades. *Ciênc. saúde colet*. [periódico na Internet]. 2001 [acessado 2014 mar 20];6(2): [cerca de 20 p.]. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v6n2/7007.pdf>
12. Seild H, Swheelen PV, Fausto MCR, Lima RCD, Gagno J. Gestão do trabalho na Atenção Básica em Saúde: uma análise a partir da perspectiva das equipes participantes do PMAQ-AB. *Saúde em Debate* 2014; 38: 237-251.
13. Machado MH, Koster I. Emprego e trabalho em saúde no Brasil: as políticas de desprecarização do Sistema Único de Saúde. In: Assunção AÁ, Brito J. *Trabalhar na saúde: experiências cotidianas e desafios para gestão do trabalho e do emprego*. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2011.

14. Silva SF. Organização de redes regionalizadas e integradas de atenção à saúde: desafios do Sistema Único de Saúde (Brasil). *Ciênc. saúde colet.* [periódico na Internet]. 2011 [acessado 2015 jan 12];16(6): [cerca de 10 p]. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v16n6/14.pdf>
15. Nogueira RP. Resultado do estudo de avaliação de tendências e prioridades sobre recursos humanos em saúde. In: Brasil. Ministério da Saúde. *Política de recursos humanos em saúde.* Brasília: Ministério da Saúde; 2002.
16. Girardi S, Carvalho CL, Maas LWD, Farah J, Freire JA. O trabalho precário em saúde: tendências e perspectivas na estratégia saúde da família. *Divulgação em Saúde para Debate* [periódico na Internet]. 2010 [acessado 2014 mar 22];45: [cerca de 155 p.]. Disponível em: <http://www.ensp.fiocruz.br/observarh/arquivos/Revista%20divulgacao.pdf>
17. Junqueira TS, Cotta RMM, Gomes RC, Silveira SFR, Siqueira-Batista RS, Pinheiro TMM, Sampaio RF. As relações laborais no âmbito da municipalização da gestão em saúde e os dilemas da relação expansão/precarização do trabalho no contexto do SUS. *Cad. Saúde Pública* [periódico na Internet]. 2010 [acessado 2014 jun 18];26(5): [cerca de 11 p.]. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v26n5/14.pdf>
18. Silveira DS, Facchini LA, Siqueira FV, Piccini RX, Tomasi E, Thumé E, Silva SM, Dilélio AS, Maia MFS. Gestão do trabalho, da educação, da informação e comunicação na atenção básica à saúde de municípios das regiões Sul e Nordeste do Brasil. *Cad. Saúde Pública* [periódico na Internet]. 2010 [acessado 2014 jun 16];26(9): [cerca de 13 p.]. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v26n9/05.pdf>
19. Tomasi E, Facchini LA, Piccini RX, Thumé E, Silveira DS, Siqueira FV, Rodrigues MA, Paniz VV, Teixeira VA. Perfil sócio-demográfico e epidemiológico dos trabalhadores da atenção básica à saúde nas regiões Sul e Nordeste do Brasil. *Cad. Saúde Pública* [periódico na Internet]. 2008 [acessado 2014 jun 17];14(1): [cerca de 9 p.]. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v24s1/23.pdf>
20. Martelli PJJ, Macedo CLSV, Medeiros KR, Silva SF, Cabral APS, Pimentel FC, et al. Perfil do cirurgião-dentista inserido na Estratégia de Saúde da Família em municípios do estado de Pernambuco, Brasil. *Ciênc. saúde colet.* 2010; 15(2):3243-3248.

21. Mendonça MHM, Martins MIC, Giovanella L, Escorel S. Desafios para gestão do trabalho a partir de experiências exitosas de expansão da Estratégia de Saúde da Família. *Ciênc. saúde colet.* [periódico na Internet]. 2010 [acessado 2014 nov 20];15(5): [cerca de 11 p.]. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v15n5/v15n5a11.pdf>

22. Cotta RMM, Schott M, Azeredo CM, Franceschini SCC, Priore SE, Dias G. Organização do trabalho e perfil dos profissionais do Programa Saúde da Família: um desafio na reestruturação da atenção básica em saúde. *Epidemiol. Serv. Saúde* [periódico na Internet]. 2006 [acessado 2014 jun 23];3(15): [cerca de 12 p.]. Disponível em: <http://scielo.iec.pa.gov.br/pdf/ess/v15n3/v15n3a02.pdf>

23. Machado MH. Trabalho e emprego em saúde. In: Giovanella L. et al. (Org.). *Políticas e Sistema de Saúde no Brasil*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ; 2008.

24. Nunes EFPA, Santini SML, Carvalho BG, Junior LC. Força de trabalho em saúde na Atenção Básica em Municípios de Pequeno Porte do Paraná. *Saúde em Debate* [periódico na Internet]. 2015 [acessado 2014 jun 24];39(104):[cerca de 13 p.]. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v39n104/0103-1104-sdeb-39-104-00030.pdf>

25. Pires D. *Reestruturação produtiva e Trabalho em saúde no Brasil*. 2ª Edição. São Paulo: CUT/Annablume; 2008.

26. Maciel RH, Santos JBF, Sales TB, Alves MAA, Luna AP, Feitosa LB. Multiplicidade de vínculos de médicos no Estado do Ceará. *Rev. Saúde Públ.* [periódico na Internet]. 2010 [acessado 2014 mar 14];44(5): [cerca de 7 p.]. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v44n5/1652.pdf>

27. Perpétuo IHO, Oliveira AC, Ribeiro MM, Rodrigues RB. *A categoria profissional dos médicos: fatores condicionantes da sua atração e fixação na Atenção Primária à Saúde em Minas Gerais*. Belo Horizonte: Observatório de Recursos Humanos em Saúde do Nig.One/UFMG; 2009.

28. Sayd JD, Junior LV, Velandia IC. Recursos Humanos nas Conferências Nacionais de Saúde (1941-1992). *Physis* [periódico na Internet]. 1998 [acessado 2014 mai 21];8(2): [cerca de 31 p.]. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/physis/v8n2/08.pdf>

ARTIGO CIENTÍFICO 2

**FORÇA DE TRABALHO EM SAÚDE NA ATENÇÃO BÁSICA NA
MACRORREGIÃO OESTE DO PARANÁ: QUANTIDADE, NÍVEL DE
FORMAÇÃO, OCUPAÇÃO E CARGA HORÁRIA**

Força de Trabalho em Saúde na Atenção Básica na Macrorregião Oeste do Paraná: quantidade, nível de formação, ocupação e carga horária

O objetivo foi identificar a quantidade, nível de formação, ocupação e carga horária dos trabalhadores na Atenção Básica na Macrorregião Oeste do Paraná. Utilizou-se como fonte o Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde, cuja coleta de dados se deu em março de 2014. Identifica-se predominância de trabalhadores da saúde sem formação de nível superior (56,48%), destacando-se os agentes comunitários de saúde (29,54%) e trabalhadores com formação de nível superior em saúde (34,40%), destacando-se os médicos (13,22%). Para os trabalhadores de saúde sem formação de nível superior, 89,89% apresentam carga horária entre 31 a 40 horas semanais. Para os trabalhadores com formação de nível superior em saúde 45,30% apresentam carga horária entre 1 a 20 horas semanais. O regime de 40 horas semanais parece ser um empecilho para a fixação dos trabalhadores com formação de nível superior em saúde na AB.

Palavras-chave: Recursos Humanos em Saúde; Formação em Saúde; Trabalho em Saúde.

Work Force in health on Basic Attention on macro-region West of Parana: quantity, level of qualification, occupation and work hours

The study have as objective identify the quantity, level of qualification, occupation and hours of work of the workers on Basic Attention on macro-region West of Parana. Was held of March to November of 2014, using as data source the National Register of health establishments. Identifies most part of workers of health without higher level of graduation (56,48%), community agents of health (29,54%) and workers with higher level of graduation in health (34,40%), standing out doctors (13,22%). For the workers of health without higher level of graduation predominate high work hours of work, 31 to 40 hours (89,89%), and for the workers with higher level of graduation in health less work hours, 1 to 20 hours (45,30%).The the rule of 40 hours of week is considered an obstacle for the fixation of workers on AB.

Key words: Human Resources in Health, Formation in Health, Work in Health.

INTRODUÇÃO

Com a Constituição Federal de 1988 e a implantação do Sistema Único de Saúde (SUS), a partir da década de 1990, iniciaram-se transformações importantes na organização do sistema público de saúde brasileiro que transformaram o modo de pensar, estruturar e de prestar os serviços e a assistência à saúde (MACHADO, 2006).

O modelo de saúde brasileiro que até então se caracterizava pela centralização, com ênfase em ações curativas e especializadas, realizadas nos

espaços hospitalares destinadas, sobretudo, aos indivíduos que possuíam carteira de trabalho assinada ou àqueles que podiam pagar pelos serviços (PEREIRA et al., 2009), passou a desenvolver ações e serviços pautados nos princípios e diretrizes da universalidade, igualdade, integralidade, descentralização e participação popular (BRASIL, 2013). A saúde tornou-se um direito de todos e dever do Estado, o que garantiu acesso a serviços de saúde para uma grande parcela da população antes desassistida (SANTOS, 2010).

Além disso, a Constituição Federal, em seu artigo 200, inciso III atribui ao SUS a competência de ordenar a formação de Recursos Humanos (RH) na área de saúde (BRASIL, 2013) possibilitando a formação de trabalhadores condizentes com as necessidades locais e regionais, reconhecendo a Força de Trabalho em Saúde (FTS) como essencial para a implementação do SUS (BRASIL, 2005a).

Embora a legislação tenha avançado em vários aspectos ainda se observam problemas relacionados à formação e qualificação profissional (MENDONÇA et al., 2010), prevalece um modelo de atenção à saúde voltado para a especialização, o distanciamento do sujeito no processo de cuidado em saúde e diferenças entre o que pensam os usuários, os trabalhadores e os gestores da saúde (BATISTA; GONÇALVES, 2011), do que propõe a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) (BRASIL, 2011).

Identificam-se profissionais que se submetem a uma jornada de trabalho excessiva como forma de subsistência em compensação aos baixos salários, atuando em diversos empregos e com diversas cargas horárias (NOGUEIRA, 1987), conformando um desafio para a construção do SUS.

Tais problemas evidenciam o não reconhecimento da importância central que ocupam os trabalhadores de saúde para o êxito dos sistemas e serviços de saúde e dos próprios objetivos a que esse sistema se propõe.

Nesse sentido, o presente estudo tem como objetivo identificar o perfil dos trabalhadores da Atenção Básica na Macrorregião Oeste do Paraná no que se refere à formação, carga horária, quantidade e ocupação.

METODOLOGIA:

Trata-se de uma pesquisa exploratória, descritiva e documental, realizada no período de março a novembro de 2014, utilizando-se como fonte de coleta de dados o banco de dados público: Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde

(CNES). A área de abrangência da pesquisa foi a Macrorregião Oeste do Paraná, formada por quatro Regiões de Saúde (8ª, 9ª, 10ª e 20ª), totalizando 79 municípios e população estimada de 1.592.543 habitantes.

Foram incluídos vínculos de trabalhadores que atuam em estabelecimentos de Atenção Básica (AB) como: posto de saúde, centro de saúde/unidade básica, centro de apoio à saúde da família, polo academia da saúde e farmácia. Sendo todos estabelecimentos públicos, pertencentes às esferas administrativas federais, estaduais ou municipais.

Os trabalhadores foram classificados conforme o nível de formação em: trabalhadores com formação de nível superior na área da saúde; trabalhadores de saúde sem formação de nível superior; trabalhadores de nível superior sem formação na área de saúde; e trabalhadores sem identificação do nível de formação. A Carga Horária (CH) semanal foi agrupada de: uma a 10 horas, 11 a 20 horas, 21 a 30 horas, 31 a 40 horas e mais de 40 horas semanais. Para análise dos dados foi utilizada estatística descritiva.

Este trabalho é parte dos resultados de dissertação de mestrado e recorte de uma pesquisa maior que investigou “A força de trabalho em saúde: estrutura, dinâmica e tendência na Macrorregião Oeste do Paraná”, financiada por edital do PPSUS. O projeto foi submetido ao CEP e aprovado pelo Parecer nº 535.238.

RESULTADOS E DISCUSSÃO:

O trabalho em saúde, especialmente na AB, estabelece uma intensa relação entre o trabalhador e o usuário do serviço, e hoje se desenvolve majoritariamente através de um trabalho coletivo, sendo fundamental a participação de diversos profissionais (MERHY; FRANCO, 2009), tanto com formação específica para desempenhar atividades relacionadas à saúde, como por trabalhadores que não têm formação específica em saúde, mas que têm grande importância para a assistência (MACHADO, 2008).

De acordo com os dados da tabela 1, existem 7775 vínculos de trabalho na AB na Macrorregião Oeste do Paraná, com destaque para os Agentes Comunitários de Saúde (ACS) com 29,54% dos vínculos, os técnicos/auxiliares de enfermagem com 16,51%, os médicos com 13,22%. Os enfermeiros e os dentistas representam, respectivamente, a quarta (7,44%) e a quinta (6,25%) posição, abaixo os técnicos/auxiliares em saúde bucal com 5,96%.

Estudo realizado por Nunes et al (2015) que analisou o perfil dos trabalhadores na AB em municípios de pequeno porte do Norte do Estado do Paraná, encontrou dados semelhantes aos nossos: ACS 32,7%, técnicos/auxiliares de enfermagem 16,5%, médicos 8,8%, enfermeiros 7,4%, dentistas 6,7% e técnicos/auxiliares em saúde bucal de 6,0%. A diferença está em um valor menor de ACS (3,16%) e maior de médicos (4,42%) em nosso estudo, para os demais profissionais os valores são praticamente os mesmos. Vale salientar que se trata do mesmo estado da federação, uma possível explicação para esta diferença pode ser que em nossa casuística estão incluídos todos os portes de município.

Cotta et al (2006) em pesquisa realizada nas equipes da Estratégia Saúde da Família (ESF) no município de Teixeira/MG encontraram 64,3% de ACS, 14,3% de médicos, 10,7% de enfermeiros e 10,7% de técnicos/auxiliares de enfermagem. Assemelhando-se ao nosso estudo apenas o número de médicos e enfermeiros.

Tabela 1. Vínculos de trabalho na Atenção Básica de acordo com o nível de formação e ocupações. Macrorregião Oeste/Paraná, 2014

Nível de formação/ocupações	N	%
Trabalhadores de nível superior com formação em saúde		
Assistente social	101	1,29
Biólogo	1	0,01
Biomédico	4	0,05
Dentista	486	6,25
Educador físico	23	0,29
Enfermeiro	579	7,44
Farmacêutico	149	1,91
Fisioterapeuta	97	1,24
Fonoaudiólogo	29	0,37
Médico	1028	13,22
Médico veterinário	3	0,03
Nutricionista	67	0,86
Ortoptista	1	0,01
Psicólogo	106	1,36
Terapeuta ocupacional	1	0,01
Sub-total	2675	34,40
Trabalhadores da saúde sem formação de nível superior		
Agente de saúde pública	124	1,59
Agente comunitário de saúde	2297	29,54
Atendente de enfermagem	8	0,10
Atendente de farmácia	53	0,68
Auxiliar de enfermagem	735	9,45
Auxiliar de laboratório	9	0,11
Auxiliar em saúde bucal	350	4,50
Auxiliar em patologia	3	0,03
Protético dentário	2	0,02
Socorrista	2	0,02
Técnico em acupuntura	1	0,01
Técnico em administração	1	0,01
Técnico em enfermagem	549	7,06
Técnico em patologia	1	0,01
Técnico em radiologia	24	0,30
Técnico em saúde bucal	114	1,46
Visitador sanitário	119	1,53
Sub-total	4392	56,48
Trabalhadores de nível superior sem formação em saúde		
Administrador	70	0,90
Arquiteto	1	0,01
Engenheiro	2	0,02
Secretário executivo	5	0,06
Sub-total	78	1,00
Trabalhadores sem identificação do nível de formação		
Agente de ação social	1	0,01
Assistente administrativo	147	1,89
Auditor	1	0,01
Diretor	21	0,27
Dirigente	3	0,03
Gerente	14	0,18
Motorista	98	1,26
Ouvidor	1	0,01
Serviços gerais	344	4,42
Sub-total	630	8,10
Total	7775	100,00

Fonte: elaboração própria a partir de dados do CNES, 2014

Outras pesquisas analisaram diferenças na composição da FTS entre as equipes de AB com ESF e Unidades Básicas de Saúde (UBS) tradicionais, como o estudo de Facchini et al (2006), que identificou nas unidades com ESF 36% de ACS, 22% de técnicos/auxiliares em enfermagem, 12% de médicos, 10% de enfermeiros e 4% de dentistas compondo a FTS, já nas UBS tradicionais a proporção dos médicos era o dobro, a de dentistas e enfermeiros similares a encontrada na ESF, os técnicos/auxiliares de enfermagem representavam 28% e os ACS eram 2,6 vezes menor.

A pesquisa de Tomasi et al (2008) realizada em municípios com mais de 100 mil habitantes na Região Sul, em UBS tradicionais e na ESF, identificou que neste predominavam os ACS, seguidos pelos técnicos/auxiliares em enfermagem e médicos; enquanto nas UBS tradicionais destacavam-se os técnicos/auxiliares de enfermagem seguidos pelos médicos e ACS.

Para compreender a grande participação dos ACS na composição da força de trabalho na AB é preciso analisar alguns aspectos, como por exemplo, a própria composição mínima das equipes da ESF que prevê um médico, um enfermeiro, um técnico ou auxiliar de enfermagem e cinco ACS para prestar assistência para uma população de 3.500 pessoas (BRASIL 2011).

O Programa dos ACS (PACS) foi criado em 1991, com caráter emergencial, tendo como objetivo a expansão da cobertura dos serviços de saúde principalmente nas regiões mais pobres do País, como a região Norte e Nordeste e em áreas rurais e periurbanas, onde não havia assistência médica. Podiam participar do Programa pessoas da comunidade sem formação na área da saúde, realizando ações de saúde restritas e focalizadas, o que o caracterizou como um programa de Atenção Primária à Saúde (APS) seletiva (GIOVANELLA; MENDONÇA, 2008; CASTRO; FAUSTO, 2012). Posteriormente, em 1994, a partir de experiências acumuladas com o PACS, foi criado o Programa Saúde da Família (PSF), que a partir da PNAB/2006 foi denominado de ESF, a qual preconiza a formação de equipes multiprofissionais, formadas no mínimo por médico, enfermeiro, técnico ou auxiliar de enfermagem, ACS, podendo acrescentar a essa composição o dentista e o técnico ou auxiliar em saúde bucal (BRASIL, 2011b).

Pereira (2007) destaca que a incorporação de trabalhadores da saúde de nível médio e elementar teve como objetivo fortalecer a estratégia de substituição do

profissional de nível superior nas regiões que sofriam com a falta de médicos e outros profissionais com formação de nível superior.

Embora o PACS efetivamente apresente limites para a mudança da situação de saúde, em determinados contextos ele contribuiu, por exemplo, para reduzir a mortalidade infantil, no combate e controle da epidemia da cólera e demais diarreias, com foco na reidratação oral e orientação a vacinação, sendo gradualmente capacitados para outras funções, como o cadastramento da população (GIOVANELLA; MENDONÇA, 2008; CASTRO; FAUSTO, 2012).

Ao longo do tempo os ACS se transformaram em uma força de trabalho numerosa, desenvolvendo papel fundamental na mudança do modelo de atenção e cuidado em saúde na AB (MOROSINI; CORBO; GUIMARÃES, 2007). Com a ESF busca-se mudar o modelo de atenção hegemônico baseado nas práticas da medicina curativa, especializada, hospitalar, limitada a práticas pontuais, que levam à fragmentação do cuidado (GIL, 2005), para um modelo que valorize ações de promoção e proteção da saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento e manutenção da saúde por meio de uma atenção integral que impacte na situação de saúde das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades, colocando a família e seu espaço social como o núcleo da atenção (BRASIL, 2011).

Para alcançar maior efetividade a equipe deve considerar o contexto no qual a doença ocorre e no qual o paciente vive e os determinantes sociais de saúde e do ambiente em que as pessoas vivem e trabalham, ao invés de priorizar a doença de forma individual (STARFIELD, 2002).

Na ESF o ACS é responsável por cadastrar e acompanhar as famílias sob sua responsabilidade, estando em contato permanente com a população, desenvolvendo ações educativas visando à promoção da saúde, prevenção de doenças e acompanhamento das pessoas com problemas de saúde, orientando-as quanto à utilização dos serviços (BRASIL, 2011). Permite a construção do vínculo com a família e a aproximação das ações de saúde ao contexto domiciliar, aumentando a capacidade da população de enfrentar os problemas (SANTOS et al., 2011), além da integração entre a equipe de saúde, a população, as organizações e movimentos sociais (BRASIL, 2011).

Segundo Giovanella e Mendonça (2008), entre os profissionais de nível superior em saúde que trabalham nas unidades de saúde com atendimento

ambulatorial do SUS sem internação (compostos em grande parte por centros e postos de saúde) a referência maior é o médico, seguido pelo dentista e pelo enfermeiro, sendo a oferta de enfermeiros bem inferior à de médicos; e ainda é pouco frequente a atuação de outros profissionais de nível superior.

Nogueira (1987) afirma que a equipe de saúde é polarizada entre médicos e trabalhadores de menor qualificação, fato comprovado pelo presente estudo que identificou 4392 (56,48%) vínculos de trabalho sem formação de nível superior e 2675 vínculos (34,40%) de nível superior com formação em saúde, destes 1028 (38,42%) são médicos. Ao todo foram encontradas 15 profissões de nível superior em saúde, algumas pouco representativas como o terapeuta ocupacional (0,01%), o biólogo (0,01%), o biomédico (0,05%), o educador físico (0,29%), o fonoaudiólogo (0,37%) e o nutricionista (0,86%) (tabela 1).

A incorporação de outros profissionais de nível superior em saúde na AB está vinculada a incentivos financeiros como o caso das equipes de saúde bucal, que a partir de 2001, o Ministério da Saúde (MS) passou a incentivar financeiramente a inserção dessas equipes na ESF (MARTELLI et al., 2010). Atualmente a inserção de outros profissionais tem se dado por meio dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), criado em 2008, que busca ampliar o escopo de atuação das equipes da ESF por meio do apoio matricial.

Embora se observem avanços na busca de formar equipes multiprofissionais com o objetivo de realizar um trabalho integrado que aborde outros aspectos do cuidado em saúde, além do biológico, a equipe de AB ainda carece da inserção de outras categorias profissionais, o que faz com que as práticas continuem baseadas no trabalho do profissional médico (RIZZOTTO et al., 2014).

A predominância dos médicos entre os profissionais com formação de nível superior em saúde está relacionada à manutenção do modelo médico hegemônico, caracterizado por uma assistência fragmentada, resultante de um trabalho parcelado e compartimentalizado, no qual o médico é colocado como centro da assistência, decidindo o diagnóstico, a necessidade de realização de exames complementares, a terapêutica a ser utilizada e delegando aos outros profissionais parte do trabalho assistencial (PIRES, 2008).

Isso tem implicações na formação da FTS. A maioria das profissões em saúde (odontologia, fisioterapia, bioquímica, enfermagem e medicina) tem sua formação pautada no paradigma biomédico, predominando o referencial positivista,

centrado no orgânico. Em geral tem sua formação realizada, predominantemente, dentro dos hospitais e são preparados para trabalharem nestes locais, em laboratórios hospitalares ou em clínicas particulares (CAMPOS, 2006).

Os problemas relacionados à formação são graves e manifestam-se na graduação e na pós-graduação, nas quais, dada a força do modelo flexeneriano predomina a formação com foco na especialização, com disciplinas centradas na prática de atenção às condições agudas e às agudizações de condições crônicas. Os profissionais não são preparados para o exercício das funções exigidas pela saúde da família e da comunidade e para uma situação epidemiológica dominada por condições crônicas (MENDES, 2012).

O modelo de atenção à saúde proposto com a implementação do SUS e de seus princípios e diretrizes implica em nova forma dos trabalhadores atuarem nas unidades de saúde (BATISTA; GONÇALVES, 2011), com reorientação das práticas profissionais em busca de superar o modelo técnico assistencial centrado na doença.

Os problemas da área de Recursos Humanos em saúde (RHS) passaram a adquirir nitidez com a VIII Conferência Nacional de Saúde e com as denúncias do Movimento de Reforma Sanitária (MRS), que desde o seu início tratou das questões relacionadas à formação dos trabalhadores da saúde (VIEIRA, 2007).

O desenvolvimento de mecanismos que favoreçam a interação entre as instituições formadoras e os serviços de saúde, permitindo adequar a formação dos trabalhadores para um modelo de atenção universal, de qualidade, que atenda às necessidades de saúde da população é colocado como um desafio crítico para a área de RHS (OPAS, 2006).

A compreensão adotada na Lei 8.080 em que a saúde tem como fatores determinantes e condicionantes, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais, e de que os níveis de saúde da população expressam a organização social e econômica do País (BRASIL, 1990), caracteriza um conceito ampliado de saúde que não reduz a concepção de saúde como ausência da doença (MOROSINI; FONSECA; PEREIRA, 2009). Isso exige um novo trabalhador da saúde que esteja preparado para o trabalho em equipe desenvolvido tanto nas unidades de saúde, quanto no domicílio ou espaços comunitários, identificando os indivíduos expostos a riscos e vulnerabilidades e realizando ações de atenção e educação em

saúde conforme as necessidades da população, buscando efetivar a participação da comunidade (BRASIL, 2011).

O modelo proposto para a ESF exige que o profissional médico, assim como os demais profissionais sejam capazes de exercer a função de filtro para os demais níveis de atenção e de responder por cerca de 85% dos problemas mais comuns presentes na população que pertence ao território sob sua responsabilidade sanitária (CASTRO; FAUSTO, 2012).

Os trabalhadores da saúde, ademais da formação, também se diferenciam pelos regimes de trabalho que realizam. No presente estudo foram encontrados quase todos os tipos de CH (de uma a 80 horas semanais), confirmando o relato de Machado (2006) de que se identificam no setor saúde diversas jornadas de trabalho.

Observa-se, na tabela 2, que para os trabalhadores de saúde sem formação de nível superior e para os trabalhadores sem identificação do nível de formação predominam os vínculos de trabalho com CH de 31 a 40 horas semanais, respectivamente 89,89% e 89,68%. Já para os trabalhadores de nível superior destacam-se os vínculos com CH semanal de até 20 horas, 45,30% dos vínculos dos trabalhadores de nível superior com formação em saúde e 58,97% dos vínculos dos trabalhadores de nível superior sem formação em saúde apresentam CH de uma a 20 horas semanais.

Observa-se também, que entre os vínculos de trabalho de nível superior com formação em saúde, os médicos e dentistas apresentam elevados percentuais de vínculos cadastrados com CH semanal de até 20 horas (meio período), respectivamente 64,22% e 47,52%. Apenas 13 (0,16%) dos vínculos apresentam CH superior a 40 horas semanais, sendo que destes, 10 (0,12%) são vínculos de trabalhadores com formação em saúde (tabela 2).

Tabela 2. Carga horária semanal dos vínculos de trabalho na Atenção Básica de acordo com o nível de formação e ocupação. Macrorregião Oeste/Paraná, 2014

Ocupações	Carga horária										Total
	1 a 10		11 a 20		21 a 30		31 a 40		acima de 40		
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	
Trabalhadores de nível superior com formação em saúde											
Assistente social	5	4,95	11	10,89	33	32,67	52	51,48	-	-	101
Biólogo	-	-	1	100,00	-	-	-	-	-	-	1
Biomédico	1	25,00	2	50,00	-	-	1	25,00	-	-	4
Dentista	82	16,87	149	30,65	11	2,26	244	50,2	-	-	486
Educador físico	-	-	7	30,43	-	-	16	69,56	-	-	23
Enfermeiro	33	5,69	28	4,83	35	6,04	482	83,24	1	0,17	579
Farmacêutico	10	6,71	46	30,87	9	6,04	83	55,7	1	0,67	149
Fisioterapeuta	20	20,61	50	51,54	5	5,15	21	21,64	1	1,03	97
Fonoaudiólogo	14	48,27	10	34,48	2	6,89	3	10,34	-	-	29
Médico	382	37,15	278	27,07	27	2,62	341	33,17	-	-	1028
Médico veterinário	1	33,33	-	-	-	-	2	66,66	-	-	3
Nutricionista	14	20,89	18	26,86	1	1,49	34	50,74	-	-	67
Ortopedista	1	100,00	-	-	-	-	-	-	-	-	1
Psicólogo	23	21,69	25	23,58	5	4,71	53	50,00	-	-	106
Terapeuta ocupacional	-	-	1	100,00	-	-	-	-	-	-	1
Sub-total	586	21,90	626	23,40	128	4,78	1332	49,79	3	0,11	2675
Trabalhadores da saúde sem formação de nível superior											
Agente de saúde pública	4	3,22	2	1,61	-	-	118	95,16	-	-	124
Agente comunitário de saúde	-	-	-	-	-	-	2296	99,95	1	0,05	2297
Atendente de enfermagem	1	12,50	1	12,50	-	-	6	75,00	-	-	8
Atendente de farmácia	-	-	-	-	22	41,5	31	58,49	-	-	53
Auxiliar de enfermagem	11	1,49	10	1,36	130	17,68	584	79,45	-	-	735
Auxiliar de laboratório	-	-	-	-	3	33,33	6	66,66	-	-	9
Auxiliar em saúde bucal	5	1,42	13	3,71	43	12,28	288	82,28	1	0,28	350
Auxiliar em patologia	-	-	-	-	-	-	3	100,00	-	-	3
Protético dentário	-	-	2	100,00	-	-	-	-	-	-	2
Socorrista	-	-	-	-	-	-	2	100,00	-	-	2
Técnico em acupuntura	-	-	1	100,00	-	-	-	-	-	-	1
Técnico em administração	-	-	1	100,00	-	-	-	-	-	-	1
Técnico em enfermagem	13	2,36	10	1,82	127	23,13	395	71,94	4	0,72	549
Técnico em patologia	-	-	1	100,00	-	-	-	-	-	-	1
Técnico em radiologia	-	-	15	62,50	6	25,00	2	8,33	1	4,16	24
Técnico em saúde bucal	2	1,75	3	2,63	11	9,64	98	85,96	-	-	114
Visitador sanitário	-	-	-	-	-	-	119	100,00	-	-	119
Sub-total	36	0,81	59	1,34	342	7,78	3948	89,89	7	0,15	4392
Trabalhadores de nível superior sem formação em saúde											
Administrador	36	51,42	3	4,28	3	4,28	28	40,00	-	-	70
Arquiteto	1	100,00	-	-	-	-	-	-	-	-	1
Engenheiro	1	50,00	1	50,00	-	-	-	-	-	-	2
Secretário executivo	3	60,00	1	20,00	-	-	1	20,00	-	-	5
Sub-total	41	52,56	5	6,41	3	3,84	29	37,17	-	-	78
Trabalhadores sem identificação do nível de formação											
Agente de ação social	-	-	-	-	-	-	1	100,00	-	-	1
Assistente administrativo	-	-	1	0,68	7	4,76	139	94,55	-	-	147
Auditor	1	100,00	-	-	-	-	-	-	-	-	1
Diretor	14	66,66	2	9,52	-	-	4	19,04	1	4,76	21
Dirigente	3	100,00	-	-	-	-	-	-	-	-	3
Gerente	7	50,00	1	7,14	-	-	6	42,85	-	-	14
Motorista	-	-	-	-	-	-	98	100,00	-	-	98
Ouvidor	-	-	-	-	-	-	1	100,00	-	-	1
Serviços gerais	3	0,87	5	1,45	18	5,23	316	91,86	2	0,58	344
Sub-total	28	4,44	9	1,42	25	3,96	565	89,68	3	0,47	630

Fonte: elaboração própria a partir de dados do CNES, 2014

Pelos dados levantados, observa-se uma dificuldade de inserção de algumas ocupações, entre elas médico e dentista, com CH de 40 horas semanais. Convergindo com outros estudos realizados na AB, como o de Nunes et al. (2015) que identificou que os profissionais médicos e dentistas se diferenciam dos outros profissionais em relação à jornada de trabalho, enquanto 84,6% dos profissionais referiram ter sido contratado para jornada de trabalho semanal de 30 a 40 horas, 28,2% dos médicos e 44,3% dos dentistas referiram ter sido contratos para CH de 10 a 20 horas semanais. Como no presente estudo, no qual 27,07% dos vínculos médicos e 30,65% dos dentistas apresentam CH semanal entre 11 e 20 horas (tabela 2).

Cotta et al (2006) em pesquisa realizada com profissionais que atuavam em equipes da Saúde da Família no Município de Teixeira/MG encontrou que todos os ACS e auxiliares de enfermagem cumpriam oito horas diárias de trabalho (40 horas semanais), enquanto apenas 50% dos médicos e 50% dos enfermeiros cumpriam essa mesma CH. Isso pode ser uma dificuldade para a realização do trabalho em equipe, como por exemplo, a agenda comum e a visita domiciliar da equipe.

Lazeris, Calvo e Régis Filho (2007) em estudo realizado com dentistas que trabalhavam no serviço público de saúde no município de Itajaí/SC, identificaram que praticamente 2/3 dos dentistas dedicavam apenas tempo parcial à rede pública de saúde, 61,5% dedicavam entre 15 e 20 horas semanais e 38,5% entre 30 e 40 horas semanais.

A CH de 40 horas semanais, associada à exigência de dedicação exclusiva evidencia dificuldade de atração e retenção dos profissionais médicos na ESF, levando em consideração a prática liberal da medicina como concorrente à adesão dos médicos à estratégia (MENDONÇA et al., 2010).

Segundo Nogueira (2002) o regime de 40 horas semanais para os médicos ainda é pouco adotado no SUS, exceto na ESF, que preconiza para todos os profissionais da equipe Saúde da Família CH semanal de 40 horas. Mas a dificuldade de fixação de profissionais médicos com 40 horas semanais nas equipes de saúde da família levou o MS a adotar medidas legais que permitissem 30 e 20 horas semanais para os médicos (BRASIL, 2011).

Segundo levantamento realizado no Histórico de Cobertura da Saúde da Família existe 308 equipes de Saúde da Família na Macrorregião Oeste/PR, com uma cobertura de 83,64% da população (DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO BÁSICA,

2015), o que parece explicar os vínculos de 338 médicos (32,87% do total), 470 enfermeiros (81,17% do total) e 244 dentistas (50,20% do total) com 40 horas semanais (CNES, 2014), podendo evidenciar que a ESF é um fator importante para a contratação de profissionais com maior carga horária semanal.

Os dados encontrados na presente pesquisa também estão de acordo com os achados de Tomasi et al (2008), que identificaram que mais de dois terços dos trabalhadores de equipes da saúde da família tinham contrato de 40 horas semanais, enquanto nas UBS tradicionais esta proporção alcançou menos da metade dos trabalhadores.

CONSIDERAÇÕES FINAIS:

Pode-se concluir através dos dados obtidos que mesmo com uma política voltada para o desenvolvimento do trabalho integrado, interdisciplinar, através da formação de equipes multiprofissionais, a equipe de saúde na AB, ainda encontra-se polarizada entre médicos e ACS, com baixa inserção de outras profissões de nível superior com formação em saúde, necessitando-se da inserção dessas profissões em busca de se desenvolver realmente o modelo de atenção que valorize a atenção integral e que gere impacto sobre os determinantes e condicionantes de saúde da população.

Observa-se também, a prevalência de CH semanais menores para os trabalhadores com formação de nível superior em saúde, principalmente para os médicos e dentistas, que contribuem com a adoção de múltiplos vínculos e elevadas CH de trabalho, prejudicando a qualidade dos serviços prestados.

REFERÊNCIAS:

BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. Lei nº 8.080 de 19 de Setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília, DF, 1990. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm>. Acesso em: 02 jul. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. **Documentos preparatórios para 3ª Conferência Nacional de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde:** trabalhadores da saúde e a saúde de todos os brasileiros: práticas de trabalho, gestão, formação e participação. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2005. 73 p. (Série D. Reuniões e Conferências). Disponível em:

<http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cartilha3conf_pdf.pdf>. Acesso em: 26 nov. 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.488 de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Brasília, DF, 2011.

Disponível em:

<http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488_21_10_2011.html>.

Acesso em: 15 jul. 2013.

BRASIL. Senado Federal. **Constituição da República Federativa do Brasil**: texto promulgado em 05 de outubro de 1988. Brasília, DF, 2013. Disponível em:

<http://www.senado.gov.br/legislacao/const/con1988/CON1988_05.10.1988/CON1988.pdf>. Acesso em: 14 jul. 2013.

BATISTA, Karina Barros Calife; GONÇALVES, Otília Simões Janeiro. Formação dos Profissionais de Saúde para o SUS: significado e cuidado. **Saúde e Sociedade**, v. 20, n. 4, p. 884-899, 2011.

CADASTRO NACIONAL DE ESTABELECIMENTOS DE SAÚDE. Secretaria de Atenção à saúde. DATASUS. 2014. Disponível em: <<http://cnes.datasus.gov.br/>>. Acesso em: 25 jul. 2013.

CAMPOS, Gastão Wagner de Souza. Políticas de formação de pessoal para o SUS: reflexões fragmentadas. In: In: CAMPOS, Francisco Eduardo; MACHADO, Maria Helena; COUTO, Luiza Cláudia Dias (Org.). **Cadernos RH Saúde**, Brasília: MS, 2006. p. 52-56.

CASTRO, Ana Luiza Barros de; FAUSTO, Márcia Cristina Rodrigues. A Política Brasileira de Atenção Primária à Saúde. In: MACHADO, Cristiane Vieira (Org.). **Políticas de Saúde no Brasil: continuidades e mudanças**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2012.

COTTA, Rosângela Minardi Mitre et al. Organização do trabalho e perfil dos profissionais do Programa Saúde da Família: um desafio na reestruturação da atenção básica em saúde. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, n. 15, v. 3, p. 7-18, 2006.

DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO BÁSICA. Histórico de cobertura da Saúde da família. Disponível em:

<http://dab.saude.gov.br/portaldab/historico_cobertura_sf.php>. Acesso em 10 abr. 2015.

FACCHINI, Luiz Augusto et al. Desempenho do PSF no Sul e no Nordeste do Brasil: avaliação institucional e epidemiológica da Atenção Básica à Saúde. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 11, n. 3, p. 669-681, 2006.

GIL, Célia Regina Rodrigues. Formação de recursos humanos em saúde da família: paradoxos e perspectivas. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 2, p. 490-498, 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v21n2/15.pdf>>. Acesso em: 15 maio de 2014.

GIOVANELLA, Lígia; MENDONÇA, Maria Helena Magalhães de. Atenção Primária à Saúde. In: GIOVANELLA, Lígia et al. (Org.). **Políticas e Sistemas de Saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008.

LAZERIS, Andréa Manente; CALVO, Maria Cristina Marino; REGIS FILHO, Gilsée Ivan. A formação de recursos humanos em odontologia e as exigências do setor público-uma contribuição para serviços de saúde públicos e de qualidade. **Revista Odonto Ciência**, v. 22, n. 56, 2007.

MACHADO, Maria Helena. Trabalhadores da Saúde e sua trajetória na Reforma Sanitária. In: CAMPOS, Francisco Eduardo; MACHADO, Maria Helena; COUTO, Luiza Cláudia Dias (Org.). **Cadernos RH Saúde**, Brasília: MS, 2006. p. 12-25.

MACHADO, Maria Helena. Trabalho e emprego em saúde. In: GIOVANELLA, Lígia et al. (Org.). **Políticas e Sistema de Saúde no Brasil**, Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2008.

MARTELLI, Petrônio José de Lima et al. Perfil do cirurgião-dentista inserido na Estratégia de Saúde da Família em municípios do estado de Pernambuco, Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 2, p. 3243-3248, 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v15s2/a29v15s2.pdf>>. Acesso em: 20 jun. 2013.

MENDES, Eugênio Vilaça. O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2012.

MENDONÇA, Maria Helena Magalhães de et al. Desafios para gestão do trabalho a partir de experiências exitosas de Expansão da Estratégia de Saúde da Família. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 15, n. 5, p. 2355-2365, 2010.

MERHY, Emerson Elias; FRANCO, Túlio Batista. Trabalho em Saúde. In: PEREIRA, Isabel Brasil; LIMA, Júlio César Franco. **Dicionário da educação profissional em saúde**. 2. ed. Rio de Janeiro: EPSJV, 2009.

MOROSINI, Márcia Valéria; CORBO, Anamaria D'Andrea; GUIMARÃES, Cátia Corrêa. O agente comunitário de saúde no âmbito das políticas voltadas para a atenção básica: concepções do trabalho e da formação profissional. **Trabalho, educação e saúde**, v. 5, n. 2, p. 261-280, 2007. Disponível em: <http://www.revista.epsjv.fiocruz.br/upload/revistas/r170.pdf>. Acesso em: 10 jan. 2015.

MOROSINI, Márcia Valéria; FONSECA, Angélica Ferreira; PEREIRA, Isabel Brasil. Educação em Saúde. In: PEREIRA, Isabel Brasil; LIMA, Júlio César Franco. **Dicionário da educação profissional em saúde**. 2. ed. Rio de Janeiro: EPSJV, 2009.

NOGUEIRA, Roberto Passos. A força de trabalho em saúde no contexto da Reforma Sanitária. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 3, n. 3, p. 332-342, 1987. Disponível em: <<http://www.scielo.org/pdf/csp/v3n3/v3n3a11.pdf>>. Acesso em: 10 jan. 2014.

NOGUEIRA, Roberto Passos. Resultado do Estudo de Avaliação de Tendências e Prioridades sobre Recursos Humanos em Saúde. In: BRASIL. Ministério da Saúde. **Política de recursos humanos em saúde**, Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

NUNES, Elisabete de Fátima Polo de Almeida et al. Força de trabalho em saúde na Atenção Básica em Municípios de Pequeno Porte do Paraná. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 39, n. 104, p. 30-42, 2015. Disponível em: <http://www.saudeemdebate.org.br/UserFiles_Padrao/File/RSDv39n104.pdf>. Acesso em: 10 abr. 2015

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. **Chamado à Ação de Toronto: 2006-2015 Rumo a uma Década de Recursos Humanos em Saúde nas américas**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. 12 p. (Série D. Reuniões e Conferências).

PEREIRA, Isabel Brasil. Histórico da Educação Profissional em Saúde. In: FONSECA, Angélica Ferreira; STAUFFER, Anakeila de Barros (Org.). **O processo histórico do trabalho em saúde**. Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz, 2007. p. 155-187.

PEREIRA, Maria José Bistafa et al. A enfermagem no Brasil no contexto da força de trabalho em saúde: perfil e legislação. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília,

v. 62, n. 5, p. 771-777, 2009. Disponível em:
<<http://www.scielo.br/pdf/reben/v62n5/22.pdf>>. Acesso em: 03 maio 2013.

PIRES, Denise. **Reestruturação produtiva e Trabalho em saúde no Brasil**. 2 ed. São Paulo: CUT/Annablume, 2008.

RIZZOTTO, Maria Lucia Frizon et al. Força de trabalho e gestão do trabalho em saúde: revelações da Avaliação Externa do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica do Paraná. **Saúde em Debate**, v. 38, p. 237-251, 2014.

SANTOS, Nelson Rodrigues dos. Sistema Único de Saúde - 2010: espaço para uma virada. **O Mundo da Saúde**, São Paulo, v. 34, n. 1, p. 8-19, 2010.

SANTOS, Karina Tonini dos et al. Agente comunitário de saúde: perfil adequado a realidade do Programa Saúde da família? **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 16, p. 1023-1028, 2011.

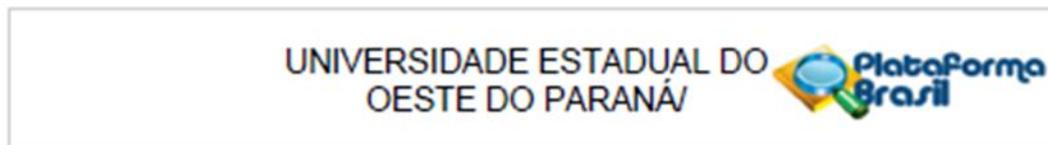
STARFIELD, Barbara. **Atenção Primária**: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 2002.

TOMASI, Elaine et al. Perfil sócio-demográfico e epidemiológico dos trabalhadores da atenção básica à saúde nas regiões Sul e Nordeste do Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 14, p. 193-201, 2008.

VIEIRA, Mônica. As Políticas de Gestão do Trabalho no Sistema Único de Saúde e o Agente Comunitário de Saúde. In: FONSECA, Angélica Ferreira; STAUFFER, Anakeila de Barros (Org.). **O processo histórico do trabalho em saúde**. Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz, 2007. p. 139-152.

ANEXO A

Certificado do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Estadual do Oeste do Paraná.



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Força de trabalho em saúde: estrutura, dinâmica e tendência na macrorregião oeste do Paraná

Pesquisador: Manoela de Carvalho

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 20630213.6.0000.0107

Instituição Proponente: UNIVERSIDADE ESTADUAL DO OESTE DO PARANÁ

Patrocinador Principal: Fundação Araucária

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 535.238

Data da Relatoria: 17/12/2013

Apresentação do Projeto:

satisfatória (pendências foram alteradas)

Objetivo da Pesquisa:

adequados ao estudo

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

presentes

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

estudo documental e in loco (entrevistas) sobre a força de trabalho em saúde mental na região oeste do PR

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

todos foram apresentados e estão adequados

Recomendações:

nenhuma

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

não há mais pendências

Endereço: UNIVERSITARIA

Bairro: UNIVERSITARIO

UF: PR

Município: CASCAVEL

CEP: 85.819-110

Telefone: (45)3220-3272

E-mail: cep.prrpg@unioeste.br

UNIVERSIDADE ESTADUAL DO
OESTE DO PARANÁ 

Continuação do Parecer: 535.238

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

As solicitações feitas foram atendidas pelo pesquisador

CASCADEL, 19 de Fevereiro de 2014

Assinador por:
João Fernando Christofoletti
(Coordenador)

Endereço: UNIVERSITARIA
Bairro: UNIVERSITARIO CEP: 85.819-110
UF: PR Município: CASCADEL
Telefone: (45)3220-3272 E-mail: cep.pppg@unioeste.br

ANEXO B:

Normas da Revista Científica: Artigo Científico 1

Instruções para colaboradores

Ciência & Saúde Coletiva publica debates, análises e resultados de investigações sobre um tema específico considerado relevante para a saúde coletiva; e artigos de discussão e análise do estado da arte da área e das subáreas, mesmo que não versem sobre o assunto do tema central. A revista, de periodicidade mensal, tem como propósitos enfrentar os desafios, buscar a consolidação e promover uma permanente atualização das tendências de pensamento e das práticas na saúde coletiva, em diálogo com a agenda contemporânea da Ciência & Tecnologia.

Recomendações para a submissão de artigos

Recomenda-se que os artigos submetidos não tratem apenas de questões de interesse local, ou se situe apenas no plano descritivo. As discussões devem apresentar uma análise ampliada que situe a especificidade dos achados de pesquisa ou revisão no cenário da literatura nacional e internacional acerca do assunto, deixando claro o caráter inédito da contribuição que o artigo traz.

A revista C&SC adota as “Normas para apresentação de artigos propostos para publicação em revistas médicas”, da Comissão Internacional de Editores de Revistas Médicas, cuja versão para o português encontra-se publicada na *Rev Port Clin Geral* 1997; 14:159-174. O documento está disponível em vários sítios na World Wide Web, como por exemplo, www.icmje.org ou www.apmcg.pt/document/71479/450062.pdf.
Recomenda-se aos autores a sua leitura atenta.

Seções da publicação

Editorial: de responsabilidade dos editores chefes ou dos editores convidados, deve ter no máximo 4.000 caracteres com espaço.

Artigos Temáticos: devem trazer resultados de pesquisas de natureza empírica, experimental, conceitual e de revisões sobre o assunto em pauta. Os textos de pesquisa não deverão ultrapassar os 40.000 caracteres.

Artigos de Temas Livres: devem ser de interesse para a saúde coletiva por livre apresentação dos autores através da página da revista. Devem ter as mesmas características dos artigos temáticos: máximo de 40.000 caracteres com espaço, resultarem de pesquisa e apresentarem análises e avaliações de tendências teórico-metodológicas e conceituais da área.

Artigos de Revisão: Devem ser textos baseados exclusivamente em fontes secundárias, submetidas a métodos de análises já teoricamente consagrados, temáticos ou de livre demanda, podendo alcançar até o máximo de 45.000 caracteres com espaço.

Opinião: texto que expresse posição qualificada de um ou vários autores ou entrevistas realizadas com especialistas no assunto em debate na revista; deve ter, no máximo, 20.000 caracteres com espaço.

Resenhas: análise crítica de livros relacionados ao campo temático da saúde coletiva, publicados nos últimos dois anos, cujo texto não deve ultrapassar 10.000 caracteres com espaço. Os autores da resenha devem incluir no início do texto a referência completa do livro. As referências citadas ao longo do texto devem seguir as mesmas regras dos artigos. No momento da submissão da resenha os autores devem inserir em anexo no sistema uma reprodução, em alta definição da capa do livro em formato jpeg.

Cartas: com apreciações e sugestões a respeito do que é publicado em números anteriores da revista (máximo de 4.000 caracteres com espaço).

Observação: O limite máximo de caracteres leva em conta os espaços e inclui texto e bibliografia. O resumo/abstract e as ilustrações (figuras e quadros) são considerados à parte.

Apresentação de manuscritos

1. Os originais podem ser escritos em português, espanhol, francês e inglês. Os textos em português e espanhol devem ter título, resumo e palavras-chave na língua original e em inglês. Os textos em francês e inglês devem ter título, resumo e palavras-chave na língua original e em português. Não serão aceitas notas de pé-de-página ou no final dos artigos.

2. Os textos têm de ser digitados em espaço duplo, na fonte Times New Roman, no corpo 12, margens de 2,5 cm, formato Word e encaminhados apenas pelo endereço

eletrônico (<http://mc04.manuscriptcentral.com/csc-scielo>) segundo as orientações do site.

3. Os artigos publicados serão de propriedade da revista C&SC, ficando proibida a reprodução total ou parcial em qualquer meio de divulgação, impressa ou eletrônica, sem a prévia autorização dos editores-chefes da Revista. A publicação secundária deve indicar a fonte da publicação original.

4. Os artigos submetidos à C&SC não podem ser propostos simultaneamente para outros periódicos.

5. As questões éticas referentes às publicações de pesquisa com seres humanos são de inteira responsabilidade dos autores e devem estar em conformidade com os princípios contidos na Declaração de Helsinque da Associação Médica Mundial (1964, reformulada em 1975, 1983, 1989, 1989, 1996 e 2000).

6. Os artigos devem ser encaminhados com as autorizações para reproduzir material publicado anteriormente, para usar ilustrações que possam identificar pessoas e para transferir direitos de autor e outros documentos.

7. Os conceitos e opiniões expressos nos artigos, bem como a exatidão e a procedência das citações são de exclusiva responsabilidade dos autores.

8. Os textos são em geral (mas não necessariamente) divididos em seções com os títulos Introdução, Métodos, Resultados e Discussão, às vezes, sendo necessária a inclusão de subtítulos em algumas seções. Os títulos e subtítulos das seções não devem estar organizados com numeração progressiva, mas com recursos gráficos (caixa alta, recuo na margem etc.).

9. O título deve ter 120 caracteres com espaço e o resumo/abstract, com no máximo 1.400 caracteres com espaço (incluindo palavras-chave/key words), deve explicitar o objeto, os objetivos, a metodologia, a abordagem teórica e os resultados do estudo ou investigação. Logo abaixo do resumo os autores devem indicar até no máximo, cinco (5) palavras-chave. palavras-chave/key words. Chamamos a atenção para a importância da clareza e objetividade na redação do resumo, que certamente contribuirá no interesse do leitor pelo artigo, e das palavras-chave, que auxiliarão a indexação múltipla do artigo. As palavras-chaves na língua original e em inglês devem constar no DeCS/MeSH (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/mesh/e> <http://decs.bvs.br/>).

Autoria

1. As pessoas designadas como autores devem ter participado na elaboração dos artigos de modo que possam assumir publicamente a responsabilidade pelo seu conteúdo. A qualificação como autor deve pressupor: a) a concepção e o delineamento ou a análise e interpretação dos dados, b) redação do artigo ou a sua revisão crítica, e c) aprovação da versão a ser publicada. As contribuições individuais de cada autor devem ser indicadas no final do texto, apenas pelas iniciais (ex. LMF trabalhou na concepção e na redação final e CMG, na pesquisa e na metodologia).
2. O limite de autores no início do artigo deve ser no máximo de oito. Os demais autores serão incluídos no final do artigo.

Nomenclaturas

1. Devem ser observadas rigidamente as regras de nomenclatura de saúde pública/saúde coletiva, assim como abreviaturas e convenções adotadas em disciplinas especializadas. Devem ser evitadas abreviaturas no título e no resumo.
2. A designação completa à qual se refere uma abreviatura deve preceder a primeira ocorrência desta no texto, a menos que se trate de uma unidade de medida padrão.

Ilustrações

1. O material ilustrativo da revista C&SC compreende tabela (elementos demonstrativos como números, medidas, percentagens, etc.), quadro (elementos demonstrativos com informações textuais), gráficos (demonstração esquemática de um fato e suas variações), figura (demonstração esquemática de informações por meio de mapas, diagramas, fluxogramas, como também por meio de desenhos ou fotografias). Vale lembrar que a revista é impressa em apenas uma cor, o preto, e caso o material ilustrativo seja colorido, será convertido para tons de cinza.
2. O número de material ilustrativo deve ser de, no máximo, cinco por artigo, salvo exceções referentes a artigos de sistematização de áreas específicas do campo temático. Nesse caso os autores devem negociar com os editores-chefes.
3. Todo o material ilustrativo deve ser numerado consecutivamente em algarismos arábicos, com suas respectivas legendas e fontes, e a cada um deve ser atribuído um breve título. Todas as ilustrações devem ser citadas no texto.

4. As tabelas e os quadros devem ser confeccionados no mesmo programa utilizado na confecção do artigo (Word).
5. Os gráficos devem estar no programa Excel, e os dados numéricos devem ser enviados, em separado no programa Word ou em outra planilha como texto, para facilitar o recurso de copiar e colar. Os gráficos gerados em programa de imagem (Corel Draw ou Photoshop) devem ser enviados em arquivo aberto com uma cópia em pdf.
6. Os arquivos das figuras (mapa, por ex.) devem ser salvos no (ou exportados para o) formato Illustrator ou Corel Draw com uma cópia em pdf. Estes formatos conservam a informação vetorial, ou seja, conservam as linhas de desenho dos mapas. Se for impossível salvar nesses formatos; os arquivos podem ser enviados nos formatos TIFF ou BMP, que são formatos de imagem e não conservam sua informação vetorial, o que prejudica a qualidade do resultado. Se usar o formato TIFF ou BMP, salvar na maior resolução (300 ou mais DPI) e maior tamanho (lado maior = 18cm). O mesmo se aplica para o material que estiver em fotografia. Caso não seja possível enviar as ilustrações no meio digital, o material original deve ser mandado em boas condições para reprodução.

Referências

1. As referências devem ser numeradas de forma consecutiva de acordo com a ordem em que forem sendo citadas no texto. No caso de as referências serem de mais de dois autores, no corpo do texto deve ser citado apenas o nome do primeiro autor seguido da expressão *et al.*
2. Devem ser identificadas por números arábicos sobrescritos, conforme exemplos abaixo:
ex. 1: “Outro indicador analisado foi o de maturidade do PSF” 11 ...
ex. 2: “Como alerta Maria Adélia de Souza 4, a cidade...”
As referências citadas somente nos quadros e figuras devem ser numeradas a partir do número da última referência citada no texto.
3. As referências citadas devem ser listadas ao final do artigo, em ordem numérica, seguindo as normas gerais dos *Requisitos uniformes para manuscritos apresentados a periódicos biomédicos*(http://www.nlm.nih.gov/bsd/uniform_requirements.html).

4. Os nomes das revistas devem ser abreviados de acordo com o estilo usado no Index Medicus (<http://www.nlm.nih.gov/>).

5. O nome de pessoa, cidades e países devem ser citados na língua original da publicação.

Exemplos de como citar referências

Artigos em periódicos

1. Artigo padrão (incluir todos os autores)

Pelegri ML, Castro JD, Drachler ML. Equidade na alocação de recursos para a saúde: a experiência no Rio Grande do Sul, Brasil. *Cien Saude Colet* 2005; 10(2):275-286.

Maximiano AA, Fernandes RO, Nunes FP, Assis MP, Matos RV, Barbosa CGS, Oliveira-Filho EC. Utilização de drogas veterinárias, agrotóxicos e afins em ambientes hídricos: demandas, regulamentação e considerações sobre riscos à saúde humana e ambiental. *Cien Saude Colet* 2005; 10(2):483-491.

2. Instituição como autor

The Cardiac Society of Australia and New Zealand. Clinical exercise stress testing. Safety and performance guidelines. *Med J Aust* 1996; 164(5):282-284

3. Sem indicação de autoria

Cancer in South Africa [editorial]. *S Afr Med J* 1994; 84:15.

4. Número com suplemento

Duarte MFS. Maturação física: uma revisão de literatura, com especial atenção à criança brasileira. *Cad Saude Publica* 1993; 9(Supl. 1):71-84.

5. Indicação do tipo de texto, se necessário

Enzensberger W, Fischer PA. Metronome in Parkinson's disease [carta]. *Lancet* 1996; 347:1337.

Livros e outras monografias

6. Indivíduo como autor

Cecchetto FR. *Violência, cultura e poder*. Rio de Janeiro: FGV; 2004.

Minayo MCS. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. 8ª Edição. São Paulo, Rio de Janeiro: Hucitec, Abrasco; 2004.

7. Organizador ou compilador como autor

Bosi MLM, Mercado FJ, organizadores. *Pesquisa qualitativa de serviços de saúde*. Petrópolis: Vozes; 2004.

8. Instituição como autor

Instituto Brasileiro do Meio Ambiente e dos Recursos Naturais Renováveis (IBAMA). *Controle de plantas aquáticas por meio de agrotóxicos e afins*. Brasília: DILIQ/IBAMA; 2001.

9. Capítulo de livro

Sarcinelli PN. A exposição de crianças e adolescentes a agrotóxicos. In: Peres F, Moreira JC, organizadores. *É veneno ou é remédio*. Agrotóxicos, saúde e ambiente. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2003. p. 43-58.

10. Resumo em Anais de congressos

Kimura J, Shibasaki H, organizadores. Recent advances in clinical neurophysiology. *Proceedings of the 10th International Congress of EMG and Clinical Neurophysiology*; 1995 Oct 15-19; Kyoto, Japan. Amsterdam: Elsevier; 1996.

11. Trabalhos completos publicados em eventos científicos

Coates V, Correa MM. Características de 462 adolescentes grávidas em São Paulo. In: *Anais do V Congresso Brasileiro de adolescência*; 1993; Belo Horizonte. p. 581-582.

12. Dissertação e tese

Carvalho GCM. *O financiamento público federal do Sistema Único de Saúde 1988-2001* [tese]. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública; 2002.

Gomes WA. *Adolescência, desenvolvimento puberal e sexualidade: nível de informação de adolescentes e professores das escolas municipais de Feira de Santana – BA* [dissertação]. Feira de Santana (BA): Universidade Estadual de Feira de Santana; 2001.

Outros trabalhos publicados

13. Artigo de jornal

Novas técnicas de reprodução assistida possibilitam a maternidade após os 40 anos. *Jornal do Brasil*; 2004 Jan 31; p. 12

Lee G. Hospitalizations tied to ozone pollution: study estimates 50,000 admissions annually. *The Washington Post* 1996 Jun 21; Sect. A:3 (col. 5).

14. Material audiovisual

HIV+/AIDS: the facts and the future [videocassette]. St. Louis (MO): Mosby-Year Book; 1995.

15. Documentos legais

Brasil. Lei nº 8.080 de 19 de Setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. *Diário Oficial da União* 1990; 19 set.

Material no prelo ou não publicado

Leshner AI. Molecular mechanisms of cocaine addiction. *N Engl J Med*. In press 1996.

Cronemberg S, Santos DVV, Ramos LFF, Oliveira ACM, Maestrini HA, Calixto N. Trabeculectomia com mitomicina C em pacientes com glaucoma congênito refratário. *Arq Bras Oftalmol*. No prelo 2004.

Material eletrônico

16. Artigo em formato eletrônico

Morse SS. Factors in the emergence of infectious diseases. *Emerg Infect Dis* [serial on the Internet] 1995 Jan-Mar [cited 1996 Jun 5];1(1):[about 24 p.]. Available from: <http://www.cdc.gov/ncidod/EID/eid.htm>

Lucena AR, Velasco e Cruz AA, Cavalcante R. Estudo epidemiológico do tracoma em comunidade da Chapada do Araripe – PE – Brasil. *Arq Bras Oftalmol* [periódico na Internet]. 2004 Mar-Abr [acessado 2004 Jul 12];67(2): [cerca de 4 p.]. Disponível em: <http://www.abonet.com.br/abo/672/197-200.pdf>

17. Monografia em formato eletrônico

CDI, clinical dermatology illustrated [CD-ROM]. Reeves JRT, Maibach H. CMEA Multimedia Group, producers. 2ª ed. Version 2.0. San Diego: CMEA; 1995.

18. Programa de computador

Hemodynamics III: the ups and downs of hemodynamics [computer program]. Version 2.2. Orlando (FL): Computerized Educational Systems; 1993.