



UNIVERSIDADE
ESTADUAL DE LONDRINA

STELA MARIS LOPES SANTINI

**A ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA E A GESTÃO DO
TRABALHO EM MUNICÍPIOS DE PEQUENO PORTE DO
NORTE DO ESTADO DO PARANÁ**

Londrina
2010

STELA MARIS LOPES SANTINI

**A ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA E A GESTÃO DO
TRABALHO EM MUNICÍPIOS DE PEQUENO PORTE DO
NORTE DO ESTADO DO PARANÁ**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação stricto sensu em Gestão de Serviços de Saúde (Mestrado Profissionalizante), da Universidade Estadual de Londrina, como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Gestão de Serviços de Saúde.

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Elisabete de Fátima
Pólo de Almeida Nunes.

Londrina
2010

Catálogo na publicação elaborada pela Divisão de Processos Técnicos da Biblioteca Central da Universidade Estadual de Londrina.

Dados Internacionais da Catalogação-na-Publicação (CIP)

S235e Santini, Stela Maris Lopes.

A estratégia saúde da família e a gestão do trabalho em municípios de pequeno porte do norte do estado do Paraná / Stela Maris Lopes Santini. – Londrina, 2010.
91f.: il.

Orientador: Elisabete de Fátima Pólo de Almeida Nunes.

Dissertação (Mestrado Profissional em Gestão de Serviços de Saúde) – Universidade Estadual de Londrina, Centro de Ciências da Saúde, Programa de Pós-Graduação em Gestão de Serviços de Saúde, 2010.

Inclui bibliografia.

1. Saúde da família – Teses. 2. Recursos humanos na saúde – Teses. 3. Trabalhadores da saúde – Teses. 4. Saúde – Recursos humanos – Teses. 5. Política de saúde – Teses. I. Nunes, Elisabete de Fátima Pólo de Almeida. II. Universidade Estadual de Londrina. Centro de Ciências da Saúde. Programa de Pós-Graduação em Gestão de Serviços de Saúde. III. Título.

CDU 614.2:658

STELA MARIS LOPES SANTINI

**A ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA E A GESTÃO DO TRABALHO
EM MUNICÍPIOS DE PEQUENO PORTE DO NORTE DO ESTADO DO
PARANÁ**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação stricto sensu em Gestão de Serviços de Saúde (Mestrado Profissionalizante), da Universidade Estadual de Londrina, como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Gestão de Serviços de Saúde.

BANCA EXAMINADORA

Prof^a. Dr^a. Elisabete de Fátima Pólo de Almeida
Nunes
UEL – Londrina - PR

Prof^a. Dr^a. Marcia Hiromi Sakai
UEL – Londrina - PR

Prof. Dr. Dinarte Alexandre Prietto Ballester
UFGRS – Rio Grande do Sul - RS

Londrina, 25 de novembro de 2010.

Dedico este trabalho

Aos meus pais Antonio (in memoriam) e Therezinha, que sempre me incentivaram a estudar e a ter o gosto pela leitura.

Ao meu esposo, Antonio, companheiro e compreensivo, em tudo que a vida tem nos proporcionado.

E minhas filhas Isis e Isabele, filhas queridas e para as quais espero deixar bons exemplos.

AGRADECIMENTOS

Aos profissionais das equipes de saúde da família e equipes gestoras dos municípios da 16ª Regional de Saúde de Apucarana, que foram sempre prestativos e generosos. Espero que este trabalho possa lhes ser útil.

Aos colegas de trabalho e amigos da 16ª Regional de Saúde de Apucarana, pela colaboração e incentivo, imprescindíveis para a realização deste trabalho e do Mestrado.

À Direção da 16ª Regional de Saúde de Apucarana, pelo apoio e incentivo incondicionais.

À minha orientadora, Profª Elisabete Fátima Pólo de Almeida Nunes, pelos seus ensinamentos e principalmente pela sua amizade.

Aos professores Márcia Hiromi Sakai e Dinarte Alexandre Prietto Ballester e Wladithe Organ de Carvalho, que muito contribuíram nas várias etapas deste trabalho.

Aos Professores, Coordenação e equipe do Mestrado Profissionalizante em Gestão de Serviços de Saúde, pela oportunidade e interesse na qualificação dos trabalhadores do SUS.

À amiga, colega de trabalho e de estudo, Julia Ricetti Skronski Jedliczka, com quem dividi grande parte deste trabalho e do Mestrado.

À Maira Sayuri Sakai Bortoletto e Antunes Vitalino, por todas suas colaborações.

À minha família, pela compreensão e por estarem sempre ao meu lado.

Ao Deus do meu coração, amoroso e bom, por todas as oportunidades e graças concedidas.

*Ver o mundo num grão de areia
E o paraíso numa flor do campo
Segurar o infinito na palma da mão
E a eternidade numa hora
William Blake*

SANTINI, Stela Maris Lopes. **A estratégia saúde da família e a gestão do trabalho em municípios de pequeno porte do norte do estado do Paraná**. 2010. 91 p. Dissertação (Mestrado Profissionalizante em Gestão de Serviços de Saúde) – Universidade Estadual de Londrina, Londrina, 2010.

RESUMO

Os recursos humanos são fundamentais para a consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS), por isso há necessidade de fortalecer a capacidade de planejamento e gerenciamento dos recursos humanos na área da saúde em especial nas Equipes de Saúde da Família (ESF) em municípios de pequeno porte, que representam 73,0% dos municípios brasileiros. Este trabalho tem como objetivo caracterizar o perfil dos trabalhadores das Equipes de Saúde da Família (ESF) dos municípios de pequeno porte e a respectiva gestão do trabalho. Consistiu em um estudo descritivo de natureza quantitativa, desenvolvido em municípios de pequeno porte da 16ª Regional de Saúde (RS) da Secretaria Estadual de Saúde (SESA) – PR. A população de estudo foram os profissionais das 41 ESF, sendo: 232 agentes comunitários de saúde (ACS), 29 médicos, 38 enfermeiros e 33 auxiliares de enfermagem. A coleta de dados foi efetuada por meio de um questionário auto-aplicável e estruturado, respondido por 332 profissionais. Observou-se predominância de profissionais do sexo feminino em todas as categorias (85,5%) e faixa etária de <30 até 39 anos (75,9%). A estratégia saúde da família constituiu-se como porta de entrada ao mercado de trabalho para 23,8% do total dos profissionais pesquisados. A seleção para o cargo se deu mediante concurso público ou teste seletivo para 76,2% dos profissionais, sendo 19,0% contratados por Estatuto do Servidor Público, 53,0% através da Consolidação das Leis Trabalhistas (CLT), 20,8% terceirizados e 2,7% através de cargos comissionados ou outros. Quanto a um Plano de Carreira, Cargos e Salários (PCCS), 89,2% dos profissionais relataram não estarem inseridos; 25,9% dos profissionais, distribuídos em todas as categorias, referiram trabalhar menos que a carga horária preconizada pela estratégia e 11,8% mencionaram trabalhar em dois lugares. Também foi apontada por 95,5% dos profissionais a necessidade de capacitação para atuação nas equipes. Para se concretizar tanto as propostas da Reforma Sanitária Brasileira como os princípios constitucionais referentes aos Recursos Humanos no SUS, faz-se necessário proporcionar maior apoio logístico e financeiro aos municípios de pequeno porte.

Palavras-chave: Saúde da família. Recursos humanos em saúde. Condições de trabalho. Atenção básica à saúde.

SANTINI, Stela Maris Lopes. **The family health strategy and labora management in small municipalities in north of state of Parana.** 2010. 91 p. Dissertation (Master's degree Professional in Management of Health Services), Universidade Estadual de Londrina, Londrina, 2010.

ABSTRACT

Human resources are fundamental to the consolidation of the Unified Health System, and then it is necessary to strengthen the planning and management of human resources in health, especially in family health teams in smaller cities, representing 73.0% of Brazilian municipalities. This work to characterize the profile of workers Family Health Team and work management, in small towns and their management work. This is a quantitative and descriptive study, developed in small towns of the 16th Regional Health, the State Department of Health – PR. The study populations were professionals in the 41 FHT, the following: ACS 232, 29 medical, 38 nurses and 33 nursing assistants. Data collection was performed through a self-administered questionnaire and structured answered by 332 professionals. It had a predominance of female professionals in all categories (85,5%) and aged <30-39 years (75.9%). The Family Health Strategy is the gateway to the labor market to 23.8% of all professionals. The selection for the post was made by open tender or selective test for 76.2% of professionals, and 19.0% of professionals employed by the Statute of Civil Servants, 53.0% through the Consolidation of Labor Laws, 20,8% and 2,7% through the outsourcing of jobs or others. No Career Planning, Employment and Salary, 89.2% of professionals reported they were not inserted. As for the workload, and number of insertions met at work, 25.9% of professionals spread across all categories, reported working hours unless recommended by the strategy and 11.8% said they work in two places. It was also mentioned by 95.5% the need to train professionals to work in these teams. To achieve both the proposals of the Brazilian Health Reform and the constitutional principles relating to human resources in the Unified Health System, it is necessary to provide further logistical and financial support for small towns.

Keywords: Family health. Human resources. Working conditions. Primary health care.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Mapa do Estado do Paraná e o contorno das Regionais de Saúde, 2009.....	23
Figura 2 – Mapa da área da 16ª Regional de Saúde – PR, 2009.....	25
Figura 3 – Esquema de distribuição da população de estudo das equipes de saúde da família dos municípios de pequeno porte da 16ª RS – PR, 2009.....	33
Figura 4 – Gráfico da remuneração mensal bruta (em salários mínimos) dos profissionais nas equipes de saúde da família dos municípios de pequeno porte da 16ª RS – PR, 2009.....	38
Figura 5 – Perfil dos médicos e enfermeiros das equipes de saúde da família no Brasil em 1999 e nos municípios de pequeno porte da 16ª RS – PR em 2009.....	46
Figura 6 – Perfil sócio-demográfico dos profissionais das equipes de saúde da família dos municípios com mais de 100.000 hab. da região sul do Brasil em 2008 e dos municípios de pequeno porte da 16ª RS – PR em 2009.....	49
Figura 7 – Quadro resumo dos principais temas abordados nas atividades desenvolvidas pelo Pólo Regional de Educação Permanente em Saúde (PREPS) da 16ª RS - PR, 2003 a 2009.....	53

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Número de equipes de saúde da família implantadas na área de abrangência da 16ª Regional de Saúde – PR, 2010	26
Tabela 2 – Características sócio-demográficas dos profissionais das equipes de saúde da família dos municípios de pequeno porte da 16ª RS – PR, 2009	34
Tabela 3 – Programa Saúde da Família como primeiro emprego dos profissionais das equipes de saúde da família dos municípios de pequeno porte da 16ª RS – PR, 2009	35
Tabela 4 – Ano de admissão dos profissionais das equipes de saúde da família dos municípios de pequeno porte da 16ª RS – PR, 2009.....	35
Tabela 5 – Modalidade de seleção e tipo de vínculo dos profissionais das equipes de saúde da família dos municípios de pequeno porte da 16ª RS – PR, 2009	36
Tabela 6 – Tipo de vínculo empregatício segundo o período de admissão dos profissionais das equipes de saúde da família dos municípios de pequeno porte da 16ª RS – PR, 2009	37
Tabela 7 – Recebimento de incentivos salariais e adicional de insalubridade pelos profissionais das equipes de saúde da família dos municípios de pequeno porte da 16ª RS – PR, 2009	39
Tabela 8 – Profissionais das equipes de saúde da família dos municípios de pequeno porte da 16ª RS – PR incluídos em plano de carreiras, cargos e salários (PCCS), 2009	39
Tabela 9 – Carga horária semanal contratual dos profissionais das equipes de Saúde da família dos municípios de pequeno porte da 16ª RS – PR, 2009.....	40
Tabela 10 –Carga horária semanal cumprida pelos profissionais das equipes de saúde da família dos municípios de pequeno porte da 16ª RS – PR, 2009.....	41
Tabela 11 –Número de vínculos empregatícios referidos pelos profissionais das equipes de saúde da família dos municípios de pequeno porte da 16ª RS – PR, 2009	41

Tabela 12 – Participação dos profissionais das equipes de saúde da família dos municípios de pequeno porte da 16ª RS – PR em capacitações desde suas contratações, 2009	42
Tabela 13 – Opinião dos profissionais das equipes de saúde da família dos municípios de pequeno porte da 16ª RS – PR, 2009 sobre a relevância da participação nas capacitações	43
Tabela 14 – Opinião dos profissionais sobre a necessidade de aprimoramento para atuação nas equipes de saúde da família dos municípios de pequeno porte da 16ª RS – PR, 2009.....	43
Tabela 15 – Motivos que levam os profissionais das equipes de saúde da família de municípios de pequeno porte da 16ª RS – PR a participarem de cursos/capacitações, 2009.....	44
Tabela 16 – Acessibilidade a publicações sobre o PSF segundo os profissionais das equipes de saúde da família dos municípios de pequeno porte da 16ª RS – PR, 2009	44
Tabela 17 – Periodicidade de leitura de publicações sobre o PSF segundo os profissionais das equipes de saúde da família dos municípios de pequeno porte da 16ª RS – PR, 2009	45
Tabela 18 – Percentual de recursos próprios dos municípios da 16ª RS – PR aplicados em ações e serviços públicos de saúde conforme Sistema de Informações Sobre Orçamentos Públicos em Saúde (SIOPS) e segundo população, 2009	65

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

16ª RS	16ª Regional de Saúde
ADIN	Ação Direta de Inconstitucionalidade
ACS	Agente Comunitário de Saúde
AB	Atenção Básica
AEN	Auxiliar de Enfermagem
CNES	Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
CONASS	Conselho Nacional de Secretários de Saúde
CONASEMS	Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde
CE	Ceará
CF	Constituição Federal
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CLT	Consolidação das Leis Trabalhistas
DEAB	Departamento de Atenção Básica
DATASUS	Departamento de Informática do SUS
DST	Doença Sexualmente Transmissível
EC	Emenda Constitucional
EPSM	Estação de Pesquisas em Sinais de Mercado em Saúde
ENSP	Escola Nacional de Saúde Pública
ESPP	Escola de Saúde Pública do Paraná
ESF	Equipe de Saúde da Família
FNS	Fundo Nacional de Saúde
IDH	Índice de Desenvolvimento Humano
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
LC	Lei Complementar
LRF	Lei de Responsabilidade Fiscal
MS	Ministério da Saúde
MG	Minas Gerais
NESCON	Núcleo de Educação em Saúde Coletiva
NOB/RH/SUS	Norma Operacional Básica/Recursos Humanos-SUS
ONG	Organização Não Governamental
OS	Organização Social
OSCIP	Organização Social de Interesse Público

PR	Paraná
PAB	Piso da Atenção Básica
PCCS	Plano de Carreiras, Cargos e Salários
PACS	Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PREPS	Pólo Regional de Educação Permanente em Saúde
PROESF	Projeto de Expansão e Consolidação da Saúde da Família
PSF	Programa Saúde da Família
RCL	Receita Corrente Líquida
RPA	Recibo de Pagamento a Autônomo
RH	Recursos Humanos
RS	Rio Grande do Sul
SC	Santa Catarina
SCNES	Sistema do Cadastro Nac. de Estabelecimentos em Saúde
SF	Saúde da Família
SESA	Secretaria de Estado da Saúde do Paraná
SIAB	Sistema de Informações da Atenção Básica
SIOPS	Sistema de Informações em Orçamentos Públicos de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
TCGM	Termo de Compromisso de Gestão Municipal
TCE	Tribunal de Contas do Estado
TCU	Tribunal de Contas da União
TEM	Técnico de Enfermagem
UBS	Unidade Básica de Saúde
UEL	Universidade Estadual de Londrina
UFMG	Universidade Federal de Minas Gerais

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	15
1.1 DESCENTRALIZAÇÃO E ORGANIZAÇÃO DA ATENÇÃO BÁSICA NO SUS	15
1.2 ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA	16
1.3 GESTÃO DO TRABALHO NO SUS	18
2 OBJETIVOS	22
2.1 OBJETIVO GERAL	22
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	22
3 METODOLOGIA	23
3.1 ÁREA DE ABRANGÊNCIA DA PESQUISA	23
3.2 POPULAÇÃO DE ESTUDO	26
3.3 COLETA DE DADOS	28
3.4 VARIÁVEIS ESTUDADAS	30
3.5 ANÁLISE DOS DADOS	30
3.6 ASPECTOS ÉTICOS	30
4 RESULTADOS	32
4.1 PERFIL DOS PROFISSIONAIS	33
4.2 GESTÃO DO TRABALHO	36
4.3 DESENVOLVIMENTO DE RECURSOS HUMANO	42
5 DISCUSSÃO	46
5.1 PERFIL DOS PROFISSIONAIS	46
5.2 GESTÃO DO TRABALHO	54
5.3 FINANCIAMENTO	63
6 CONCLUSÕES	67
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS	70
REFERÊNCIAS	72

ANEXO	78
Anexo A – Parecer N° 112/09	79
APÊNDICES	80
Apêndice A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	81
Apêndice B – Termo de Autorização Institucional	82
Apêndice C – Questionário	83

1 INTRODUÇÃO

1.1 DESCENTRALIZAÇÃO E ORGANIZAÇÃO DA ATENÇÃO BÁSICA NO SUS

Com a descentralização da gestão dos serviços de saúde para os municípios, foi desencadeada a transferência de decisões e ações, antes centralizadas em instâncias estaduais ou federal, para as municipais. Neste processo, os municípios, ao assumirem a gestão do Sistema Único de Saúde (SUS), estruturaram uma ampla rede de serviços de saúde no nível da Atenção Básica (AB), tornando-se os principais gestores da força de trabalho, pois a adesão a diversos programas exigiu a contratação de muitos profissionais, em especial os das Equipes de Saúde da Família (ESF).

O setor de saúde, ao contrário de outros que se caracterizam pela redução do uso da mão de obra, é um grande empregador, particularmente após a implantação do SUS, requerendo equipes multiprofissionais e que desempenhem ações multidisciplinares (MACHADO, 2008).

Segundo Machado (2005, p. 12), “o sistema de saúde passou a ser, de fato, um sistema nacional com foco municipal, o que se denomina ‘municipalização’ ”.

Feuerwerker (2005, p. 491) complementa:

O SUS vem conseguindo superar obstáculos importantes em seu processo de implantação. Em tempos de políticas de redução de Estado e de desfinanciamento dos setores sociais, os serviços públicos de saúde foram ampliados, cresceu o número de trabalhadores no setor, a saúde chegou a praticamente todos os municípios do país e, a duras penas, recentemente se conseguiu assegurar recursos mínimos para o setor.

A Atenção Básica (AB) configura-se como a porta de entrada preferencial, ou seja, o primeiro contato dos usuários com o sistema de saúde. Deve ser desenvolvida por meio de práticas gerenciais e sanitárias, democráticas e participativas, sob forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios bem delimitados, pelas quais assume a responsabilidade sanitária (BRASIL, 2006).

O processo de estruturação da AB pressupõe uma maior autonomia e poder decisório nas Unidades Básicas de Saúde (UBS). Desta forma, há necessidade de rever a organização do processo de trabalho e a administração dos

trabalhadores de saúde (que são em maior número e com maior diversidade de formação profissional), e que estes não sejam mais vistos como meros insumos, mas como agentes sociais necessários para mudar o jeito de se fazer saúde (MISHIMA et al, 1997).

O principal objetivo de reorganizar a AB é a mudança no modelo de atenção à saúde, visto que as idéias e os valores oriundos do modelo médico-hegemônico em que se priorizam as ações curativas e hospitalocêntricas, em detrimento às ações de promoção de saúde e prevenção de doenças, ainda são predominantes na sociedade (FEUERWERKER, 2005). Para que este processo de mudanças seja efetivo, há necessidade de que elas ocorram em múltiplas dimensões: mudanças políticas, ideológicas, jurídico-legais e organizacionais no nível macro, mas também nas práticas de saúde (nível micro). As práticas de saúde se dão num espaço relacional entre os trabalhadores e entre estes e os usuários e as formas como as tecnologias e processos de trabalho estão organizados, configuram um determinado modelo de atenção (MERHY, 1999).

Portanto, neste nível do sistema, em que as ações de saúde concretizam-se predominantemente na dimensão das relações interpessoais, é ainda mais central o papel dos trabalhadores da saúde. Daí a importância que assume a estabilidade e o vínculo de trabalho dos profissionais das equipes de saúde; a educação permanente; a possibilidade de negociação das condições de trabalho; os mecanismos de gestão e organização dos processos de trabalho; a existência de plano de carreira, cargos e salários, dentre outros aspectos (LACAZ, 2008).

Mesmo em se tratando de trabalhadores sobre os quais recaem grandes e crescentes responsabilidades e cujo processo de trabalho é peculiar pela interação entre saber técnico e relações pessoais, pouco se tem estudado sobre os profissionais que são responsáveis pelo atendimento direto do usuário do SUS (TOMASI et al, 2008).

1.2 ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA

O Programa Saúde da Família (PSF) foi criado em 1994 pelo Ministério da Saúde (MS) para a re-organização do modelo da atenção, tendo incorporado os profissionais do Programa de Agentes Comunitários de Saúde

(PACS). O PSF tornou-se estratégia saúde da família com abrangência nacional através da Portaria nº 648 de 28 de março de 2006.

Sua expansão, ao longo dos anos, demonstra a vontade e/ou a necessidade política das três esferas de governo em iniciar, pela AB, a reorganização do modelo de atenção de saúde brasileiro. Isto exigiu dos municípios a contratação de um grande número de profissionais.

As Equipes de Saúde da Família (ESF) são compostas, no mínimo, por um médico, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem e seis agentes comunitários de saúde (ACS). As equipes são responsáveis, em um determinado território, pelo acompanhamento de, no máximo, 4.000 habitantes, para o desenvolvimento de ações de promoção de saúde, prevenção, recuperação e reabilitação de doenças e agravos mais frequentes, bem como na manutenção da saúde da comunidade. O Ministério da Saúde considera como implantada a equipe cadastrada no sistema e devidamente credenciada (BRASIL, 2010).

No Brasil sua implantação iniciou-se em 1994 em 55 municípios. Dez anos depois já existiam 4.664 municípios com ESF implantadas, indicando uma expansão de 8.380% no número de municípios atendidos. Este número não parou de crescer, uma vez que, dos 5.564 municípios brasileiros em 2008, 5.235 possuíam ESF implantadas. Ainda segundo o MS, os dados mostram que o percentual de cobertura populacional das equipes de saúde da família é mais elevado em municípios de pequeno porte, conforme dados com base no ano de 2009 (BRASIL, 2009):

- municípios com população inferior a 5.000 hab.: 88,1%;
- municípios com população de 5.000 a 9.999 hab.: 84,1%;
- municípios com população de 10.000 a 19.999 hab.: 79,3%;
- municípios com população de 20.000 a 49.999 hab.: 65,9%;
- municípios com população de 50.000 a 99.999 hab.: 53,7%;
- municípios com população de 100.000 a 249.999 hab.: 42,4%;
- municípios com população de 250.000 a 499.999 hab.: 30,7%;
- municípios com mais de 500.000 hab.: 28,8%.

No Estado do Paraná - PR, segundo informações da Secretaria Estadual de Saúde (SESA), o PSF iniciou-se no ano de 1994 com a implantação de

quatro ESF. No ano de 2007 atingiu-se 1.563 ESF em 373 municípios (PARANÁ, 2009). O percentual da população coberta pelas Equipes de Saúde da Família (ESF) no PR, de 2000 a 2006, aumentou 112,2%; passando de 22,8% para 48,4% de famílias cobertas neste período. O percentual de municípios com ESF em atuação apresentou um acréscimo de 72,6%, passando de 53,4% em 2000 para 92,2% em 2006, no PR (PARANÁ, 2008).

Como pode ser observado, são relevantes as constatações sobre o aumento da cobertura dos serviços de saúde após a introdução do PSF e a consequente expansão de empregos de saúde na esfera municipal, que é a sua instância gestora.

E, se em qualquer dos níveis de atenção à saúde, o papel dos trabalhadores é essencial, é na AB, na qual a prática se constrói pela interação entre os usuários e trabalhadores, que o papel destes torna-se mais central.

1.3 GESTÃO DO TRABALHO NO SUS

Embora o termo “recursos humanos” seja amplamente utilizado, para alguns autores sua aplicação sugere a aproximação das pessoas da organização com outros recursos da cadeia produtiva, como os financeiros e os materiais, que, por sua vez, implicam em maior predomínio de práticas prescritas do que na autonomia dos trabalhadores (MOYSES; MACHADO, 2010).

Outro conceito importante refere-se à força de trabalho em saúde, em que o trabalhador está inserido em uma relação produtiva, não mais visto como um insumo mas como um agente capaz de promover transformações (PEREIRA et al, 2009).

Para Merhy (2005, p. 155), no entanto, a idéia de recursos não deve ser restritiva, pois será recurso tudo o que for necessário para se atingir resultado esperado, como dinheiro, conhecimento, trabalhadores, organização, materiais e outros.

No Relatório Mundial de Saúde (2006, p. 166), a Organização Mundial de Saúde define recursos humanos para a saúde como ‘a reserva de todos os indivíduos engajados na promoção, na proteção ou na melhoria de saúde da população’.

E, devido à dinâmica presente nas relações do trabalho em saúde, o Ministério da Saúde define o termo Gestão do Trabalho no SUS ‘como uma política que trata das relações de trabalho a partir de uma concepção na qual a participação do trabalhador é fundamental para a efetividade e eficiência do SUS’, em que o trabalhador é percebido como agente transformador e o trabalho como um processo de co-participação e co-responsabilização, sendo que, para tanto, essa política deve garantir a valorização do trabalhador e do seu trabalho (BRASIL, 2009).

E, umas das condições mais importantes para que os trabalhadores da AB, em especial das ESF, possam atuar com qualidade são as de gestão do trabalho, como salários dignos; vínculos de trabalho que lhes propiciem estabilidade, condições de planejamento e de desenvolvimento na carreira através de um Plano de Cargos, Carreiras e Salários (PCCS) e de qualificação (LACAZ, 2008).

As questões de gestão do trabalho, com relação à formação, desenvolvimento e educação em saúde e condições de trabalho, estão amplamente pontuadas no arcabouço legal do SUS.

Desde a 8ª Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1986 e que serviu de referência para a formulação do SUS, questões relativas aos trabalhadores em saúde, como remuneração; isonomia salarial; formas de contratação; estabilidade; formação profissional; direito à greve e à sindicalização, bem como a instalação de uma mesa de negociação permanente entre trabalhadores, gestores e prestadores; vem sendo amplamente discutidas (MACHADO, 2008).

A 1ª Conferência Nacional de Recursos Humanos para a Saúde, realizada também em 1986, teve como tema central a “Política de Recursos Humanos rumo à Reforma Sanitária” e na 2ª Conferência Nacional de Recursos Humanos em Saúde, realizada em 1993, o tema central foi “Os desafios éticos frente às necessidades no setor saúde”. Nessa ocasião, foram analisados a saúde do povo brasileiro e suas peculiaridades, o processo de implementação do SUS e sua relação com os trabalhadores nas dimensões da formação e desenvolvimento e de gestão do trabalho.

Na Constituição Federal (CF) de 1988, são abordados temas como formação de recursos humanos na área da saúde (Seção II, art. 200); e na Lei 8080\90, os artigos 13, 15, 16, 27 e 30 tratam sobre saúde do trabalhador; política de formação e desenvolvimento de recursos humanos; e normas e padrões para o

controle das condições e dos ambientes de trabalho. Já a Lei 8142/90 condiciona o recebimento de recursos financeiros da União pelos Estados, Distrito Federal e Municípios à existência de comissão para elaboração de Plano de Cargos e Salários (art. 4º, inciso VI) (BRASIL, 2005).

Na 12ª Conferência Nacional de Saúde realizada em Brasília no período de 07 a 11 de dezembro de 2003, foi reiterado aos gestores das três esferas de governo a necessidade de adoção imediata da Política Nacional para a Gestão do Trabalho no SUS, como instrumento efetivo para a consolidação do SUS; e de aprimoramento dos “Princípios e Diretrizes para a Gestão do Trabalho no SUS”, sendo este um encaminhamento discutido e aprovado desde a Conferência anterior, realizada no ano 2000.

Mais recentemente, nas diretrizes operacionais dos Pactos pela Vida, em defesa do SUS e de Gestão, as responsabilidades na gestão do trabalho relacionam-se mais precisamente aos vínculos de trabalho, espaços de negociação permanente, PCCS/SUS e outras políticas de educação que favoreçam o provimento e fixação dos trabalhadores, considerando os princípios da humanização, da participação e democratização das relações de trabalho (BRASIL, 2007, p. 67).

Há, portanto, necessidade de fortalecer a Gestão do Trabalho no SUS, considerando as condições de desigualdade e especificidades regionais e locais evidenciando, portanto, a necessidade de se conhecer esta realidade para melhor atuar sobre ela.

Esta necessidade é também sentida pelos técnicos das regionais de saúde do Estado do Paraná - PR, que são constantemente demandados pelos gestores dos municípios para apoiar a organização da gestão do trabalho em saúde, em especial dos municípios de pequeno porte, devido principalmente à dificuldade de se fixar equipe técnica qualificada.

O Plano Diretor em Municípios de Pequeno Porte, publicado pelo Ministério das Cidades, além de denominar os municípios até 20.000 habitantes como de pequeno porte, reforça a idéia da necessidade da instituição de políticas específicas para esta categoria de municípios devido à carência de estrutura para o planejamento e à baixa capacidade de gestão urbana para exercer a competência municipal constitucional (BRASIL, sd).

No caso do Estado do Paraná - PR, 79,7% dos municípios são de pequeno porte, isto é, com população até 20.000 hab. (PARANÁ, 2008).

Na área de abrangência da 16ª Regional de Saúde – PR (16ª RS), os municípios de pequeno porte representam 88,4% dos municípios e possuem, em sua maioria, uma rede de serviços no âmbito da atenção básica e saúde da família que proporcionam cobertura de 100% à população, segundo parâmetros de cobertura estipulados para as ESF. São exceção os municípios de Mauá da Serra e São Pedro do Ivaí que proporcionam cobertura de 83,5% e 69,8% respectivamente.

Este estudo pretende um olhar mais atento sobre a gestão do trabalho no SUS, em especial nas ESF que atuam em municípios de pequeno porte. A produção do conhecimento pode contribuir para a compreensão das fragilidades deste processo e as possibilidades de seu enfrentamento bem como para o desenvolvimento de tecnologias de gestão em saúde adequadas, que visem à melhoria da qualidade da atenção à saúde dos usuários e das condições de trabalho de seus trabalhadores.

Conhecer o perfil destes trabalhadores, desde sua faixa etária, escolaridade, condições de gênero, etc, pode subsidiar políticas públicas que lhes propiciem melhores condições para atuar na AB, que vai além da necessidade de utilização de equipamentos (tecnologias duras) e saberes técnicos (tecnologias leves), mas principalmente de tecnologias leves, isto é, de baixa densidade em termos de equipamentos, mas de alta complexidade no campo das relações interpessoais (MERHY, 2005).

Portanto, se faz importante o estudo da gestão da força de trabalho no SUS, pois a resolubilidade e a qualidade dos serviços de saúde dependem, em grande parte, das condições com que são tratados seus trabalhadores. Isto seria, segundo Scherer (2009), 'conhecer os sujeitos e o contexto do trabalho'.

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

Caracterizar o perfil dos trabalhadores das equipes de saúde da família e suas condições de trabalho, enfocando questões relacionadas à gestão do trabalho.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Caracterizar os trabalhadores quanto a faixa etária, sexo, tempo de atuação, formação e categoria profissional;

Elencar as condições de gestão de trabalho, como formas de inserção dos profissionais nas equipes de saúde da família, carga horária, remuneração, vínculo empregatício e outros correlatos;

Levantar condições de acesso dos profissionais quanto a processos educativos e materiais bibliográficos.

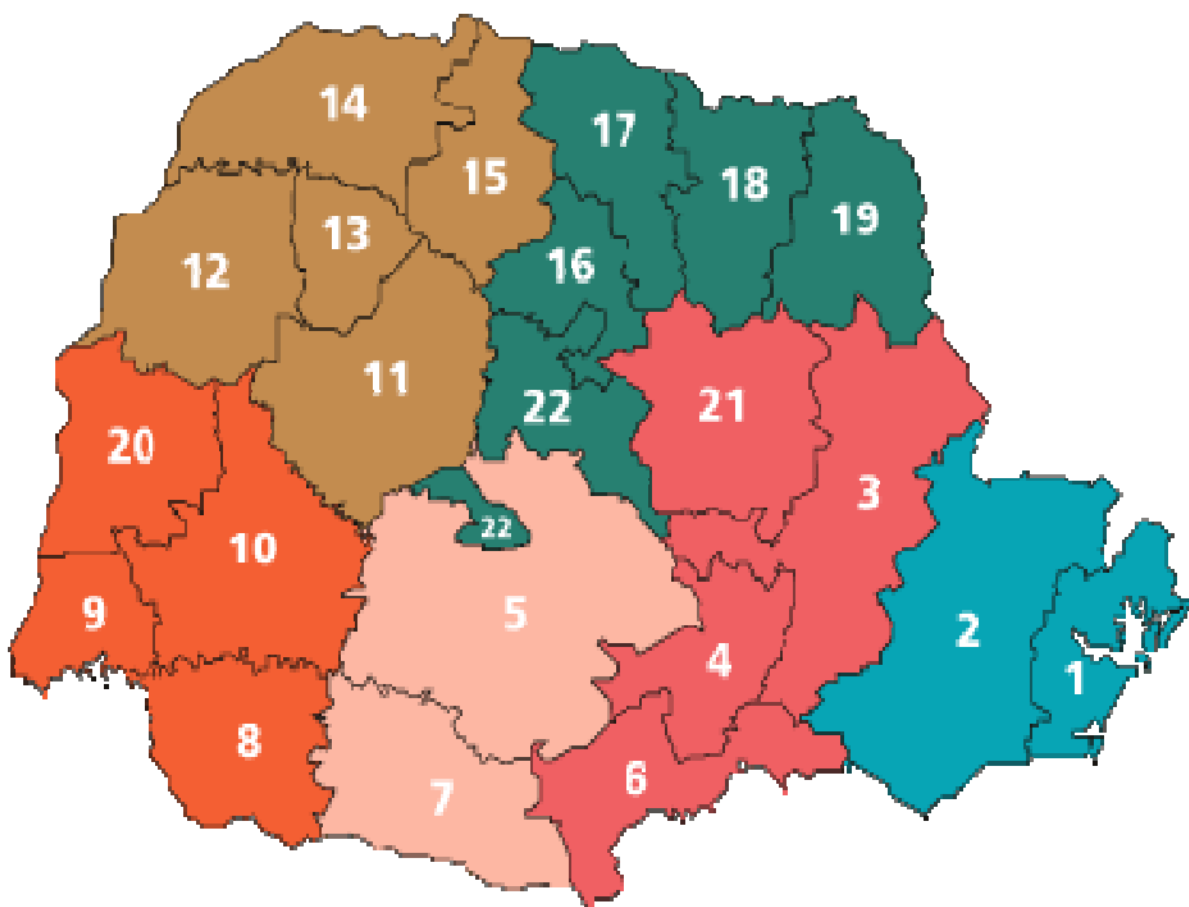
3 METODOLOGIA

3.1 ÁREA DE ABRANGÊNCIA DA PESQUISA

Esta pesquisa consiste em um estudo descritivo de natureza quantitativa. Foi desenvolvido em municípios de pequeno porte da 16ª RS da Secretaria Estadual de Saúde (SESA – PR).

A 16ª RS está sediada no Município de Apucarana – PR, na macrorregião norte (Figura 1), a 369 km da Capital do Estado, Curitiba, e a uma distância de 60 km dos municípios de Londrina, ao norte, e Maringá, ao noroeste. São municípios limítrofes de Apucarana e suas respectivas distâncias: Arapongas (17 km), Cambira (14 km), Califórnia (19 km), Rio Bom (28 km), Mandaguari (30 km), e Sabaúdia (34 km).

Figura 1 – Mapa do Estado do Paraná e o contorno das Regionais de Saúde, 2009



Fonte: SESA – PR (2010)

A 16ª RS tem sob sua responsabilidade 17 municípios (Figura 2)

- 04 municípios com até 5.000 habitantes: Kaloré, Marumbi, Novo Itacolomi e Rio Bom, totalizando 15.087 habitantes (4,4% da população total da área);
- 09 municípios de 5.001 habitantes até 10.000: Bom Sucesso, Borrazópolis, Califórnia, Cambira, Grandes Rios, Marilândia do Sul, Mauá da Serra, Sabaúdia e São Pedro do Ivaí, totalizando 70.681 habitantes (20,6% da população total da área);
- 01 município de 10.001 a 20.000 habitantes: Faxinal, com 16.006 habitantes (4,6% da população total da área);
- 01 município de 20.001 a 50.000 habitantes: Jandaia do Sul, com 20.131 habitantes (5,9% da população total da área);
- 02 municípios de 100.001 a 500.000: Apucarana com 120.133 habitantes, e Arapongas com 221.600 habitantes, ou seja, 64,5% da população total da área, que é de 343.505 habitantes (Tabela 1).

Considerando que o objetivo deste trabalho é conhecer a realidade dos municípios com população até 20.000 habitantes, serão estudados 15 dos 17 municípios da 16ª Regional de Saúde de Apucarana: Kaloré, Marumbi, Novo Itacolomi, Rio Bom, Bom Sucesso, Borrazópolis, Califórnia, Cambira, Grandes Rios, Marilândia do Sul, Mauá da Serra, Sabaúdia, São Pedro do Ivaí, Faxinal e Jandaia do Sul, pois o último apresentava população inferior a 20.000 na ocasião da coleta e análise dos dados.

Figura 2 – Mapa da área da 16ª Regional de Saúde – PR, 2009



Fonte: SESA – PR (2010)

Tabela 1 – Número de equipes de saúde da família implantadas na área de abrangência da 16ª Regional de Saúde – PR, 2010

Município	População	Nº de ESF	Proporção de cobertura populacional estimada
Apucarana	120.133	38	100,0
Arapongas	101.467	29	98,6
Bom Sucesso	6.634	03	100,0
Borrazópolis	8.355	03	100,0
Califórnia	7.765	03	100,0
Cambira	7.106	03	100,0
Faxinal	16.006	05	100,0
Grandes Rios	7.848	03	100,0
Jandaia do Sul	20.131	06	100,0
Kaloré	4.752	02	100,0
Marilândia do Sul	9.193	04	100,0
Marumbi	4.200	02	100,0
Mauá da Serra	8.268	02	83,5
Novo Itacolomi	2.816	01	100,0
Rio Bom	3.319	01	100,0
Sabaúdia	5.625	02	100,0
S.Pedro do Ivaí	9.887	02	69,8
Total	343.505	109	-

Fontes: MS/SAS/DAB e IBGE

Notas: População estimada e recenseada pelo IBGE.

A proporção de cobertura populacional estimada é obtida pelo cálculo: nº de ESF x 3.450 / População IBGE, com limitador de cobertura de 100%.

3.2 POPULAÇÃO DE ESTUDO

Para definição da população deste estudo foi obtido na 16ª RS o Relatório de Profissionais por Equipe do Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES) versão 2.3.20, que é um programa utilizado para alimentação do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) do MS. O CNES possui dados sobre área física, recursos humanos, equipamentos e serviços, de todos os estabelecimentos de saúde do país, sejam ambulatoriais ou hospitalares, vinculados ou não ao SUS. Este sistema é alimentado com dados fornecidos pelo responsável do estabelecimento de saúde, cabendo ao gestor a verificação *in loco* para validação das informações prestadas e posterior envio ao Departamento de Informática do SUS - DATASUS/MS.

O presente estudo utilizou-se do relatório por município e por equipe, na competência do mês da coleta dos dados.

Neste relatório foram identificadas 41 ESF e seus respectivos profissionais, nos 15 (quinze) municípios de pequeno porte da área da 16ª RS, totalizando 400 profissionais, assim distribuídos conforme categoria:

- 276 ACS;
- 41 médicos;
- 42 enfermeiros;
- 41 auxiliares de enfermagem.

Do total dos 400 profissionais de saúde constantes no SCNES, foram excluídos 39 pelos seguintes motivos (Figura 3):

- 20 profissionais estavam atuando em outros locais nas secretarias municipais de saúde que não especificamente nas ESF. Destes, cinco eram auxiliares de enfermagem, dois enfermeiros, seis médicos e sete ACS. Verificou-se que seis municípios mantinham estes profissionais cadastrados como membros das ESF no CNES, mas, na prática, não estavam atuando nestas;
- 19 profissionais já haviam sido desligados de suas equipes, apesar de ainda constarem no CNES, e não haviam sido substituídos. Destes, um era auxiliar de enfermagem, um enfermeiro, um médico e 16 ACS.

3.3 COLETA DE DADOS

A coleta de dados foi efetuada mediante um questionário auto-aplicável e estruturado, com perguntas enfocando o perfil e as condições de trabalho dos profissionais das equipes. Foi adaptado pela pesquisadora com base no Instrumento para Coleta de Dados dos Profissionais em Saúde do Projeto Monitoramento e Avaliação do Programa de Expansão e Consolidação da Saúde da Família (PROESF) do Centro de Pesquisas Epidemiológicas da Universidade Federal de Pelotas (TOMASI et al, 2008).

O instrumento foi testado no mês de julho/09 com profissionais das categorias pesquisadas que atuavam em ESF e que não faziam parte deste estudo, tendo sido considerado satisfatório em termos de objetividade e compreensão.

Para obtenção das respostas, a pesquisadora e uma colaboradora efetuaram visitas aos municípios, previamente agendadas, em datas e horários mais convenientes para os profissionais das equipes. Tais visitas foram realizadas nos meses de setembro a novembro/09, de preferência nos próprios locais de trabalho, a fim de que o maior número de profissionais pudesse estar disponível e reunido; evitar possíveis perdas e também para não prejudicar o desenvolvimento do trabalho das equipes.

Foi conferida a relação de profissionais que constavam do Relatório do SCNES, a fim de verificar se o mesmo encontrava-se atualizado. Em seguida foram apresentados aos profissionais o tema e motivo da pesquisa, bem como o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Foi aguardado no local até o término do preenchimento dos questionários.

Para os profissionais que estavam em gozo de férias ou afastados por outros motivos (licenças saúde, gestação, prêmio, etc.) na data da visita, solicitou-se ao coordenador da equipe que enviasse o instrumento ao profissional e que este o devolvesse respondido para a pesquisadora. Os que assim não procederam foram considerados como perdas, não sem antes ter sido efetuado pelo menos dois contatos com a coordenação da respectiva equipe ou com o próprio profissional, por intermédio de telefone ou pessoalmente. Houve a recusa de um profissional ACS em responder ao questionário (Figura 3). O prazo limite para devolução do mesmo foi até o início da digitação (Nov/09).

3.4 VARIÁVEIS ESTUDADAS

As variáveis estudadas foram:

- Sexo, categorizado em masculino e feminino;
- Faixa etária, agrupadas em <30, 30 a 39 e 40 e mais anos;
- Escolaridade, categorizada em ensino fundamental incompleto, ensino fundamental completo, ensino médio completo, ensino superior completo e pós-graduação;

- Ano de admissão dos profissionais nas ESF;
- ESF como primeiro emprego para os profissionais;
- Modalidades de seleção, categorizadas em concurso público, teste seletivo, indicação, seleção interna, e outros;
- Tipos de vínculos, categorizados por estatuto do servidor público, CLT com contratação direta pelos municípios e prazo indeterminado, contrato temporário com prazo determinado, terceirizado (contrato através de empresas ou entidades terceirizadas), prestação de serviços/autônomo (através de Recibo de Pagamento a Autônomo – RPA) e outros;
- Remuneração mensal bruta, tendo sido utilizado como base o valor do salário mínimo nacional, que na época de pesquisa era de R\$ 465,00; agrupados em: um salário mínimo, mais que um até dois salários mínimos, mais que dois até três salários mínimos, mais que três até quatro salários mínimos, mais que quatro até cinco salários mínimos, mais que cinco até dez salários mínimos e dez ou mais salários mínimos;
- Recebimento de adicionais ou incentivos salariais, categorizados em: incentivo para atuar na equipe de saúde da família e adicional de insalubridade;
- Enquadramento em Plano de Carreiras, Cargos e Salários (PCCS) na instituição;
- Carga horária semanal cumprida pelos profissionais e carga horária semanal contratada;
- Vínculos ou inserções no trabalho, incluindo a ESF em que o profissional está vinculado, agrupados em um local, dois locais, três locais e quatro locais;
- Participação em processos educativos nos temas: Treinamento Introdutório, Formação Inicial de ACS, Treinamento no Sistema de Informações da Atenção Básica (SIAB), saúde da criança, saúde da mulher, saúde do idoso, saúde mental, diabetes e hipertensão, DST/AIDS, Hanseníase, Tuberculose, Imunização e outros;
- Participação nestes processos educativos ou capacitações influenciou na prática profissional: sim ou não;

- Necessidade de aprimoramento para atuação no PSF;
- Motivação do profissional para participação nos processos educativos, categorizado em ascensão profissional, maior qualificação técnica para o trabalho, melhoria na remuneração e outros (especificar), havendo a possibilidade de assinalar mais que uma opção;
- Acessibilidade a publicações ou materiais informativos relativos ao PSF;
- Periodicidade de leitura dos que tem acesso a publicações ou materiais informativos relativos ao PSF, categorizado em mensalmente, quinzenalmente, semanalmente, diariamente e raramente.

Outras perguntas constantes do questionário foram utilizadas em estudo de outra acadêmica, conforme projeto apresentado ao Comitê de Ética em Pesquisa envolvendo seres humanos/Universidade Estadual de Londrina/Hospital Universitário.

3.5 ANÁLISE DOS DADOS

A digitação dos dados ocorreu nos meses de novembro e dezembro/09 no Programa EPI INFO versão 3.5.1 (*Centers for Disease Control and Prevention*, Atlanta, Estados Unidos), também utilizado para a análise dos dados, através da análise de frequência. Para evitar possíveis erros, foi realizada dupla digitação.

3.6 ASPECTOS ÉTICOS

O projeto da pesquisa foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual de Londrina (UEL) em 15/05/09 e aprovado em 18/07/09.

Os secretários municipais de saúde concordaram com a pesquisa e assinaram termo de autorização institucional.

Como existe um número pequeno de equipes em cada município, o que poderia eventualmente propiciar a imediata identificação de determinado profissional, optou-se por utilizar o código dos municípios no CNES para evitar constrangimento aos pesquisados.

4 RESULTADOS

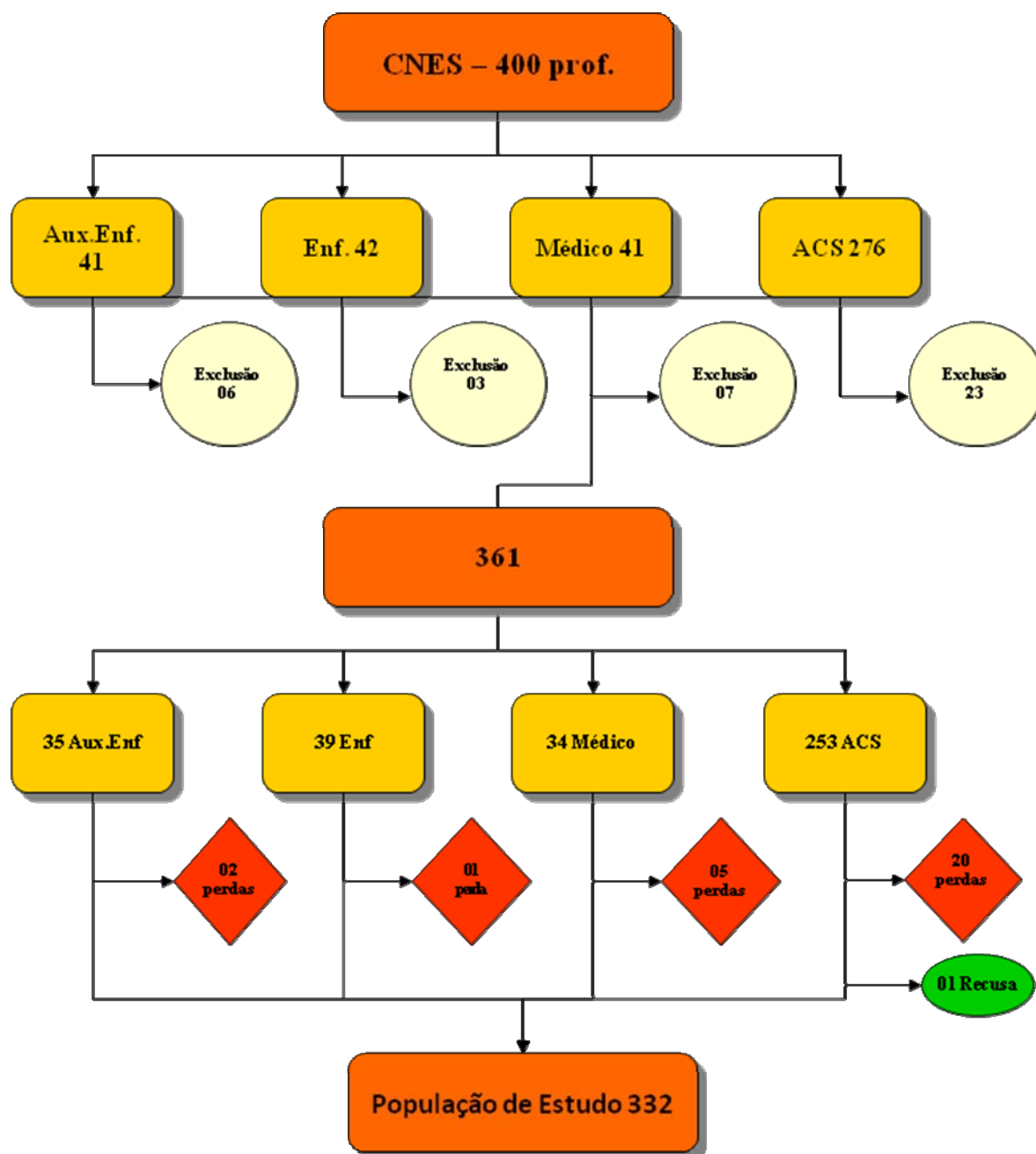
Foram analisados 332 questionários pois, dos 361 identificados após as exclusões, ocorreram 28 perdas e uma recusa, totalizando 8,0% de taxa de não resposta.

Portanto, os profissionais que participaram da pesquisa representaram 92,0% do total de trabalhadores em estudo, o que variou segundo a categoria profissional (Figura 3):

- 94,3% para os auxiliares de enfermagem;
- 97,4% para os enfermeiros;
- 85,3% para os médicos;
- 91,7% para os ACS.

Observou-se que dentre as categorias estudadas, a de médicos foi a que apresentou maior proporção de perdas (14,7%). Mesmo assim considerou-se um retorno alto (85,3%), pois outros estudos apontaram dificuldades em realizar estudos envolvendo tal categoria profissional, como no estudo Perfil sócio-demográfico e da situação de trabalho dos médicos atuantes no Município de Tubarão - SC, que obteve retorno de 33,4% (LACOMBE et al, 2008); e no estudo Perfil dos Médicos e Enfermeiros do PSF no Brasil, que obteve retorno de 54,8% (BRASIL, 2000, p. 25).

Figura 3 – Esquema de distribuição da população de estudo das equipes de saúde da família dos municípios de pequeno porte da 16ª RS – PR, 2009



4.1 PERFIL DOS PROFISSIONAIS

Analisando-se as características sócio-demográficas dos profissionais das equipes de saúde da família da 16ª RS, observou-se predominância de profissionais do sexo feminino em todas as categorias (85,5%), com exceção da médica, dos quais 82,8% eram do sexo masculino.

Quanto às faixas etárias, 75,9% dos profissionais encontravam-se em idades que variaram de <30 até 39 anos. Observou-se que as profissões mais feminizadas, como a dos enfermeiros, ACS e auxiliar de enfermagem, eram compostas de profissionais mais jovens, com 86,8% dos enfermeiros com idade até 39 anos, seguidos pelos ACS com 80,6% e auxiliar de enfermagem com 63,6%. Diferentemente, a categoria dos médicos, que é historicamente mais masculina, 62,1% dos profissionais médicos apresentavam idade de 40 anos ou mais (Tabela 2).

Tabela 2 – Características sócio-demográficas dos profissionais das equipes de saúde da família dos municípios de pequeno porte da 16ª RS – PR, 2009

Características Sócio-demográficas	Aux. Enf.		Enfermeiro		Médico		ACS		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Sexo										
Fem.	32	97,0	36	94,8	05	17,2	211	90,9	284	85,5
Masc.	01	3,0	02	5,2	24	82,8	21	9,1	48	14,5
Faixa Etária										
<30	11	33,3	20	52,6	03	10,3	100	43,1	134	40,4
30 a 39	10	30,3	13	34,2	08	27,6	87	37,5	118	35,5
40 e +	12	36,4	05	13,2	18	62,1	45	19,4	80	24,1
Escolaridade										
Fund.Inc.	-	-	-	-	-	-	07	3,0	07	2,1
Fund.Comp.	01	3,0	-	-	-	-	20	8,6	21	6,3
Médio Comp.	31	94,0	-	-	-	-	187	80,6	218	65,7
Sup.Comp.	01	3,0	11	28,9	12	41,4	13	5,6	37	11,1
Pós Grad.	-	-	27	71,1	17	58,6	05	2,2	49	14,8
Total	33	100,0	38	100,0	29	100,0	232	100,0	332	100,0

Nas condições de escolaridade, dentre os auxiliares de enfermagem, 94,0% haviam concluído o ensino médio.

Dentre as categorias de profissionais graduados, 58,6% dos médicos e 71,1% dos enfermeiros possuíam pós-graduação, verificando-se uma diferença em relação à continuação da formação em nível de pós-graduação entre estas duas categorias.

Dos ACS, 80,6% haviam concluído o ensino médio, e 5,6% apresentaram escolaridade de nível superior completo e 2,2% eram pós-graduados. A quase totalidade dos ACS (88,4%) apresentavam escolaridade superior ao exigido

atualmente para ingresso nas equipes, ou seja, acima do ensino fundamental completo.

Tabela 3 – Programa Saúde da Família como primeiro emprego dos profissionais das equipes de saúde da família dos municípios de pequeno porte da 16ª RS – PR, 2009

1º emprego	Aux. Enf.		Enfermeiro		Médico		ACS		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Sim	07	21,2	16	42,1	01	3,4	55	23,7	79	23,8
Não	26	78,8	22	57,9	28	96,6	175	75,4	251	75,6
Não resp.	-	-	-	-	-	-	02	0,9	02	0,6
Total	33	100,0	38	100,0	29	100,0	232	100,0	332	100,0

O PSF representou a porta de entrada ao mercado de trabalho para 23,8% do total dos profissionais, tendo sido o primeiro emprego para a 42,1% dos enfermeiros (Tabela 3).

Somente para um profissional médico o PSF foi o primeiro emprego.

Tabela 4 – Ano de admissão dos profissionais das equipes de saúde da família dos municípios de pequeno porte da 16ª RS – PR, 2009

Ano	Aux. Enf.		Enfermeiro		Médico		ACS		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
1995	-	-	-	-	-	-	01	0,4	01	0,3
1997	-	-	-	-	01	3,4	02	0,9	03	0,9
1998	01	3,0	-	-	01	3,4	03	1,3	05	1,5
1999	02	6,1	-	-	-	-	-	-	02	0,6
2000	-	-	02	5,3	03	10,4	05	2,2	10	3,0
2001	05	15,2	02	5,3	01	3,4	08	3,4	16	4,8
2002	-	-	03	7,9	01	3,4	13	5,6	17	5,1
2003	02	6,1	03	7,9	01	3,4	11	4,7	17	5,1
2004	07	21,2	01	2,6	01	3,4	18	7,8	27	8,1
2005	04	12,1	-	-	04	13,9	31	13,4	39	11,7
2006	02	6,1	06	15,8	05	17,3	37	15,9	50	15,1
2007	04	12,1	08	21,1	01	3,4	33	14,2	46	13,9
2008	04	12,1	05	13,1	04	13,9	36	15,5	49	14,8
2009	01	3,0	07	18,4	05	17,3	32	13,8	45	13,6
Não resp.	01	3,0	01	2,6	01	3,4	02	0,9	05	1,5
Total	33	100,0	38	100,0	29	100,0	232	100,0	332	100,0

Sobre o período de ingresso nas equipes, verificou-se que 6,3% dos profissionais admitidos nos primeiros anos de implantação do PSF (1995 a 2000)

permaneciam até a data da pesquisa, possuindo, portanto, no mínimo, mais de nove anos de atuação. No período de 2001 a 2004 foram admitidos 23,1% dos profissionais, que contavam, até a data da pesquisa, no mínimo, com cinco anos de atuação. O período de ingresso em que se deu maior ênfase de inserção de profissionais foi de 2005 a 2008 (55,5%). No entanto, 13,6% dos profissionais haviam sido recém-contratados, isto é, foram admitidos no ano de 2009 (Tabela 4).

As equipes de saúde da família (ESF) dos municípios de pequeno da 16ª RS foram implantadas nos anos de 1998 (cinco equipes); 1999 (três equipes); 2000 (14 equipes); 2001 (13 equipes); 2002 (uma equipe); 2003 (uma equipe); 2004 (três equipes); 2005 (uma equipe), totalizando as 41 equipes que permaneciam até a data da pesquisa (PARANÁ, 2010). Possivelmente, os profissionais admitidos antes do ano de 1998 já atuavam em seus municípios e foram remanejados para as ESF após a implantação das mesmas.

4.2 GESTÃO DO TRABALHO

Quanto à gestão do trabalho, este estudo baseou-se nos temas constantes do Pactos pela Vida e de Gestão (BRASIL, 2006), que dizem respeito a vínculos de trabalho; PCCS/SUS; políticas de educação; e outros correlatos, como modalidades de seleção, remuneração e carga horária.

Tabela 5 – Modalidade de seleção e tipo de vínculo dos profissionais das equipes de saúde da família dos municípios de pequeno porte da 16ª RS – PR, 2009

Seleção e vínculo	Aux. Enf.		Enfermeiro		Médico		ACS		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Seleção										
Conc. Públ.	21	63,7	23	60,5	10	34,5	130	56,0	184	55,4
Teste Selet.	08	24,2	08	21,1	03	10,3	50	21,6	69	20,8
Indicação	03	9,1	03	7,9	10	34,5	33	14,2	49	14,8
Outros	01	3,0	04	10,5	06	20,7	19	8,2	30	9,0
Vínculo										
Estatuto	09	27,4	08	21,1	01	3,4	45	19,4	63	19,0
CLT	18	54,5	20	52,6	12	41,5	126	54,3	176	53,0
Contr.Temp.	01	3,0	-	-	03	10,3	04	1,7	08	2,4
Terceiriz.	04	12,1	07	18,4	04	13,8	54	23,3	69	20,8
Autônomo	-	-	-	-	07	24,1	-	-	07	2,1
Outros	01	3,0	03	7,9	02	6,9	03	1,3	09	2,7
Total	33	100,0	38	100,0	29	100,0	232	100,0	332	100,0

Quanto à modalidade de seleção para admissão, verifica-se que 55,4% dos profissionais foram selecionados por concurso público e 20,8% por teste seletivo, o que na somatória representa 76,2% por seleção pública. No entanto, 23,8% foram selecionados informalmente, como indicação, entrevista, análise de curriculum (Tabela 5).

Observou-se a existência de diversos tipos de vínculos em todas as categorias profissionais, com a utilização simultânea de duas ou mais formas de vinculação de profissionais na maior parte dos municípios pesquisados. No entanto, 72,0% de todos os profissionais foram admitidos por vínculos formais, ou seja, Estatuto do Servidor Público (19,0%) ou contratados via Consolidação das Leis Trabalhistas - CLT (53,0%), diretamente pelos municípios. Em contraponto, 28,0% dos profissionais foram admitidos por terceirizações, contratos temporários, autônomos e outros, sendo estas as formas que mais prevaleceram para a categoria de médicos (55,1%) (Tabela 5).

Tabela 6 – Tipo de vínculo empregatício segundo o período de admissão dos profissionais das equipes de saúde da família dos municípios de pequeno porte da 16ª RS – PR, 2009

Tipo Vínc.\ Ano	Estatuto		CLT		Contrato Temp.		Terceiriz.		Autônomos		Outros		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
1995a 2000	04	6,3	10	5,7	-	-	05	7,2	01	14,2	01	11,1	21	6,3
2001a 2004	21	33,3	44	25,0	01	12,5	11	15,9	-	-	-	-	77	23,2
2005a 2008	35	55,6	113	64,2	02	25,0	26	37,7	03	42,9	05	55,6	184	55,4
2009	01	1,6	07	4,0	05	62,5	26	37,7	03	42,9	03	33,3	45	13,6
N.Inf.	02	3,2	02	1,1	-	-	01	1,5	-	-	-	-	05	1,5
Total	63	100,0	176	100,0	08	100,0	69	100,0	07	100,0	09	100,0	332	100,0

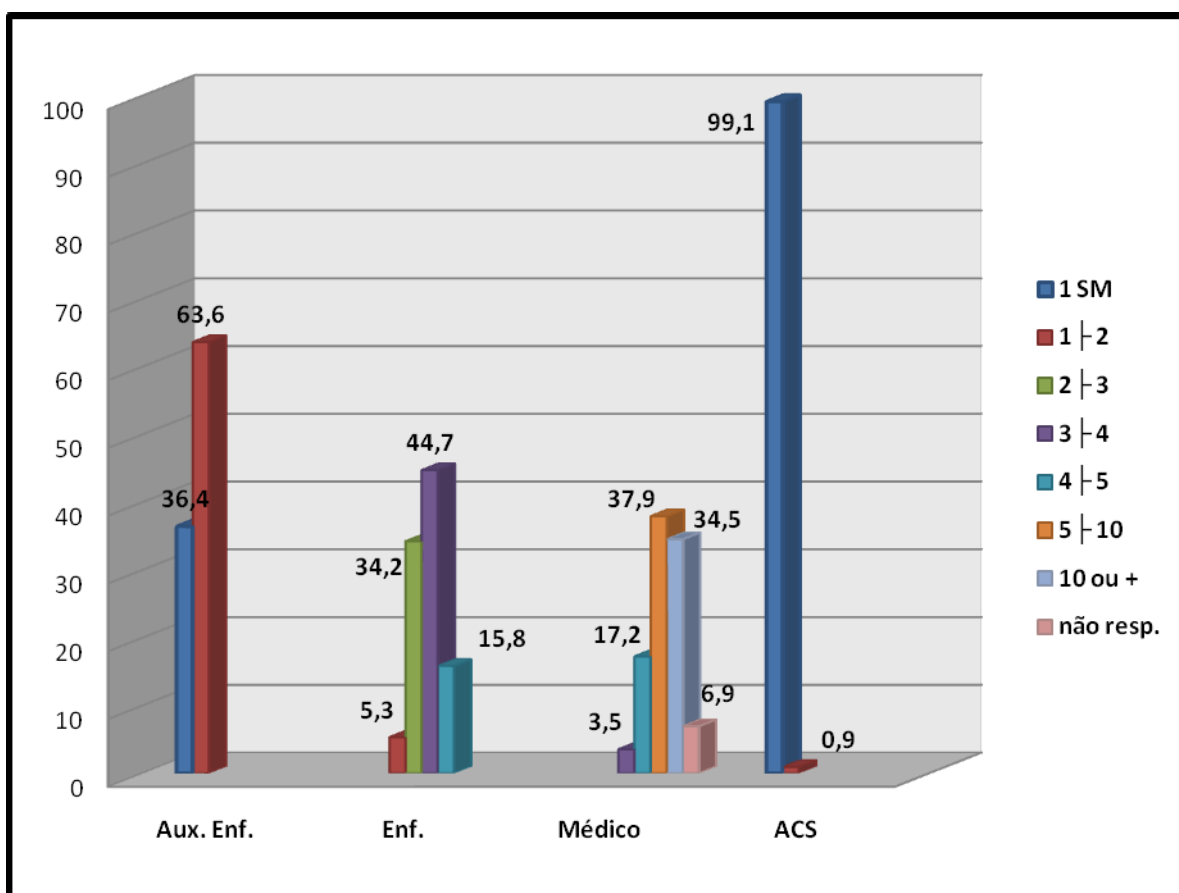
Ao comparar os tipos de vínculos com os períodos de admissão, identificou-se que 55,6% dos estatutários e 64,2% dos contratados por CLT diretamente pelos municípios foram admitidos no período de 2005 a 2008. Este foi o período em que se concentrou 55,4% de todas as admissões.

Quanto às terceirizações, 75,4% deste tipo de contratação ocorreu no período de 2005 a 2009 (Tabela 6).

Verificou-se também que 82,2% dos admitidos do ano de 2009 foram através de vínculos precários, considerando-se para tal as terceirizações, contratos

temporários, autônomos e outros. Nos períodos anteriores houve uma predominância de vínculos formais (estatutários ou CLT contratados diretamente pelos municípios), sendo de 66,7% no período de 1995 a 2000; 84,4% no período de 2001 a 2004; e 80,4% no período de 2005 a 2008.

Figura 4 – Gráfico da remuneração mensal bruta (em salários mínimos) dos profissionais nas equipes de saúde da família dos municípios de pequeno porte da 16ª RS – PR, 2009



Na questão salarial, 99,1% dos ACS e 36,4% dos auxiliares de enfermagem relataram receber um salário mínimo, independente do ano de contratação ou da escolaridade. Na faixa salarial de um até dois salários mínimos encontravam-se 63,6% dos auxiliares de enfermagem. Nas faixas salariais de dois até quatro salários mínimos estavam 78,9% dos enfermeiros. Os profissionais médicos estavam mais distribuídos nas faixas salariais entre cinco a mais de dez salários mínimos (72,4%).

O mercado de trabalho das categorias analisadas são muito diferentes, não sendo possível efetuar comparações entre elas. No entanto, os

dados desta tabela podem ser importantes para a discussão sobre questões salariais e de financiamento na estratégia saúde da família.

Tabela 7 – Recebimento de incentivos salariais e adicional de insalubridade pelos profissionais das equipes de saúde da família dos municípios de pequeno porte da 16ª RS – PR, 2009

Adicionais	Aux. Enf.		Enfermeiro		Médico		ACS		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Incentivos										
Sim	05	15,2	08	21,1	02	6,9	30	12,9	45	13,6
Não	27	81,8	30	78,9	26	89,7	200	86,2	283	85,2
Não resp.	01	3,0	-	-	01	3,4	02	0,9	04	1,2
Insalubridade										
Sim	25	75,8	26	68,4	08	27,6	76	32,7	135	40,7
Não	08	24,2	12	31,6	19	65,5	154	66,4	193	58,1
Não resp.	-	-	-	-	02	6,9	02	0,9	04	1,2
Total	33	100,0	38	100,0	29	100,0	232	100,0	332	100,0

Procurou-se identificar se os profissionais recebiam algum tipo de gratificação ou incentivo salarial, além do salário base, para atuarem nas ESF. Verificou-se que esta uma prática pouco observada nos municípios pesquisados, pois 85,2% dos profissionais relataram não receber (Tabela 7).

Não existe homogeneidade quanto à questão do pagamento de adicional de insalubridade aos profissionais das ESF. Houve predominância de pagamento do referido adicional aos profissionais que atuavam na área da enfermagem, pois 68,4% dos enfermeiros e 75,8% dos auxiliares de enfermagem relataram recebê-lo. No entanto, 65,5% dos médicos e 66,4% dos ACS referiram não receber tal adicional.

Tabela 8 – Profissionais das equipes de saúde da família dos municípios de pequeno porte da 16ª RS – PR incluídos em plano de carreiras, cargos e salários (PCCS), 2009

PCCS	Aux. Enf.		Enfermeiro		Médico		ACS		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Sim	04	12,1	03	7,9	-	-	24	10,3	31	9,3
Não	29	87,9	34	89,5	28	96,5	205	88,4	296	89,2
Não resp.	-	-	01	2,6	01	3,5	03	1,3	05	1,5
Total	33	100,0	38	100,0	29	100,0	232	100,0	332	100,0

Dos profissionais pesquisados, 89,2% relataram não serem incluídos em um Plano de Carreiras, Cargos e Salários (PCCS), sendo esta situação presente em todas as categorias. Para a categoria de médicos, o percentual chega a 96,5%. Prática, portanto, pouco observada nos municípios em estudo (Tabela 8).

Tabela 9 – Carga horária semanal contratual dos profissionais das equipes de saúde da família dos municípios de pequeno porte da 16ª RS – PR, 2009

Carga Horária	Aux. Enf.		Enfermeiro		Médico		ACS		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Até 20h	-	-	-	-	10	34,5	-	-	10	3,0
20h–40h	01	3,0	-	-	01	3,4	01	0,4	03	0,9
40h	32	97,0	38	100,0	15	51,8	231	99,6	316	95,2
>40	-	-	-	-	01	3,4	-	-	01	0,3
Não resp.	-	-	-	-	02	6,9	-	-	02	0,6
Total	33	100,0	38	100,0	29	100,0	232	100,0	332	100,0

Quanto à carga horária semanal contratual, 95,2% dos profissionais referiram terem sido contratados para 40 horas semanais, conforme preconiza a Estratégia Saúde da Família, distribuídos proporcionalmente entre as categorias de auxiliar de enfermagem, enfermeiro e ACS. Quanto aos profissionais médicos, 37,9% destes referiram terem sido contratados para uma carga horária inferior a 40 horas semanais e 51,8% para 40 horas semanais. Somente um médico fez referência a uma carga horária contratual superior a 40 horas semanais, possivelmente atuando em outros setores além da Estratégia Saúde da Família (Tabela 09).

Segundo Girardi et al (2010, p. 20): “É preciso lembrar que as jornadas firmadas em contratos formais nem sempre correspondem às realmente praticadas, que, na maior parte dos casos, resultam de acordos informados pelo hábito”, o que pode ser verificado a seguir (tabela 10).

Tabela 10 – Carga horária semanal cumprida pelos profissionais das equipes de saúde da família dos municípios de pequeno porte da 16ª RS – PR, 2009

Carga Horária	Aux. Enf.		Enfermeiro		Médico		ACS		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Até 20h	-	-	-	-	14	48,3	-	-	14	4,2
20–40h	09	27,3	05	13,2	02	6,9	56	24,1	72	21,7
40h	24	72,7	29	76,3	10	34,5	161	69,4	224	67,5
>40h	-	-	04	10,5	01	3,4	14	6,0	19	5,7
Não resp.	-	-	-	-	02	6,9	01	0,5	03	0,9
Total	33	100,0	38	100,0	29	100,0	232	100,0	332	100,0

Do total de questionários respondidos, 67,5% dos profissionais referiram cumprir a carga horária preconizada pela Estratégia Saúde da Família, que é de 40 horas semanais; e 5,7% relatam exceder esta carga horária. No entanto, 25,9% dos profissionais, de todas categorias da pesquisa, referiram trabalhar menos que a carga horária preconizada, podendo-se inferir uma flexibilização de horário de funcionamento das UBS, pois em alguns municípios está sendo praticada jornada diária de 7 horas diárias, o que representa 35 horas semanais. Ainda assim, 48,3% dos profissionais médicos relataram trabalhar menos que 20 horas semanais (Tabela 10).

Tabela 11 – Número de vínculos empregatícios referidos pelos profissionais das equipes de saúde da família dos municípios de pequeno porte da 16ª RS – PR, 2009

Nº de Vínculos	Aux. Enf.		Enfermeiro		Médico		ACS		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
01	28	84,9	29	76,3	04	13,8	210	90,5	271	81,6
02	04	12,1	08	21,1	09	31,0	18	7,8	39	11,8
03	-	-	-	-	07	24,1	-	-	07	2,1
04 ou +	-	-	-	-	08	27,6	-	-	08	2,4
Não resp.	01	3,0	01	2,6	01	3,5	04	1,7	07	2,1
Total	33	100,0	38	100,0	29	100,0	232	100,0	332	100,0

Dos profissionais que responderam a esta questão, 11,8%, distribuídos em todas as categorias, referiram trabalhar em dois lugares, incluindo a ESF. Quanto aos profissionais médicos, 82,7% destes possuíam de dois a mais de quatro vínculos.

Dentre os outros vínculos referidos pelos pesquisados no presente estudo, há referência entre os auxiliares de enfermagem de trabalhos em

consultórios odontológicos e serviços de urgência e emergência em finais de semana. Dos profissionais ACS, há referência de vínculos enquanto professores em horários noturnos, agentes da dengue, diaristas em finais de semana e também em trabalhos agrícolas. Dos profissionais enfermeiros, há referências de trabalhos em setores de epidemiologia; em universidades, como professores; ou hospitais, como plantonistas. Quanto aos profissionais médicos, estes referiram trabalhar em consultórios particulares, em outras UBS, e em hospitais (ambulatórios e plantões noturnos). Dos profissionais que alegaram atuar em mais de um trabalho, oito não referiram o local. Além disso, sete profissionais não responderam a essa questão (nove ACS, três médicos, cinco enfermeiros e um auxiliar de enfermagem).

4.3 DESENVOLVIMENTO DE RECURSOS HUMANOS

Verificou-se que, segundo relato dos profissionais, a maioria não foi capacitada nas áreas priorizadas pela estratégia saúde da família (Tabela 12).

Tabela 12 – Participação dos profissionais das equipes de saúde da família dos municípios de pequeno porte da 16ª RS – PR em capacitações desde suas contratações, 2009

Capacitações	Aux. Enf.		Enfermeiro		Médico		ACS		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Treinam. Introd.	5	15,1	8	21,0	9	31,0	61	26,3	83	25,0
Form.Inic.ACS	5	15,1	-	-	-	-	156	67,2	161	48,5
SIAB	8	24,2	12	31,6	1	3,4	21	9,0	42	12,6
Saúde da Criança	10	30,3	21	55,3	5	17,2	39	16,8	75	22,6
Saúde da Mulher	16	48,5	28	73,7	5	17,2	46	19,8	95	28,6
Saúde do Idoso	10	30,3	27	71,0	6	20,7	67	28,9	110	33,1
Saúde Mental	13	39,4	18	47,4	5	17,2	47	20,2	83	25,0
Hipert/Diab.	17	51,5	17	44,7	17	58,7	63	27,1	114	34,3
DST/AIDS	12	36,4	23	60,5	11	37,9	49	21,1	95	28,6
Hanseníase	16	48,5	19	50,0	14	48,3	63	27,2	112	33,7
Tuberculose	14	42,4	17	44,7	15	51,7	60	25,9	106	31,9
Imunização	12	36,4	24	63,1	2	6,9	14	6,0	52	15,7

O Treinamento Introdutório é um processo de capacitação proposto pelo MS e destina-se a todos os profissionais das equipes. Através de seu conteúdo, oferece uma base explicativa sobre a estratégia saúde da família, o processo de trabalho nas equipes, território e organização dos sistemas de saúde.

Quanto aos profissionais deste estudo, somente 25,0% participaram deste treinamento.

No caso da Formação Inicial para ACS, 67,2% destes haviam sido formados pelo Centro Formador de Recursos Humanos Caetano Munhoz da Rocha - SESA, descentralização via regional de saúde nos anos de 2007-2008, com carga horária de 440 horas e que contemplou as áreas priorizadas pela estratégia saúde da família.

A categoria de enfermeiros apresentou um percentual de participação em capacitações que oscilou de 44,7% a 73,7% nas áreas temáticas priorizadas pela estratégia saúde da família.

A categoria de auxiliares de enfermagem, que são os profissionais que atuam diretamente nas salas de vacinas, além de outras funções apresentou um percentual de 36,4% em participação de capacitações em imunização. Este pode ser um possível indicador da não descentralização das atividades de imunização nas UBS ou de atuação sem a devida capacitação.

Tabela 13 – Opinião dos profissionais das equipes de saúde da família dos municípios de pequeno porte da 16ª RS – PR, 2009 sobre a relevância da participação nas capacitações

Relevância	Aux. Enf.		Enfermeiro		Médico		ACS		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Sim	28	96,6	35	100,0	23	92,0	190	97,4	276	97,2
Não	01	3,4	-	-	02	8,0	05	2,6	08	2,8
Total	29	100,0	35	100,0	25	100,0	195	100,0	284	100,0

Dos 332 entrevistados, 284 referiram terem participado de capacitações. Portanto, dos 284 profissionais que participaram de cursos/capacitações, 97,2% fizeram referência de que a participação influenciou sua prática profissional, o que sugere coerência na escolha dos temas e de metodologia.

Tabela 14 – Opinião dos profissionais sobre a necessidade de aprimoramento para atuação nas equipes de saúde da família dos municípios de pequeno porte da 16ª RS – PR, 2009

Neces. de aprimoramento	Aux. Enf.		Enfermeiro		Médico		ACS		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Sim	32	97,0	38	100,0	26	89,7	221	95,3	317	95,5
Não	01	3,0	-	-	03	10,3	08	3,4	12	3,6
Não resp.	-	-	-	-	-	-	03	1,3	03	0,9
Total	33	100,0	38	100,0	29	100,0	232	100,0	332	100,0

Quanto a esta questão, 95,5% dos profissionais declararam sentir necessidade de maior qualificação para atuação na ESF, sugerindo a importância de maiores investimentos em capacitações ou outras estratégias de desenvolvimento de recursos humanos, pois os profissionais ainda não se sentiram contemplados (Tabela 14).

Tabela 15 – Motivos que levam os profissionais das equipes de saúde da família de municípios de pequeno porte da 16ª RS – PR a participarem de cursos/capacitações, 2009

Motivos	Aux. Enf.	Enfermeiro	Médico	ACS	Total
Ascensão profissional	5	10	4	28	47
Melhor qualificação p/o trabalho	27	34	25	190	276
Melhor remuneração	10	13	4	87	114
Outros	0	0	0	1	1

Observou-se que os profissionais apontaram a “melhor qualificação para o trabalho” como a principal motivação para participarem de capacitações, seguida por “melhor remuneração” (Tabela 15).

Tabela 16 – Acessibilidade a publicações sobre o PSF segundo os profissionais das equipes de saúde da família dos municípios de pequeno porte da 16ª RS – PR, 2009

Acessibilidade	Aux. Enf.		Enfermeiro		Médico		ACS		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Sim	24	72,7	30	78,9	21	72,4	188	81,0	263	79,2
Não	09	27,3	08	21,1	08	27,6	44	19,0	69	20,8
Total	33	100,0	38	100,0	29	100,0	232	100,0	332	100,0

Mesmo que 79,2% dos profissionais declarassem ter acesso a publicações sobre o PSF (Tabela 16), 95,5% referiram sentir necessidade de aprimorar seus conhecimentos para atuar nas ESF (tabela 14), indicando que somente a leitura de manuais ou outras publicações não é suficiente em termos de aprendizado.

Dos 79,2% profissionais que possuíam acesso a estes materiais, a periodicidade de leitura referida foi de 41,0% semanal, 6,4% quinzenal, 26,7% mensal e 25,9% e raramente.

A estratégia saúde da família tem como uma de suas mais importantes funções a educação em saúde da comunidade e os ACS constituem-se como uma ligação muito próxima com a comunidade. No entanto, 26,6% destes referiram tomar contato raramente com os materiais educativos (Tabela 17).

Tabela 17 – Periodicidade de leitura de publicações sobre o PSF segundo os profissionais das equipes de saúde da família dos municípios de pequeno porte da 16ª RS – PR, 2009

Periodicidade	Aux. Enf.		Enfermeiro		Médico		ACS		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Mensal	06	24,0	04	12,9	06	27,3	55	29,3	71	26,7
Quinzenal	01	4,0	04	12,9	02	9,1	10	5,3	17	6,4
Semanal	11	44,0	15	48,4	10	45,4	73	38,8	109	41,0
Raramente	07	28,0	08	25,8	04	18,2	50	26,6	69	25,9
Total	25	100,0	31	100,0	22	100,0	188	100,0	266	100,0

Esta tabela foi baseada nos profissionais que declararam ter acesso a publicações sobre o PSF (263). No entanto, três profissionais que declararam não ter acesso responderam esta questão, sendo um auxiliar de enfermagem, um enfermeiro e um médico.

5 DISCUSSÃO

5.1 PERFIL DOS PROFISSIONAIS

A fim de se conhecer a realidade dos médicos e enfermeiros do PSF, o MS desenvolveu uma pesquisa, no ano de 1999, em parceria com a Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP), cujos resultados foram publicados no ano 2000, sob o título “Perfil dos Médicos e Enfermeiros do Programa Saúde da Família no Brasil” (BRASIL, 2000). Foram identificados aspectos importantes sobre essas categorias, que serão abordados a seguir.

No ano de 1999 o PSF já estava presente em quase todas as unidades da federação, com exceção de Amapá e Roraima, com 3.147 equipes e 6.294 profissionais, e cerca de 70% dos municípios com população inferior a 50.000 hab. possuíam equipes implantadas (BRASIL, 2000).

Figura 5 – Perfil dos médicos e enfermeiros das equipes de saúde da família no Brasil em 1999 e nos municípios de pequeno porte da 16ª RS – PR em 2009

Características	Médicos		Enfermeiros	
	BR 1999	16ª RS 2009	BR 1999	16ª RS 2009
Gênero				
Masc.	56,0%	82,8%	9,1%	5,2%
Fem.	44,1%	17,2%	90,9%	94,8%
Idade				
até 39 anos	57,7%	37,9%	77,9%	86,8%
Acesso a publicações s/ o PSF	61,5%	72,4%	65,2%	78,9%
Referiram neces. de treinam.	96,4%	89,7%	97,0%	100,0%
Referiram outros vínculos	45,5%	82,7%	25,8%	21,1%
Tempo de atuação nas equipes				
menos de 1 ano	42,6%	17,3%	44,0%	18,4%
Contratos temp./prest.serv.	45,9%	41,3%	43,7%	7,9%

Ao se comparar os dados da pesquisa acima citada com os do presente estudo, verificou-se que, passados dez anos e a abrangência da primeira pesquisa ter sido de caráter nacional, algumas características ainda permanecem no atual contexto, como o acesso a publicações sobre o PSF e a referência dos profissionais a necessidade de treinamento.

Na pesquisa de 1999, 56,0% dos médicos eram do sexo masculino e 90,9% dos enfermeiros eram do sexo feminino, enquanto que, neste estudo, 82,8% dos médicos eram do sexo masculino e quanto aos enfermeiros, 94,8% eram do sexo feminino.

Segundo Wermelinger et al (2010, p. 63), dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE de 2000 já mostravam a enorme expansão feminina na força de trabalho em saúde, com ênfase nas profissões de nível técnico e auxiliar, pois do total de 709.267 pessoas ocupadas no setor com escolaridade universitária, 61,75% eram mulheres, e, entre os médicos, elas representavam 35,94% e entre os enfermeiros, 90,39%. Já entre os profissionais de nível técnico e auxiliar, que somavam mais de 900 mil empregos, a feminização foi mais acentuada, alcançando 73,7% do total, e 86,93% dos técnicos e auxiliares de enfermagem.

Quanto à faixa etária, em 1999, a categoria de médicos até 39 anos representava 57,7% e a de enfermeiros 77,9% na mesma faixa etária. No presente estudo, os médicos com idade até 39 anos representaram 37,9% e os enfermeiros 86,8%.

Na pesquisa de 1999, 61,5% dos médicos e 65,2% dos enfermeiros tinham acesso a publicações referentes ao PSF, enquanto que, na pesquisa atual, 72,4% dos médicos e 78,9% dos enfermeiros referiram acesso a tais publicações. Mesmo que tivessem relatado acesso a tais publicações, 96,4% dos médicos e 97,0% dos enfermeiros em 1999 manifestaram necessidade de aprimoramento para atuação na estratégia saúde da família, e atualmente 89,7% dos médicos e 100,0% dos enfermeiros ainda referiram tal necessidade.

Quanto ao tempo de trabalho das categorias de médicos e enfermeiros, na pesquisa de 1999, 42,6% e 44,0% respectivamente estavam trabalhando há menos de um ano no PSF, diferente do presente estudo, em que somente 18,4% dos enfermeiros e 17,3% dos médicos estavam trabalhando há menos de um ano nas equipes.

As questões de trabalho analisadas no ano de 1999 apresentaram que 45,9% dos médicos e 43,7% dos enfermeiros tinham sido admitidos por meio de contratos temporários ou de prestação de serviços; enquanto que, neste estudo, 41,3% dos médicos e 43,7% dos enfermeiros haviam sido admitidos por essas mesmas modalidades.

As formas de seleção predominantes em 1999 eram entrevistas ou análise de currículos e apenas 14,8% por concurso público. Neste estudo, verificou-se que 76,2% dos profissionais haviam sido selecionados por meio de seleção pública (concurso público ou teste seletivo).

Faz-se importante relatar que na época da primeira pesquisa (1999) as modalidades de admissão sugeridas pelo próprio MS eram por meio de convênios com Organizações Não Governamentais (ONG) ou cooperativas, contratos com empresas por meio de licitações, contratos temporários renováveis por até quatro anos, cargos efetivos (concurso público) e cargos em comissão (BRASIL, 2000).

Atualmente, existe uma preocupação do MS, em incentivar vínculos que amparem os trabalhadores em saúde e lhes proporcionem garantias trabalhistas (BRASIL, 2006).

No primeiro estudo, 68,2% dos profissionais entre médicos e enfermeiros relataram cumprir jornada semanal de 31 a 40 horas. No presente estudo, 48,3% dos médicos referiram cumprir até 20 horas semanais e 76,3% dos enfermeiros 40 horas semanais. Embora a carga horária preconizada para o PSF, independente da categoria profissional seja de 40h semanais, na prática ainda não está sendo cumprida na totalidade.

Em 1999, 45,5% dos médicos e 25,8% dos enfermeiros relataram manter outros vínculos, enquanto que, no atual estudo, 82,7% dos médicos e 21,1% dos enfermeiros relataram manter outros vínculos.

Questões sobre o número de vínculos também foram estudadas no Município de Tubarão – SC, no ano de 2006, quando identificou-se que 10,1% dos profissionais médicos apresentavam uma inserção no trabalho; 17,4% duas inserções; 24,7% três inserções; e 17,3% quatro ou mais (LACOMBE et al, 2008).

A quantidade de vínculos registrada para a categoria de médicos pode estar relacionada com a dificuldade de contratação e fixação destes profissionais em municípios de pequeno porte.

Segundo Machado (2008, p. 20), apesar de políticas específicas de governo no sentido de reduzir a concentração de profissionais nos grandes centros, a ausência dos mesmos em municípios pequenos é um grande problema nacional.

Estudo conduzido por Friedrich e Pierantoni (2006) no município de Juiz de Fora – MG, verificou-se que muitos trabalhadores das equipes de saúde da família, devido à remuneração, tendiam a buscar outras fontes de renda, trabalhando em plantões noturnos.

Segundo Santos (2007, p. 434), o baixo cumprimento de jornadas e assiduidade no trabalho e a dupla militância no mesmo horário são dificuldades e distorções internas na implantação do modelos de gestão e dificultam ou impedem a equidade, a integralidade e os esforços pela humanização do SUS.

Outro estudo mais recente, Tomasi et al (2008), pesquisou o perfil sócio-demográfico e epidemiológico dos trabalhadores da AB nas regiões Sul e Nordeste do Brasil, de 41 municípios com mais de 100.000 hab., encontrou nos profissionais do PSF da região Sul algumas características que diferem das encontradas no presente estudo, e que serão relatadas a seguir (Figura 7).

Figura 6 – Perfil sócio-demográfico dos profissionais das equipes de saúde da família dos municípios com mais de 100.000 hab. da região sul do Brasil em 2008 e dos municípios de pequeno porte da 16ª RS – PR em 2009

Características	Mun. >100.000 hab. Reg. Sul - 2008	Mun. <20.000 hab. 16ª RS 2009
Sexo feminino	86,0%	85,5%
Idade até 30 anos	36,0%	40,4%
Tempo de serviço nas equipes		
até um ano	50,0%	13,8%
mais que um ano	50,0%	86,2%
Vínculos precários	30,0%	28,0%
PSF com único emprego	85,0%	81,6%
PSF como porta de entr. ao mercado de trabalho	18,0%	23,8%
Ingresso por concurso	34,0%	55,4%

Destaca-se que 30,0% dos profissionais das ESF da região Sul, de municípios com mais de 100.000 hab. haviam sido contratados por meio de vínculos precários e 34,0% selecionados por concurso público. Quanto aos profissionais deste estudo, encontrou-se um percentual de 28,0% admitidos por meio de vínculos precários (terceirizados, contratos temporários, e outros) e 55,4% selecionados por concurso público.

Para 18,0% dos profissionais do primeiro estudo, as ESF consistiram de porta de entrada para o mercado de trabalho, e neste estudo o percentual foi de 23,8%.

Quanto ao tempo de trabalho nas ESF, o estudo de Tomasi et al (2008) identificou que 50,0% dos profissionais estavam até um ano trabalhando nas equipes, 20,0% mais que um até dois anos e 30,0% mais que dois anos. No presente estudo, verificou-se que 13,8% haviam ingressado há menos que um ano nas equipes, 56,3% permaneciam há mais de dois anos, 23,5% há mais de cinco anos e 6,4% há mais de nove anos. Estes dados podem sugerir uma menor rotatividade de profissionais nas ESF de municípios de pequeno porte.

Passando-se para as análises das questões de escolaridade dos profissionais das ESF dos municípios de pequeno porte da 16ª RS - PR, verificou-se que os ACS deste estudo apresentaram escolaridade acima da exigida para o ingresso nas equipes; registrou-se que, além de 80,6% terem concluído o ensino médio, 5,6% já haviam concluído curso superior e 2,2% eram pós-graduados. Esta condição apresenta um grande avanço se comparada à época da implantação do PACS/PSF no Brasil, quando a condição exigida era de que soubessem ler e escrever, conforme publicação denominada Modalidade de Contratação de Agentes Comunitários de Saúde – Um pacto tripartite (2002, p. 17), que sinalizava: “Para ser ACS é preciso conhecer muito bem a sua comunidade, ter espírito de liderança e de solidariedade e preencher os seguintes requisitos: idade mínima de 18 anos; saber ler e escrever; residir na comunidade há pelo menos dois anos; ter disponibilidade de tempo integral para exercer suas atividades”.

Mais recentemente, a Lei nº 11.350, de 05/10/06, explicitou, em seu artigo 6º, que a conclusão do ensino fundamental e do curso de qualificação básica para formação de ACS são requisitos para o exercício da atividade. Quanto a Formação Inicial para ACS, verificou-se que 67,2% destes profissionais concluíram tal capacitação. Portanto, para 32,8% dos ACS da área em estudo há necessidade de desenvolvimento de turmas de Formação Inicial, tanto para atendimento do preceito legal como para oferecer capacitação e melhores condições para o trabalho.

Segundo Lacaz (2008), a educação e a formação de pessoal são formas de valorização da força de trabalho e, por consequência, um instrumento importante de gestão do trabalho.

O MS preconiza que os processos educativos das ESF devem se iniciar concomitantemente com o início de suas atividades. Através da Portaria nº 2.527 de 19/10/06 definiu que o curso/treinamento introdutório para as equipes de saúde da família destina-se a todos os profissionais das equipes, com carga horária de 40 horas e com os seguintes conteúdos mínimos:

1. A Atenção Básica no contexto das políticas públicas de saúde e as estratégias de implementação;
2. A organização dos sistemas locais de saúde, com ênfase no planejamento de base territorial;
3. O processo de trabalho das equipes;
4. Atuação interdisciplinar e participação popular.

Somente 25,0% dos profissionais deste estudo referiram ter participado deste treinamento, sendo responsabilidade da esfera estadual a organização e realização de tais eventos para equipes de municípios com população inferior a 100.000 hab.

Além do curso introdutório, outro importante tema é o Sistema de Informação da Atenção Básica – SIAB, pois é por meio deste que se registram as informações sobre o acompanhamento das famílias e do processo de trabalho dos ACS e que também serve como base de dados para os repasses financeiros federais.

Somente 9,0% dos ACS e 31,6% dos enfermeiros referiram terem sido capacitados para este sistema. O fato dos ACS serem os responsáveis pela coleta de dados que alimentam tal sistema de informações, supervisionados pelos enfermeiros, a pouca participação destes nos cursos sobre este tema sinaliza para a subutilização do SIAB no planejamento e avaliação de ações.

Em se tratando de informações importantes para a análise da condição de saúde da população, planejamento e acompanhamento de atividades, mereceria atenção especial essa área, considerando que 87,4% dos profissionais das equipes referiram não terem sido capacitados, o que pode ocasionar a baixa qualidade dos dados disponíveis, conforme Pierantoni e Porto (2008, p. 172).

A coordenação das equipes deve priorizar, além do estudo dos materiais educativos na equipe, a implantação de espaços de discussão, análise e

reflexão da prática no cotidiano e dos referenciais que norteiam essas práticas como estratégia de educação permanente, segundo Ceccim (2005, p. 166).

Como conseqüência das inovações tecnológicas e da organização do trabalho que vem ocorrendo no setor de saúde, Wermelinger *at al* (2010, p. 101) verificou o aumento nos níveis de formação dos trabalhadores e ao mesmo tempo a necessidade de novas qualificações, situação freqüente no processo de educação permanente para a mão de obra empregada.

Desde a CF de 1988 as questões de educação em saúde passaram a fazer parte do elenco de atribuições do SUS. Para tanto, o MS tem procurado desenvolver e desencadear estratégias e políticas voltadas para formação e qualificação dos recursos humanos do SUS, de acordo com as necessidades locais. Para tanto, elegeu a Educação Permanente em Saúde como política pública na área de saúde, através da Portaria nº 198/GM-MS de 13/02/04 e mais recentemente na Portaria nº 1996/GM-MS de 20/08/07 (BRASIL, 2009).

A educação permanente em saúde é uma proposta para a re-organização do processo de trabalho pela responsabilização de todos que nele se envolvem, o que exige grande disposição de todos os segmentos.

Segundo Motta (1998):

A educação permanente em saúde é uma estratégia de re-estruturação dos serviços, a partir de determinantes sociais e econômicos mas, sobretudo de valores e conceitos dos profissionais. Propõe transformar o profissional em sujeito, colocando-o no centro do processo ensino-aprendizagem.

Para potencializar a Educação Permanente em Saúde no Estado do Paraná, sob a direção da Escola de Saúde Pública do Paraná (ESPP)/SESA - PR, foram implantados, a partir do ano de 2003, vinte e dois Pólos Regionais de Educação Permanente (PREPS) sendo um em cada uma das regionais de saúde. Tem entre os seus objetivos o aumento da articulação entre as instituições de ensino superior e médio, serviços municipais e regionais de saúde e demais entidades e seguimentos de representação social (PARANÁ, 2010).

Os Pólos Regionais de Educação Permanente em Saúde do Paraná (PREPS) são espaços de articulação entre gestores (estadual e municipais), instituições formadoras (nível médio e superior), prestadores de serviços do SUS,

controle social e, complementarmente, representantes de discentes de cursos na área da saúde (PARANÁ, 2010).

O PREPS da 16ª Regional de Saúde - PR, instituído em 2003, é uma das 22 instâncias do SUS no Paraná para construção e articulação da política de educação permanente em saúde. Desenvolveu atividades de formação e capacitação com temas importantes e voltados para a reorganização da atenção básica e consolidação da Estratégia Saúde da Família (Figura 7).

Figura 7 – Quadro resumo dos principais temas abordados nas atividades desenvolvidas pelo Pólo Regional de Educação Permanente em Saúde (PREPS) da 16ª RS - PR, 2003 a 2009

ANO	Nº DE EVENTOS REALIZADOS	PRINCIPAIS TEMAS	PÚBLICO ALVO PREDOMINANTE
2003	10	Saúde da Mulher e da Criança Treinamento da equipe regional	Equipes de SF
2004	17	Saúde Mental Gestão e padronização de procedimentos Envolvimento de gestores municipais	Trabalhadores da Saúde, gestores, profissionais de saúde mental e saúde bucal; e equipes de SF.
2005	12	Especialização em Vigilância Sanitária Capacitação para enfrentamento de TB e MH	Trabalhadores da saúde dos municípios da 16ª RS.
2006	24	Múltiplas temáticas Diminuição de participação de gestores Especialização em Enfermagem Obstétrica	Equipes de Saúde Bucal, representantes da sociedade civil e outras secretarias com interface na saúde, no caso dos eventos ligados à saúde mental; e enfermeiros das SF e de Hospitais.
2007	14	Cuidados e proteção da pessoa idosa Saúde da Mulher e da criança Saúde mental	Equipes de SF e de saúde bucal, representantes da sociedade civil organizada e de políticas com interface na saúde.
2008	13	Saúde da Mulher e da Criança Padronização de procedimentos Atenção primária à saúde Saúde Mental Sistemas de informação	Técnicos da VISA, outros trabalhadores da saúde e equipes de SF.
2009	07	Terapia Comunitária Saúde Mental Saúde do trabalhador	Equipes de SF e outros trabalhadores da saúde

Fonte: registros em documentos e atas de reunião do PREPS de Apucarana (BASSI, 2010)

Conforme os dados da figura 7, o PREPS da 16ª RS desenvolveu capacitações nas mais diversas áreas, contemplando várias categorias profissionais e intersetoriais, mas com grande ênfase nas equipes de SF.

Segundo BASSI (2010, p. 46):

Com relação às ênfases adotadas pelo colegiado em Apucarana observou-se que a Saúde da Mulher e da Criança, os sistemas de informação e a estratégia saúde da família foram recorrentes nas discussões e ações realizadas durante todo o período pesquisado o que demonstra relação com a política nacional, principalmente no que se refere à Saúde da Família, vista como alternativa ao paradigma vigente. Percepção esta reforçada ao constatar que o público alvo predominante dos eventos do PREPS de Apucarana foram os profissionais das equipes de SF.

No entanto, ainda persiste a necessidade apontada pelos profissionais pesquisados de mais capacitações para atuação na estratégia saúde da família, o que merece estudos mais aprofundados sobre os fatores que determinam tal necessidade, como a disponibilidade de participação dos profissionais, as metodologias utilizadas e as constantes demandas de atualização..

5.2 GESTÃO DO TRABALHO

Na CF de 1988, 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. Nos anos 1990, estes princípios foram colocados em xeque pelas linhas de pensamento da administração pública e pela necessidade de os gestores do SUS encontrarem soluções ágeis para situações apresentadas. A flexibilização na gestão de pessoal do SUS e o crescimento da tendência de contratação de mão de obra mudaram as políticas de Recursos Humanos em saúde e a base de valores que as orientam (ARAÚJO et al, 2008).

Segundo Santos (2007, p. 431):

[...] o contexto da orientação política dos últimos dezesseis anos afetou o processo de construção do SUS profundamente: ao drástico subfinanciamento, sucedeu-se a precarização da remuneração e das relações de trabalho e uma verdadeira onda de terceirizações privatizantes e inseqüentes.

As formas de contratação constantes da CF de 1988 são pelo provimento de cargos em todas as instituições da Administração Pública, mediante concurso público obrigatório e universal e o regime jurídico unificado de trabalho. Todavia, a partir da Reforma Administrativa do Estado e da promulgação da EC nº 19/98, admitiu-se a possibilidade de convivência entre regimes diferentes na mesma esfera de governo, possibilidade esta suspensa até o julgamento final da Ação Direta de Inconstitucionalidade – ADIN nº 2135-4 de 02/08/07. Na mesma EC são previstos os cargos públicos, em que os efetivos são contratados por estatuto e os empregos públicos, por meio da CLT, que podem ser por tempo indeterminado ou determinado (Art. 37. V da CF).

Destaque-se que a reforma de Estado na área da saúde, iniciada na década de 1990, e as propostas de descentralização do SUS desencadearam o surgimento das mais variadas alternativas para a gestão e para a contratação de recursos humanos. Assim, para que os gestores pudessem viabilizar a operacionalização dos serviços, aumentar a cobertura ou implantar novos serviços, passaram a se utilizar de terceirizações, cooperativas, consórcios, etc (PIERANTONI, 2001).

Teixeira (2010, p. 29) acrescenta:

Nesse período, o campo da saúde, ao enfrentar políticas restritivas no que se refere ao quadro de pessoal no setor público, ao mesmo tempo em que se acentuavam as demandas sociais por trabalho em saúde, teve nas terceirizações, na cooperativização e em outras formas de vinculação mais ou menos protegidas a alternativa disponível para manter alguns programas em funcionamento, notadamente na estratégia Saúde da Família.

O emprego formal, regulado por dispositivos legais e socialmente protegido, é possível por meio do regime estatutário e do regime da CLT próprio aos empregados públicos e aos empregados na economia privada, pois tem como características a existência de proteção social, cobertura legal e vigência temporal indeterminada dos contratos, conforme Girardi et al (2010, p.16). O mesmo autor cita como trabalho desprotegido os vínculos temporários, os de prestação de serviços e demais vínculos sem proteção ou não plenamente protegidos no âmbito do direito do trabalho.

Segundo o MS, por meio do Departamento de Atenção Básica (DEAB), no Brasil em 2002, apenas 26% dos ACS tinham vínculo institucional e

formas de vinculação estáveis (estatutários e contratuais) e 28% tinham vínculos classificados como precários (bolsa auxílio, contrato informal e contrato verbal).

Pierantoni e Porto (2008, p. 167), no estudo sobre as formas contratuais dos ACS: modalidades e alternativas de contratação acrescentam que:

É consensual apontar algumas das características comuns no plano de recursos humanos e da gestão do trabalho observadas nas últimas décadas: aumento do trabalho informal com diminuição de vínculos formais; expansão do setor serviços; aumento de qualificação para o trabalho; flexibilidade das relações contratuais; diminuição da capacidade regulatória do estado.

No presente estudo, constatou-se que 73,7% dos profissionais desta categoria foram contratados diretamente pelos municípios, com vínculo estatutário ou celetista, e 23,3% por terceirização.

Após a promulgação da Emenda Constitucional (EC) nº 51/2006, a contratação de ACS passou a ser prerrogativa exclusiva do poder público (GIRARDI et al, 2010, p.16), podendo ser admitidos por meio de processo seletivo público, sendo que este processo tem os mesmos rigores de um concurso público, observando-se os princípios da administração pública, isto é, legalidade, moralidade, impessoalidade, publicidade e eficiência.

Os contratos de prestação de serviços são geralmente justificados com base na Lei nº 8.745, de dezembro de 1993, que prevê a contratação de pessoal para atender excepcional interesse público, em que os trabalhadores são considerados autônomos e recebem através de Recibo de Pagamento de Autônomo (RPA). Nos casos de contratos de prestação de serviço, contratos informais e contratos verbais, o trabalhador recebe apenas o valor nominal de seu salário, excluídas as obrigações sociais previstas em lei. Nestes casos, o servidor pode ser desligado do serviço a qualquer momento (ARAÚJO et al, 2008).

No presente estudo, a utilização de contratos temporários, de prestação de serviços e outros não plenamente protegidos no âmbito do direito do trabalho foram verificados em 41,3% das contratações dos profissionais médicos, 7,9% dos enfermeiros e 3,0% dos ACS. Em pesquisas realizadas pela Estação de Pesquisas em Sinais de Mercado em Saúde (EPSM) – Observatório de Recursos Humanos em Saúde do Núcleo de Educação em Saúde Coletiva (NESCON), da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), sobre

contratação e remuneração dos trabalhadores na estratégia saúde da família, contratos com as mesmas características se aplicaram a 49,9% dos médicos, 32,8% dos enfermeiros e 16,1% dos ACS (GIRARDI et al, 2010, p. 17-18). Nos dois estudos observaram-se formas precárias de contratação nas três categorias, mas com maior predominância para a categoria de médicos.

Na administração pública, uma das formas de contratação sem concurso público ou teste seletivo que ainda se utiliza é a terceirização de serviços, o que neste estudo representou 20,8% do total dos profissionais.

Outro tipo de cargo público são os cargos comissionados, que são de livre nomeação e exoneração por parte dos gestores. No entanto, a admissão de profissionais das ESF por meio de cargos comissionados pode caracterizar um desvirtuamento de função e uma tentativa de burlar a CF que, em seu Art. 37 – Capítulo V, destaca que estes cargos destinam-se apenas às atribuições de direção, chefia e assessoramento. Quanto aos profissionais deste estudo, 2,7% referiram que foram contratados via cargos comissionados ou outros.

A política neo-liberal de diminuição do estado provocou a flexibilização da inserção do trabalhador na década de 90, com perda de certas proteções sociais, com modalidades de admissão sem amparo legal e que agravaram a situação de empregabilidade, tendo começado no governo federal e posteriormente se expandido aos governos estaduais e municipais. Este fato também se verificou no SUS e em contraposição ao projeto da Reforma Sanitária Brasileira, pois existem vários profissionais que foram inseridos pelas mais diversas formas de seleção e admissão, inclusive com terceirizações, o que gera contradições também com relação à CF. Além disso, verificou-se condições de trabalho que não proporcionavam estabilidade, perspectivas de um plano de carreira, de direitos sociais e trabalhistas (MACHADO, 2008).

Segundo Araújo et al, (2008), muitas questões surgem quando se tenta definir o que é trabalho precário. Pode-se incluir uma infinidade de situações oriundas das relações de trabalho, como: baixos vencimentos ou salários, inadequadas condições de trabalho, etc. No momento, o MS assume que precariedade do trabalho está relacionada com alguma irregularidade, que pode dizer respeito à desobediência às normas vigentes do direito administrativo e do direito do trabalho. Pode-se entender também como trabalho precário a ausência de proteção social, isto é, situação em que este se realiza desprovido de certos direitos

e benefícios constitucionalmente assegurados. Além disso, outras variáveis podem se somar a este conceito, como, por exemplo, a admissão que não seja através de concurso público ou teste seletivo público.

Para Castro et al (2006, p. 3), na pesquisa Programa Saúde da Família: flexibilização e precarização:

[...] por trabalho precarizado, podemos entender, genericamente, a condição ocupacional exercida sem o devido amparo das normas legais e que não garante estabilidade, benefícios e segurança ao trabalhador. Mas o tema requer atenção, pois nem todo vínculo formal, regido pelas leis do trabalho, está isento de precarização – o trabalho precário não é sinônimo de trabalho informal.

Podem ser exemplos de trabalho precário os vínculos temporários; contratações terceirizadas; trabalho não assalariado; contratações informais; subcontratação; trabalhos em tempo parcial; contratos por produção; cooperativas e etc, pois quase sempre são desprovidos dos direitos trabalhistas previstos em lei, que incluem férias remuneradas, décimo terceiro salário, aposentadoria, licenças remuneradas e outros (CASTRO et al, 2006).

No caso dos profissionais do presente estudo, 28,0% foram admitidos por terceirizações, contratos temporários, autônomos e outros, caracterizando, portanto, situação de precariedade.

Girardi et al (2010, p. 14) complementa que “a precariedade pode ser entendida como um processo de perda de qualidade no mercado de trabalho e suas consequências sociais para a população, como redução dos rendimentos e instabilidade nos postos de trabalho”.

A prática de contratação de profissionais das ESF por forma indireta pode promover uma precarização do trabalho nos serviços de saúde, pois pode gerar desigualdades entre os trabalhadores, sublocação de serviços, inexistência de estabilidade, e conseqüentemente conflitos entre os membros da equipe, fragilizando assim a relação do profissional com a comunidade. Também o tempo de permanência dos profissionais nas equipes pode se constituir um fator limitante para o desempenho das ações, uma vez que o vínculo com a comunidade constitui-se requisito essencial para a qualidade do trabalho das equipes.

O enxugamento da máquina estatal e a modernização do estado não podem ser conduzidos na saúde pública como o que ocorre com outros setores,

como na indústria e comércio, em que são cobrados cada vez mais resultados, mesmo com a redução do emprego da força de trabalho.

Faz um destaque especial para a categoria de médicos das ESF, uma vez que, em 1999, 45,9% dos profissionais médicos no Brasil foram contratados por meio de contratos temporários ou prestação de serviços (BRASIL, 2000); e atualmente, na 16ª RS, 55,1% destes profissionais foram contratados por contratos temporários, terceirizados, autônomos e outros. Há necessidade de se aprofundar estudos sobre os diversos tipos de vínculos tidos como precários e a categoria médica, a fim de se conhecer suas motivações, e se existe relação com outros determinantes, como cumprimento de carga horária, quantidade de vínculos ou outras questões de gestão do trabalho, já que 48,3% dos médicos relataram cumprir carga horária semanal de até 20 horas, sendo o preconizado para a estratégia saúde da família 40h semanais; e 82,7% relataram possuir outros vínculos ou empregos, conforme os seguintes percentuais: 31,0% dois vínculos; 24,1% três; e 27,6% quatro ou mais inserções.

Segundo Girardi et al (2010, p. 18), “o uso de formas precárias de contratação de trabalho na estratégia saúde da família ainda representa um problema relevante para a maior parte dos municípios brasileiros, sobretudo em relação aos médicos”.

Por estes e outros motivos, o combate a precarização das relações de trabalho deve estar presente na agenda de discussões dos gestores do SUS.

Segundo Araújo et al (2008, p. 158), o Tribunal Superior do Trabalho, por meio do Enunciado nº 331, e de sua Súmula, aprovado em 17/12/93, admitiu, além da terceirização de serviços de vigilância, de conservação e de limpeza, a contratação de serviços ligados à atividade meio da administração pública, desde que inexistentes a pessoalidade, isto é, os atos do gestor público devem visar o interesse público, não podendo privilegiar certas pessoas; e a subordinação direta, em que a prestação do serviço dependerá de pessoas vinculadas ao ente terceirizado e não ao ente público. Por meio das Leis nº 8666/93 e 8883/94, a Administração Pública Direta e Indireta puderam contratar serviços de terceiros, tais como transportes, vigilância, conservação, manutenção, limpeza, publicidade, seguro e trabalhos técnicos profissionais.

Por conseguinte, a terceirização pode acontecer na Administração Pública quando se delega a outrem, um terceiro, que não é servidor nem empregado

público, um determinado serviço especializado, complementar e acessório às suas funções essenciais, cuja prestação dependerá de pessoas vinculadas ao ente terceirizado, e não ao ente público, para que este possa manter o foco na atividade fim. Deve, ainda, apresentar algumas características, como a inexistência do cargo no quadro de pessoal do ente público que possa executar a atividade ou mesmo a extinção do cargo através de lei; contrato legalmente firmado e comprovação com relação aos contratados de ausência de subordinação, de pessoalidade, de dependência econômica e de ausência de habitualidade ou atuação permanente e rotineira.

No âmbito do SUS, as terceirizações passaram a ser efetuadas, geralmente, por meio de cooperativas, fundações, Organizações Sociais (OS) reguladas pela Lei 9.637/98 e Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público (OSCIP), reguladas pela Lei 9.790/99, chamados de terceiro setor. As OS e OSCIP são entidades privadas, sem fins lucrativos e que são declaradas de interesse social e utilidade pública, que têm como uma de suas áreas de atuação a saúde (ARAÚJO et al, 2008, p. 159).

No parecer 116/01 – DCM (2001) do Tribunal de Contas do Estado do Paraná (TCE), encontrou-se as seguintes orientações, dispostas nas páginas 18, 24 e 25:

Há possibilidade do Executivo firmar parceria e cooperação com as entidades qualificadas pelo Poder Público como Organizações Sociais e/ou com Organizações Sociais de Sociedade Civil de Caráter Público, desde que tenha lei municipal que as consagre legislativamente. Com as demais ONG's, são o convênio ou contrato os instrumentos, que devem obedecer às determinações da Lei 8.666, de 21.06.93.

E, pela possibilidade da Administração Pública firmar vínculo de cooperação das entidades qualificadas pelo Poder Público, via contrato de gestão (Organizações não governamentais), termo de parceria (Organizações Sociais de Sociedade Civil de Caráter Público), e convênios ou contrato de direito público (associações, cooperativas) desde precedidos de licitação, e observados os requisitos legais e constitucionais cabíveis; que os recursos federais oriundos da parte variável do Piso de Atenção Básica (PAB), destinados aos membros das Equipes Multidisciplinares, para realização dos programas de saúde, excepcionalmente, não são computados para fins de fixação de gastos com pessoal.

Segundo Castro et al (2006, p. 4) “Vínculos através de empresas terceirizadas ou contratações temporárias, por exemplo, representam situações de trabalho quase sempre marcadas pela precarização, mas que, do ponto de vista jurídico, podem ser legais”.

Outro aspecto que interfere na gestão de pessoal na administração pública é limitação imposta pela Lei Complementar (LC) nº 101, Lei de Responsabilidade Fiscal - LRF, sancionada em maio/2000, que limita os gastos com pessoal dos entes públicos, no caso dos municípios, em 60,0% da Receita Corrente Líquida (RCL), sendo 54,0% para o executivo e 6,0% para o legislativo. No artigo 18 da mesma Lei verifica-se que:

§ 1º Os valores dos contratos de terceirização de mão-de-obra que se referem à substituição de servidores e empregados públicos serão contabilizados como Outras Despesas de Pessoal.

Portanto, devido a essa limitação de gastos com pessoal e a consequente possibilidade de computar os gastos com terceirização de mão de obra como “Outras Despesas de Pessoal”, passou-se a utilizar esse dispositivo para a terceirização de serviços na área da saúde, mesmo que, segundo Parecer nº 116/01-DCM-2001, do TCE-PR, os recursos financeiros repassados do Fundo Nacional de Saúde - FNS, a título de transferência voluntária para o custeio do programa na parte de pessoal não seja computado para fins de cálculo dos gastos previstos nos artigos 18 e 19 da LRF.

Pesquisas realizadas pela Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG) apontaram que, no ano de 2001, 54,0% dos gestores municipais pesquisados citaram que os limites impostos pela LRF era um importante fator para a prática de vínculos desprotegidos ou precários; no ano de 2006 este percentual diminuiu para 23,2% e no ano de 2009 esta justificativa aparece apenas com 4,4% (GIRARDI et al, 2010, p. 18).

Ainda segundo Girardi et al (2010, p. 16) houve uma redução vigorosa na proporção de municípios que realizavam contratações terceirizadas no período de 2001 a 2009 em todas as categorias profissionais, sendo que, nos dias de hoje, está em torno dos 5,0% (6,9% para os médicos, 4,9% para os enfermeiros, 4,2% para Auxiliar de Enfermagem (AEN) e Técnico de Enfermagem (TEN), e 4,4% para ACS). No presente estudo, 12,1% dos auxiliares de enfermagem, 18,4% dos enfermeiros, 13,8% dos médicos e 23,3% dos ACS que permaneciam nas equipes até a data da pesquisa foram contratados por meio de terceirizações, desde os anos de 1995 a 2009, perfazendo 20,8% do total. Sob outro ângulo, 16,3% das admissões de 1995 a 2004 e 22,7% das admissões a partir de 2005 foram por terceirizações. Houve,

portanto, um pequeno incremento no percentual de contratações por terceirizações nos municípios de pequeno porte da 16ª RS à partir de 2005, passando de 16,3% para 22,7%.

Na pesquisa efetuada por Jorge et al (2007) em Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) do Município de Fortaleza – CE, no período de 2005 a 2006, observou-se uma maior precarização de vínculos de trabalho nesses serviços, pois 48,0% dos profissionais atuavam através de terceirizações, cooperativas e outros; enquanto que para os profissionais das ESF dos municípios de pequeno porte este percentual foi de 20,8%.

A fragilidade das contratações compromete a dedicação dos trabalhadores, contribui para a alta rotatividade e insatisfação profissional e, conseqüentemente para a qualidade do atendimento prestado. Para Scherer et al (2009, p. 723): “A construção do coletivo depende da presença de um mínimo de estabilidade e de certa permanência na organização, pois a confiança e a cooperação se constroem com o tempo”.

Portanto, a confiança e a cooperação são condições importantes tanto no interior da própria equipe como na relação do trabalhador com o usuário, pois as ações de saúde desenvolvem-se através das relações interpessoais.

O PCCS no SUS está previsto na Lei 8.142/90, que dispõe prazo de dois anos para a criação de comissões para estudos e desencadeamento de ações. Com o objetivo de contribuir com a modernização das instituições que compõe o SUS, foi criada em 2004, a Comissão Especial para elaborar as diretrizes do Plano de Carreiras, Cargos e Salários no âmbito do SUS (Portaria n. 626/GM/MS), constituída por representantes da esfera federal; Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS); Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS) e entidades sindicais patronais e de trabalhadores. Em decorrência das discussões dessa comissão, foi editada a Portaria GM/MS n. 1.318 de 05/06/07, onde constam as diretrizes de referência para a elaboração dos planos. Tais diretrizes sugerem carreiras unificadas para todos os órgãos do sistema; identidade profissional; perspectivas de desenvolvimento na carreira, com uma política de ingresso, evolução e avaliação de desempenho e gestão democrática (BRASIL, 2009).

Mesmo com esses dispositivos e mais recentemente com o Pacto pela Vida e de Gestão, cujo Termo de Compromisso de Gestão Municipal (TCGM)

específica, nas Responsabilidades pela Gestão do Trabalho, a consideração das diretrizes nacionais para Planos de Carreiras, Cargos e Salários para o SUS (PCCS/SUS), 89,2% dos profissionais estudados não foram incluídos em um PCCS. Este fato pode estar relacionado com a carência de estrutura para o planejamento e à baixa capacidade de gestão urbana para exercer a competência municipal constitucional, conforme Plano Diretor em Municípios de Pequeno Porte, publicado pelo Ministério das Cidades (BRASIL, sd).

Importante passo dado pelo Ministério da Saúde foi a criação, em 2003, da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES), com a responsabilidade de formular políticas orientadoras da gestão, formação, qualificação e regulação dos trabalhadores de saúde no Brasil, tratando, dessa forma, a gestão dos recursos humanos do SUS como uma questão estratégica.

No tocante ao Estado do Paraná, a Secretaria Estadual de Saúde não possui em sua estrutura uma instância de atuação similar a do Ministério da Saúde em termos de gestão do trabalho no SUS, o que poderia ser muito útil aos municípios. Dispõe do Grupo de Recursos Humanos Setorial (GRHS) que abrange atividades relacionadas ao ingresso e movimentação de servidores, de processos funcionais, de cadastro funcional e de benefícios, mas somente aos servidores estaduais ou cedidos ao mesmo.

5.3 FINANCIAMENTO

Segundo o princípio da descentralização do SUS, as três esferas de governo (federal, estadual e municipal) são corresponsáveis pela estratégia saúde da família, dentro de suas competências. Dentre as principais atribuições da esfera federal está o cofinanciamento da AB através da estratégia saúde da família (PARANÁ, 2008, p. 31).

A Portaria nº 648 de 28/03/06 estabelece que a AB deverá ser financiada de forma tripartite pelas três esferas de governo e que o Piso da Atenção Básica (PAB) será o componente de financiamento federal para o PSF e PACS.

O PAB é composto de uma parte fixa e outra variável, cuja somatória comporá o Teto Financeiro do Bloco da Atenção Básica, que deverá ser utilizado para financiamento de ações de AB (BRASIL, 2006).

A Portaria nº 2007 de 01/09/09 do MS fixou ao valor de R\$18,00 por habitante por ano para ser repassado aos municípios como a parte fixa do PAB; e quanto à parte variável, o MS repassa aos municípios, através da Portaria 2.008, de 01/09/09, 13 parcelas de R\$ 651,00 por ACS por ano e R\$6.400,00 por ESF implantada por mês, conforme Portaria 3.066 de 23/12/08. Estes recursos são destinados a apoiar a implantação de ESF e de PACS no âmbito municipal, com o propósito de contribuir para a reorientação do modelo de atenção à saúde (BRASIL, 2010).

No entanto, a contrapartida federal no financiamento público da saúde caiu, entre os anos 1980 e 2004, de 75,0% para 50,0%, enquanto que, no mesmo período, a soma das contrapartidas estaduais e municipais cresceu de 25,0% para 50,0% (SANTOS, 2007, p. 432).

Nas questões de remuneração dos profissionais do presente estudo, 63,6% dos auxiliares de enfermagem relataram receber mais que um até dois salários mínimos. Nas faixas salariais de mais que dois até quatro salários mínimos estavam 78,9% dos enfermeiros. Os profissionais médicos estavam distribuídos nas faixas salariais entre mais que cinco a mais que dez salários mínimos (72,4%).

Na faixa salarial de um salário mínimo estavam 99,1% dos ACS. No entanto, a EC nº 63, promulgada pelo Congresso Nacional em 05/02/10, prevê que uma lei federal definirá um piso salarial nacional para esta categoria, bem como as diretrizes para seu plano de carreira, cuja formulação caberá aos estados e municípios (JUSBRASIL, sd).

Quanto ao componente de financiamento estadual para as ESF, no tocante ao Estado do Paraná, foi instituído um incentivo financeiro de R\$1.000,00/ESF implantada para municípios com população abaixo de 100.000 habitantes e com Índice de Desenvolvimento Humano – IDH abaixo da média do Estado, que é de 0,786. Para municípios com IDH acima da média do Estado, é repassado 50,0% deste valor, até um limite de R\$10.000,00 por município permanecendo o mesmo limite populacional (PARANÁ, 2008).

No entanto, a insuficiência de repasses financeiros do nível estadual para as ESF foi uma das cinco principais dificuldades apontadas pelos gestores municipais para manutenção e/ou ampliação da estratégia no Estado do Paraná, conforme Relatório de Auditoria Operacional/ESF do TCE/2010 (PARANÁ, 2010).

O percentual de recursos próprios dos municípios de pequeno porte da 16ª RS – PR (15), aplicados em ações e serviços públicos de saúde conforme a EC nº 29/2000, apresentou uma média de 18,5%, variando entre os percentuais de 16,37 a 27,79% no ano de 2009. Já os municípios de maior porte da área da 16ª RSA (dois), apresentaram percentual médio de 15,96% (Tabela 18).

O Estado do Paraná, até a data de pesquisa, ainda não havia transmitido os dados do ano de 2009 no Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde - SIOPS, para fins de cálculo do demonstrativo. No entanto, no ano de 2008 o percentual anual atingido foi de 9,79% (SIOPS, 2009).

Tabela 18 – Percentual de recursos próprios dos municípios da 16ª RS – PR aplicados em ações e serviços públicos de saúde conforme Sistema de Informações Sobre Orçamentos Públicos em Saúde (SIOPS), 2009

Município	População	Nº de Equipes de SF	% de Recursos Aplicados em Saúde
Apucarana	120.133	38	15,15
Arapongas	101.467	29	16,77
Jandaia do Sul	20.131	06	17,11
Faxinal	16.006	05	19,07
S.Pedro do Ivaí	9.887	02	16,72
Marilândia do Sul	9.193	04	15,82
Borrazópolis	8.355	03	18,76
Mauá da Serra	8.268	02	19,78
Grandes Rios	7.848	03	27,79
Califórnia	7.765	03	17,18
Cambira	7.106	03	16,37
Bom Sucesso	6.634	03	18,72
Sabaúdia	5.625	02	16,71
Kaloré	4.752	02	17,30
Marumbi	4.200	02	18,97
Rio Bom	3.319	01	18,29
Novo Itacolomi	2.816	01	19,04
Total	330.349	109	-

Fontes: SIOPS (2009) – MS/SAS/DAB e IBGE (2010)

O percentual limite constitucional mínimo de aplicação de recursos próprios em ações e serviços de saúde, conforme a EC nº 29/2000 é de 15,0% para municípios.

Verificou-se que os municípios da 16ª RS atingiram o percentual mínimo de aplicação de recursos próprios em ações e serviços de saúde no ano de 2009, mas na média, os municípios de menor porte aplicaram mais que os de maior porte, considerando a proporcionalidade das receitas.

No entanto, no tocante ao Estado do Paraná, utilizando-se a base do SIOPS para o ano de 2009 não foi possível obter o percentual mínimo aplicado em ações e serviços de saúde até a data da pesquisa. Entretanto, no ano de 2008, o Estado não atingiu o mínimo esperado, que é de 12,0% para os estados, segundo a EC nº 29/2000, mesmo este sendo um compromisso prioritário constante do Plano Estadual de Saúde 2008-2011 (PARANÁ, 2008).

Com relação aos investimentos federais, a política de diminuição de investimentos públicos em saúde, formulada pelas áreas econômicas desde a década de 1990 dificultam a implementação e consolidação do SUS e são conflitantes com o arcabouço legal do SUS e com os ideais do movimento da Reforma Sanitária Brasileira (SANTOS, 2007)

6 CONCLUSÕES

As tendências de assalariamento, prolongamento da jornada de trabalho, múltiplos vínculos e feminilização da força de trabalho na área da saúde, já indicados na década de 80, foram verificados neste estudo, com 85,5% dos profissionais das equipes do sexo feminino e 73,2% dos profissionais das equipes trabalhando 40 horas semanais ou mais.

Verificou-se que os profissionais médicos são majoritariamente do sexo masculino (82,8%). Mas, em relação ao profissional enfermeiro, houve predominância de profissionais do sexo feminino, com 94,8%.

Quanto à questão de múltiplos vínculos, 16,3% dos profissionais referiram trabalhar em outros empregos além das ESF, sendo os médicos responsáveis por 44,5% deste percentual.

Este estudo contribuiu para conhecer o perfil dos profissionais das ESF de municípios de pequeno porte bem como possibilitou efetuar comparações com outros estudos. Verificaram-se similaridades entre estes com os profissionais de municípios de portes populacionais maiores (>100.000 hab), principalmente nas condições de gênero, quantidade e condições de vínculos empregatícios (formais ou não), o que não apresentou grandes variações.

Observou-se, quanto às formas de seleção, que 55,4% dos profissionais foram selecionados através de concurso público e 20,8% por teste seletivo público.

De forma geral, não há predominância de admissão dos profissionais das equipes de saúde da família por meio de vínculos precários, pois 72,0% foram admitidos diretamente pelos municípios, seja por estatuto do servidor público ou por contrato via CLT, mas ainda persistem formas precárias de contratação, com 28,0% dos trabalhadores contratados temporariamente, terceirizados, autônomos ou outros.

Quanto ao tempo de atuação nas equipes, 13,8% dos profissionais haviam ingressado há menos de um ano nas equipes, 56,3% encontravam-se há mais de dois anos, 23,5% há mais de cinco anos e 6,4% há mais de nove anos, podendo-se inferir pouca rotatividade e possivelmente maior vínculo com a população.

A categoria de médicos apresentou profissionais com maior idade, sendo 62,1% destes com 40 anos ou mais. Outra característica para esta categoria foi que a estratégia saúde da família não representou a porta de entrada para o mercado de trabalho, pois somente para um médico consistiu como primeiro emprego.

Ao contrário dos profissionais médicos, os enfermeiros são mais jovens, com 86,8% encontrando-se na faixa etária até 39 anos, tendo a estratégia saúde da família sido o primeiro emprego para 42,1% destes.

Quanto ao PCCS/SUS, 89,2% dos profissionais não foram incluídos em um Plano de Cargos, Carreiras e Salários – PCSS, o que não lhes proporciona perspectivas de desenvolvimento em uma carreira organizada e, conseqüentemente, sua valorização enquanto trabalhadores do SUS.

Para o adicional de insalubridade, no caso dos médicos há necessidade de aprofundamento para verificar se existe relação com o tipo de vínculo empregatício, pois 55,1% dos profissionais desta categoria não fazem parte do quadro efetivo das secretarias municipais de saúde e 65,5% relataram não receber esse adicional. Para outras categorias profissionais das ESF, algumas avaliações locais têm o entendimento que esta atividade é compatível com o pagamento de insalubridade (grau mínimo) e outros não; não havendo, portanto, um consenso sobre o direito ao recebimento deste adicional.

Uma das limitações deste trabalho foi a não possibilidade de verificação a posteriori se os municípios encontravam-se dentro dos limites de tempo de atualização do CNES/MS, pois considerou-se relevante a informação de que 20 profissionais foram excluídos da pesquisa por não estarem atuando nas suas equipes. Se não corrigido, pode caracterizar falhas nas informações prestadas ao CNES/MS e também no monitoramento de outras instâncias (estadual ou federal) quanto ao cumprimento de metas, pactuações e cobertura da população pela estratégia saúde da família (PARANÁ, 2008). Além disso, a falta desses profissionais pode acarretar uma sobrecarga de trabalho para os demais membros da equipe, comprometendo seu desempenho.

Apesar de todos os esforços empreendidos no sentido de qualificação dos profissionais das ESF, 95,5% ainda manifestaram necessidade de aprimoramento para atuação no PSF. No entanto, 97,2% referiram que a participação nas capacitações já realizadas foram relevantes para a atuação prática,

sendo esta a principal motivação destes profissionais. Quanto à disponibilidade publicações sobre o PSF, 79,2% dos profissionais relataram terem acesso, sendo que 74,1% as lêem pelo menos mensalmente.

Verificou-se que os municípios da 16ª RS atingiram o percentual mínimo de aplicação de recursos próprios em ações e serviços de saúde no ano de 2009, conforme a EC 29/00, mas na média os municípios de menor porte aplicaram mais que os de maior porte, considerando a proporcionalidade das receitas.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A implantação da estratégia saúde da família provocou um aumento da cobertura da assistência à população, gerando muitas transformações em curto espaço de tempo sem o devido planejamento, acompanhamento e monitoramento.

Por isso, ainda persistem “nós críticos” em vários níveis relativos à gestão e às condições do trabalho, como:

- não implantação de PCCS no SUS;
- indefinição quanto ao direito ou não de recebimento de adicional de insalubridade para todos os membros das equipes;
- situações de precariedade de vínculos trabalhistas;
- necessidade constante de atualizações e capacitações das equipes.

Para consolidação da atenção básica há necessidade de:

- maior apoio financeiro e logístico aos municípios de pequeno porte, com políticas direcionadas a esta parcela de municípios, que atendam suas características e suas necessidades para a regularização de vínculos empregatícios que propiciem garantias trabalhistas aos trabalhadores e que sejam condizentes com os princípios da Administração Pública. Os municípios têm dificuldades em assumir sozinhos o financiamento das equipes, por isso necessitam de parcerias e co-responsabilização mais efetiva das outras esferas, ou seja, União e estados;
- desenvolvimento de estratégias de educação continuada e permanente para acompanhar as demandas de saúde da população e as necessidades dos profissionais;
- implantação do PCCS/SUS, com perspectivas de desenvolvimento na carreira, com política definida para ingresso, evolução e avaliação de desempenho e gestão democrática, a fim de contribuir para uma maior valorização e fixação dos profissionais nas equipes;

- ampliação do número de pesquisas direcionadas aos municípios de pequeno porte, para que outras particularidades possam ser melhor compreendidas, como as melhores condições para a capacitação e fixação dos trabalhadores nas equipes e outras peculiaridades.

Há necessidade de pensar em planos de cargos que contemplem formas de remuneração compatíveis com as funções da carreira da saúde e que promovam entre outras conquistas a fixação do trabalhador, pois estar incluso em um PCCS é importante questão para a valorização do servidor, influenciando na satisfação e realização do profissional, podendo interferir na qualidade do trabalho da AB (LACAZ, 2008);

Segundo Machado (2008, p. 22), a 8ª Conferência Nacional de Saúde foi considerada por pesquisadores de Recursos Humanos em saúde como o marco das políticas de recursos humanos, uma vez que foram discutidas e sistematizadas as principais propostas para a área, como remuneração condigna e isonomia salarial para mesma função e mesmos níveis; PCCS; capacitações permanentes; concurso público; estabilidade; multiprofissionalidade das equipes; cumprimento de carga horária e dedicação exclusiva.

Portanto, é necessário concretizar tanto as propostas da reforma sanitária como os princípios constitucionais no que diz respeito sobre contratação mediante concurso público, com vínculos formais, a criação e implantação de PCCS no âmbito do SUS, com políticas de educação continuada e permanente.

Vale ressaltar que ainda são desafios a serem perseguidos e vencidos a fim de que se possa contribuir com melhores condições de trabalho e de qualidade ao SUS.

REFERÊNCIAS

ARAÚJO, L. M.; MACHADO, M. H.; VITALINO, H. A.; PAIVA, J.; TOLOZA, D. C. de. Para subsidiar a discussão sobre a desprecarização do trabalho no SUS. **Caderno RH Saúde**. Ministério da Saúde, 2008.

BASSI, L. L.; **Pólo de Educação Permanente em Saúde**: uma análise da política de formação dos profissionais de saúde da 16ª Regional de Saúde de Apucarana, 2007 (Monografia) – Faculdade Estadual de Ciências Econômicas de Apucarana, Apucarana, 2010.

CECCIM, R. B. Educação Permanente em Saúde: desafio ambicioso e necessário. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v.9, n.16, p.161-77, set.2004/fev.2005.

BRASIL. **Ministério da Saúde**. Disponível em: <<http://www.saude.gov.br/dab/atencobasica.php#saudedafamilia>>. Acesso em: 22 abr. 2009.

_____. **Ministério da Saúde**. Portaria nº 648/GM, de 28/03/2006.; Portaria nº 204/GM, de 29/10/2007.; Portaria nº 2.527, de 19/10/06.; Portaria nº 626/GM, de 08/04/04.; Portaria nº 2.007, de 01/09/09.; Portaria nº 2.008 de 01/09/09. Disponível em: <<http://www.saude.gov.br>>. Acesso em: 22 abr. 2009.

_____. **Ministério da Saúde**. Lei nº 11.350 de 05/10/06.; Lei 8.745 de 09/12/93.; Lei 8.666 de 21/06/93.; Lei 8.883 de 08/06/94.; Lei nº 9.637 de 15/05/98.; Lei nº 9.790 de 23/03/90. Disponível em: <<http://www.saude.gov.br>>. Acesso em: 22 abr. 2009.

_____. **Ministério da Saúde**. Emenda Constitucional nº 51 de 14/02/06.; Emenda Constitucional nº 19/98 de 04/06/98.; Emenda Constitucional nº 29 de 13/09/00. Disponível em: <<http://www.saude.gov.br>>. Acesso em: 22 abr. 2009.

_____. **Confederação Nacional de Municípios**. Disponível em: <<http://www.cnm.org.br/sites>>. Acesso em: 12 maio 2009.

_____. **Decreto nº 777/2007**, de 09/05/2007, publicado no Diário Oficial nº 7467 de 09/05/2007.

_____. **Ministério das Cidades**. Plano Diretor em Municípios de pequeno porte. Sd. Disponível em: <http://portal.cnm.org.br/sites/8800/8875/download/2_dia/PlanoDiretosemMunicipiosdepequenoporte_Modificada.pdf>. Acesso em: 28 set. 2009.

_____. **Ministério da Saúde**. Assessoria de Comunicação Social. Lei Orgânica da Saúde. Brasília: Assessoria de Comunicação Social, 1990. 32 p.

_____. **Ministério da Saúde**. Secretaria-Executiva. Departamento de Apoio à Descentralização. Regulamento dos pactos pela vida e de gestão / Ministério da Saúde, Secretaria Executiva, Coordenação de Apoio à Gestão Descentralizada. – Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

_____. Organização Mundial da Saúde. **Trabalhando juntos pela saúde** / Organização Mundial da Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2007. 210 p. – (Série B. Textos Básicos de Saúde)

_____. **Lei nº 8.142 de 28 de dezembro de 1990**. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde – SUS e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde.

_____. **Perfil dos Médicos e Enfermeiros do Programa Saúde da Família no Brasil**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2000.

_____. **Modalidade de Contratação de Agentes Comunitários de Saúde: um pacto tripartite** – Ministério da Saúde, 2002.

_____. **Ministério da Saúde**. 12ª Conferência Nacional de Saúde. Conferência Sérgio Arouca. Brasília, 7 a 11 de dezembro de 2003: relatório final/Ministério da Saúde, Conselho Nacional da Saúde. (Série D. Reuniões e Conferências). Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2004. 230 p.

_____. **Portaria n.º 198/GM**, em 13 de fevereiro de 2004. Institui a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde como estratégia do Sistema Único de Saúde para a formação e o desenvolvimento de trabalhadores para o setor e dá outras providências. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

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

_____. **Diretrizes Operacionais dos Pactos pela Vida, em Defesa do SUS**. 2007.

_____. **Orientações Gerais para Elaboração de Editais**. Processo Seletivo Público. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2007.

_____. **Portaria GM/MS nº 1.996**, de 20 de agosto de 2007 Dispõe sobre as diretrizes para a implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde e dá outras providências. Brasília: Ministério da Saúde, 2007.

_____. **Ministério da Saúde**. Competência 12/08, previa data 08/01/09. Disponível em: <<http://www.cnes.datasus.gov.br>>. Acesso em: 12 jan. 2009.

_____. **Ministério da Saúde**. Gestão do Trabalho e da Regulação Profissional em Saúde. Agenda Positiva do Departamento de Gestão e da Regulação do Trabalho em Saúde, 2009. 77 p.

_____. **Ministério da Saúde.** Política Nacional de Educação Permanente em Saúde / Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, Departamento de Gestão da Educação em Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2009. 64 p. – (Série B. Textos Básicos de Saúde) (Série Pactos pela Saúde 2006; v. 9).

_____. **Ministério da Saúde.** Glossário temático: gestão do trabalho e da educação na saúde/Ministério da Saúde, Secretaria Executiva, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde – Brasília; Editora do Ministério da Saúde, 2009, 56 p. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos).

_____. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil.** 42. ed. São Paulo: Saraiva, 2009.

_____. 2009. Disponível em: <<http://portal.saude.gov.br/portal/saude/default.cfm>>. Acesso em: 20 out. 2010.

_____. **Ms/sas/departamento de Atenção Básica - Dab.** Dddd. Teto, credenciamento e implantação das estratégias de Agentes Comunitários de Saúde, Saúde da Família e Saúde Bucal: competência: Agosto de 2010. ddd. Disponível em: <www.saude.gov.br/dab>. Acesso em: 20 out. 2010.

_____. 2010. Disponível em: <<http://dab.saude.gov.br/atencobasica.php>>. Acesso em: 01 jul. 2010, às 15:34h.

CASTRO, J. L. de. (Coord.); ARAÚJO, D.; PESSOA, M. G. de A.; BEZERRA, O.; VILAR, R. L. A. de.; OLIVEIRA, N. J. M. de. Pesquisa Integrante do Plano Diretor 2004/2005 – ROREHS/MS/OPAS. **Programa Saúde da Família: flexibilidade e precarização do trabalho.** 2006.

Disponível em: <<http://www.direitodoestado.com.br>>.

FEUERWERKER, L. Modelos Tecnoassistenciais, gestão e organização do trabalho em saúde: nada é indiferente no processo de luta para a consolidação do SUS. **Interface – Comunicação, Saúde, Educação**, v. 9, n. 18, p.489-506, set./dez. 2005.

FRIEDRICH, D. B. de C.; PIERANTONI, C. R. **O Trabalho das equipes de saúde da família:** um olhar sobre as dimensões organizativa do processo produtivo, político-ideológica e econômica em Juiz de Fora. Rio de Janeiro: PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva, 16 (i): 83-97, 2006.

GIRARDI, S.N.; CARVALHO, C.L.; WAN DER MAAS, L.; FARAH, J.; ARAÚJO, J.F. O Trabalho precário em Saúde: Tendências e Perspectivas na Estratégia Saúde da Família. **Divulgação em Saúde para Debate**, Rio de Janeiro, n. 45, p. 11-23, maio 2010.

IBGE. 2007. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br>>. Acesso em: 22 jan. 2009.

JORGE, M. S. B., GUIMARÃES, J. M. X.; NOGUEIRA, M. E. F.; MOREIRA, T. M. M.; MORAIS, A. P. P. Gestão de recursos humanos nos centros de atenção psicossocial no contexto da política de desprecarização do trabalho no Sistema Único de Saúde. **Texto Contexto Enfermagem**. Florianópolis, SC: 2007, jul./set. 16(3): 417-25.

JUSBRASIL. Disponível em: <www.jusbrasil.com.br/noticias/2077510>. Acesso em: 09 maio 2010, às 22:40h.

LACAZ, F. A. C. **Relatório técnico final do projeto de Pesquisa: avaliação da gestão do trabalho como tecnologia em saúde na atenção básica do Sistema Único de Saúde no Estado de São Paulo**. Instituição Executora: Universidade Federal de São Paulo: Unifesp, jul. 2008.

LACOMBE, L. A. C.; ALTHORF, G. C. C.; TRAEBERT, J. Perfil sócio-demográfico e da situação de trabalho dos médicos atuantes no município de Tubarão-SC. **Arquivos Catarinenses de Medicina**. v. 37, n. 3, 2008.

MACHADO, M. H. Trabalhadores da Saúde e sua trajetória na Reforma Sanitária. Trabalho publicado In: Lima, Nísia Trindade (Org.). **Saúde e Democracia: histórias e perspectivas do SUS**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2005. p. 257-284.

_____. _____. Ministério da Saúde. **Cadernos RH Saúde**. Brasília, DF: mar. 2008. p. 12-25.

MERHY, Emerson Elias. O ato de governar as tensões constitutivas do agir em saúde como desafio permanente de algumas estratégias gerenciais. **Ciência e Saúde coletiva**. 1999. v. 4. n. 22. p. 305-314.

_____. **Saúde a cartografia do trabalho vivo**. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 2005. 189 p.

MISHIMA, S. M.; VILLA, T. C. S.; SILVA, E. M.; GOMES, E. L. R.; ANSELMINI, M. L.; PINTO, I. C. Organização do processo gerencial no trabalho em saúde pública. In: ALMEIDA, M. C. P.; ROCHA, S. M. (org.). **O trabalho de enfermagem**. São Paulo: Cortez, 1997. p. 251-96.

MOTTA, J. I. J. **Educação permanente em saúde: da política do consenso a construção do dissenso**. Rio de Janeiro, 1998, 227 p. Dissertação (Mestrado em Educação e Saúde) – Núcleo de Tecnologias Educacionais em Saúde da Universidade Federal do Rio de Janeiro.

MOYSES, N. M. N.; MACHADO, M. H. Políticas de Gestão do Trabalho no SUS: o desafio sempre presente. **Divulgação em Saúde para Debate**. Rio de Janeiro: n. 45, p. 33-41, maio 2010.

NASCIMENTO, E. R. do.; DEBUS, I. Lei Complementar nº 101/2000. **Entendendo a Lei de Responsabilidade Fiscal**. Secretaria do Tesouro Nacional.

PARANÁ. **Secretaria de Estado da Saúde (SESA)**. Disponível em:
<<http://www.saude.pr.gov.br/modules/conteudo>>. Acesso em: 22 abr. 2009.

_____. **Política de Educação Permanente em Saúde**. Disponível em:
<<http://escoladesaude.pr.gov.br>>. Acesso em: 07 set. 2010.

_____. **Cadernos de Saúde Pública do Estado do Paraná**. Programa Saúde da Família. Contratação de equipes. Saúde da Família. Agentes Comunitários de Saúde. Consulta ao Tribunal de contas do Paraná. 2001.

_____. 2008. **Plano Estadual de Saúde 2008-2011 Secretaria de Estado da Saúde**. <www.saude.pr.gov.br>. Acesso em: 06 jul. 2010, às 17:41h.

_____. **Tribunal de Contas do Estado do Paraná**. Relatório de Auditoria Operacional. Estratégia Saúde da Família. TC n.: 43922-2/09, 2010.

PEREIRA, M.J.B., FORTUNA, C.M., MISHIMA, S.M., ALMEIDA, M.C.P., MATUMOTO, S. A enfermagem no Brasil no contexto da força de trabalho em saúde: perfil e legislação. **Revista Brasileira de Enfermagem, Brasília**, 2009, set./out.

PIERANTONI, C. L. As reformas do Estado, da saúde e recursos humanos: limites e possibilidades. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**. v. 6, n. 2. São Paulo: 2001.

PIERANTONI, C. R.; PORTO, S. M. Estudo sobre formas contratuais dos agentes comunitários de saúde (ACS): modalidades e alternativas de contratação/**Cadernos RH Saúde**. Ministério da Saúde, 2008.

SANTOS, N.R.; Desenvolvimento do SUS, rumos estratégicos e estratégias para visualização de rumos **Ciência e Saúde Coletiva**. 12(2):429-435, 2007.

SCHERER, M. D. dos Anjos.; PIRES, D.; SCHWARTZ, Y. Trabalho Coletivo: um desafio para a gestão em saúde. **Revista Saúde Pública**. 2009, 43(4): 721-25.

SIOPS. 2009. Disponível em:
<http://siops.datasus.gov.br/rel_perc_apl_saude_EC29UF.php>. Acesso em: 23 jun. 2010, às 17:25h.

TEIXEIRA, M., O Trabalho precário em saúde: uma nova orientação, **Divulgação em Saúde para Debate**, Rio de Janeiro, n. 45, p. 26-32, maio 2010.

TOMASI, E.; SANT'ANNA, G. C.; OPPELT, A. M.; PETRINI, R. M.; PEREIRA, I. V.; SASSI, B. T. Condições de trabalho e automedicação em profissionais da rede básica de saúde da zona urbana de Pelotas, RS. **Revista Brasileira de Epidemiologia**. 2008. 662007; 10(1): 66-74.

WERMELINGER, M.; MACHADO, M.H.; TAVARES, M.F.L.; OLIVEIRA, E.S.; MOYSES, N.M.N.; FERRAZ, W, A Feminilização do Mercado de Trabalho em Saúde no Brasil, **Divulgação em Saúde para Debate**, Rio de Janeiro, n. 45, p. 54-70, maio 2010.

WERMELINGER, M.; MACHADO, M.H.; AMÂNCIO FILHO, A. Técnicos em Saúde: Contribuição de uma Identidade, **Divulgação em Saúde para Debate**, Rio de Janeiro, n. 45, p. 89-104, maio 2010.

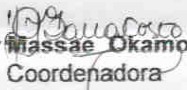
ANEXO

ANEXO A

Parecer N° 112/09



COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA ENVOLVENDO SERES HUMANOS
 Universidade Estadual de Londrina/ Hospital Universitário Regional Norte do Paraná
 Registro CONEP 268

Parecer N° 112/09 CAAE N° 1871.0.000.268-09 FOLHA DE ROSTO N° 263011	Londrina, 18 de julho de 2008.
PESQUISADOR: STELA MARIS LOPES SANTINI (Processo 14129/09)	
Prezado(a) Senhor(a) <p align="center">O "Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos da Universidade Estadual de Londrina/ Hospital Universitário Regional Norte do Paraná" de acordo com as orientações da Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde/MS e Resoluções Complementares, avaliou o projeto:</p> <p align="center">"PERFIL DOS PROFISSIONAIS DAS EQUIPES DA SAÚDE DA FAMÍLIA EM MUNICÍPIOS DE PEQUENO PORTE DE UMA REGIONAL DE SAÚDE DO PARANÁ E SUAS CONDIÇÕES DE TRABALHO"</p> <p align="center">Informamos que deverá ser comunicada, por escrito, qualquer modificação que ocorra no desenvolvimento da pesquisa, bem como deverá apresentar ao CEP/UEL relatório final da pesquisa.</p>	
Situação do Projeto: APROVADO	
<p align="center">Atenciosamente,</p> <p align="center">  Prof. Dra. Ester Massae Okamoto Dalla Costa Coordenadora Comitê de Ética em Pesquisa - CEP/UEL </p>	

APÊNDICES

APÊNDICE A

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

PESQUISA “Perfil dos Profissionais das Equipes de Saúde da Família dos Municípios de Pequeno Porte da Área de uma Regional de Saúde do Paraná e suas Condições de Trabalho”

Você está sendo convidado a participar como voluntário em uma pesquisa sobre o “Perfil dos Profissionais de Saúde da Família dos Municípios de Pequeno Porte da Área de uma Regional de Saúde do Paraná e suas condições de trabalho”, que tem como objetivo conhecer o perfil dos profissionais das Equipes da Estratégia Saúde da Família e suas condições de trabalho. Trata-se de um estudo investigativo e é referente à dissertação do curso de mestrado profissional em Gestão em Serviços de Saúde da Universidade Estadual de Londrina (UEL). No caso de aceitar fazer parte da mesma, você deverá responder um questionário, que não terá sua identificação, e não lhe trará qualquer custo financeiro. Você terá que responder a perguntas de identificação pessoal, como: idade, sexo, escolaridade, situação conjugal, além de perguntas sobre condições de trabalho.

A sua participação será de grande valor para melhor entendimento do perfil e das condições de vida dos profissionais que desenvolvem seu trabalho nas equipes de saúde da família. Gostaríamos de esclarecer que você terá todas as suas dúvidas esclarecidas e o sigilo das informações garantido. Esclarecemos também que você poderá desistir de participar da pesquisa no momento que ler o questionário e se sentir constrangido com alguma de suas questões. As conclusões que resultarão desta pesquisa serão apresentadas aos municípios, em local e data agendada pelo gestor local e em instancias públicas como congressos, periódicos e afins. Em caso de dúvidas, estas poderão ser esclarecidas com as entrevistadoras nos telefones (43) 3423-2535 ramal 212, Enfermeira Julia R. S. Jedliczka e/ou no ramal 232 com a Administradora Stela Maris L. Santini em horário comercial, ou contactar com o Comitê de Ética em Pesquisa da UEL através do telefone (43) 3371 2490, às quintas feiras, no período matutino. Você tem a liberdade de aceitar ou não responder ao questionário ou a quaisquer questões que lhe constranjam.

Eu _____ delaro que, após conveniente esclarecimento pelas pesquisadoras responsáveis e de ter compreendido com clareza suas finalidades, procedimentos metodológicos e o destino final das informações recolhidas, consinto em participar livremente do estudo a que se refere este consentimento informado.

_____, _____ de _____ de 2009 _____
 assinatura do(a) pesquisado(a)

 Enf. Julia R. Skronski Jedliczka

 Adm. Stela Maris L. Santini

 Profª. Drª. Elizabete F. P. de Almeida Nunes
 Orientadora

APÊNDICE B

Termo de Autorização Institucional

Autorização para coleta de dados

Apucarana, 27 de abril de 2009.

Ilmo(a) Sr.(ª)

Secretário (a) Municipal de Saúde de

Prezado(a) Senhor(a):

Estamos realizando uma pesquisa para dissertação do Mestrado Profissionalizante de Gestão em Serviços de Saúde da Universidade Estadual de Londrina – UEL.

O objetivo desse estudo é caracterizar o perfil dos trabalhadores das equipes de Saúde da Família e a qualidade de vida de tais profissionais, visando subsidiar a inserção da Política de Gestão do Trabalho e de Saúde do Trabalhador.

Para tanto, solicitamos a autorização de V.S., que atualmente responde pela Secretaria Municipal de Saúde, a fim de podermos coletar os dados junto aos profissionais que compõe as equipes de saúde da família de seu município.

Atenciosamente

Stela Maris Lopes Santini
Pesquisadora

Julia Ricetti Skronski Jedliczka
Pesquisadora

Ciente e de acordo:

Secretário(a) Municipal de Saúde de

Data: ____/____/____.

APÊNDICE C

Questionário

Código Município:	Data da entrevista: ____/____/____	Nº da Entrevista:
-------------------	---------------------------------------	-------------------

PERFIL DO PROFISSIONAL

01) - Qual a sua faixa etária?

- Menos de 20 anos
- De 20 a menos de 30 anos
- De 30 a menos de 40 anos
- De 40 a menos de 50 anos
- De 50 a menos de 60 anos
- De 60 a mais anos

02) - Sexo:

- Feminino
- Masculino

03) – Estado Civil:

- Solteiro(a)
- Casado(a)
- Viúvo(a)
- Divorciado(a)
- União consensual

04) - Você estudou até:

- Ensino fundamental (1º grau) incompleto
- Ensino fundamental (1º grau) completo
- Ensino médio (2º grau) incompleto
- Ensino médio (2º grau) completo
- Superior incompleto
- Superior completo
- Pós graduação

05) - Se está estudando o curso superior ou se já concluiu, qual o(s) curso(s) de graduação?

- Medicina
- Enfermagem....
- Outro(s): _____

06) - Se tem pós graduação, assinale a área:

- Residência médica, área: _____
- Residência enfermagem, área: _____
- Especialização, área: _____
- Mestrado, área: _____

07) - Há quanto tempo concluiu a formação de mais alto grau?

___ ___ anos ou,

- menos de 1 ano

08) - Qual sua atividade profissional nesta Equipe?

- Auxiliar de enfermagem
- Técnico de enfermagem
- Enfermeiro
- Médico
- Agente Comunitário de Saúde
- Outro: _____

09) - Este é seu primeiro emprego?

- Sim Não

10) – Qual foi o ano de sua contratação na equipe de Saúde da Família?

11) - Sua equipe é

- Mais Rural do que Urbana
- Mais Urbana de que Rural
- Essencialmente Rural
- Essencialmente Urbana
- Atende os dois seguimentos na mesma proporção

12) - Você ingressou neste emprego através de:

- Concurso Público
- Seleção Interna na instituição
- Teste Seletivo
- Indicação
- Entrevista
- Curriculum Vitae
- Outro(especificar): _____

13) - Qual a modalidade de contratação nesta equipe?

- Estatuto do Servidor Público

- CLT
- Contrato temporário
- Cargo Comissionado
- Convenio/terceirizado com associação comunitária,ONG, OSCIP
- Prestação de serviços/Autônomo
- Cooperativa
- Contrato Verbal
- Outras(especificar): _____

14) – Você está satisfeito com seu tipo de regime de trabalho/vínculo empregatício?

- Sim Não

Se “não”, comente o que poderia melhorar: _____

15) – Qual a sua carga horária semanal contratada nesta equipe: ____ __h semanais

16) – Qual a carga horária que você cumpre nesta equipe: ____ __h semanais

17) – Durante o horário de expediente há possibilidade de pausa para descanso?

- Sim Não

18) – Quanto tempo você tem para o intervalo de almoço?

- Menos que 1 hora
- 1 hora
- Mais que 1 hora
- Não tenho

19) – Quanto tempo você leva para chegar ao trabalho?

- Menos que meia hora
- De 30 minutos a 1 hora
- De 1 hora a 1 hora e meia
- De 1 hora e meia a 2 horas
- Mais de 2 horas

20) – Qual meio de transporte que você utiliza para chegar ao trabalho?

- transporte coletivo
- carro

- moto
- nenhum
- outros: _____

21) – Qual sua remuneração mensal bruta pelo seu trabalho nesta equipe(que recebeu no último mês)? (Considerando o salário mínimo de R\$465,00 reais)

- 1 salário mínimo
- 2 a 3 salários mínimos
- 3 a 4 salários mínimos
- 4 a 5 salários mínimos
- 5 a 6 salários mínimos
- 6 a 7 salários mínimos
- 7 a 8 salários mínimos
- 8 a 9 salários mínimos
- 9 a 10 salários mínimos
- Mais que 10 salários mínimos

22) – Está recebendo seu salário “em dia”?

- Sim
- Não

23) – Além de seu salário, o município lhe paga algum outro valor como incentivo?

- Sim
- Não

24) – Tem Plano de Carreira na instituição?

- Sim
- Não

25) – Em quantos locais você trabalha atualmente, incluindo o PSF?

- 1 local
- 2 locais
- 3 locais
- 4 ou mais locais

26) – Depois que você começou a trabalhar no Saúde da Família, fez cursos ou capacitações nos temas abaixo relacionados?

- Treinamento introdutório
- Formação Inicial de Agente Comunitário de Saúde - ACS
- Treinamento do Sistema de Informações da Atenção Básica - SIAB
- Saúde da criança

Saúde da mulher

Saúde do idoso

Saúde Mental

Diabetes

Hipertensão

DST/AIDS

Hanseníase

Tuberculose

Imunização

Outros: _____

27) - A participação nestes cursos/capacitações influenciou sua prática profissional?

Sim Não

28) – Sente necessidade de aprimorar mais seus conhecimentos para atuar no PSF?

Sim Não

29) - Em caso de resposta positiva, por quê?

Ascensão profissional

Maior qualificação técnica para o trabalho

Melhoria da remuneração

Outros(especificar): _____

30) - Qual modalidade de aprimoramento você gostaria de escolher(marque com um “x” a apenas a opção correspondente aquela que seria mais importante na sua vida profissional:

Curso de aperfeiçoamento (com menos de 360 horas de duração)

Mestrado/Doutorado/Pós doutorado

Estágio em outra instituição

Curso de especialização (programas de residência ou cursos c/ mais de 360h)

Curso a distância

Curso/capacitação de curta duração

Outros(especificar): _____

31) – Tem acesso a publicações ou materiais informativos relativos a Saúde da Família?

Sim Não

32) - Em caso positivo, com que frequência você lê este tipo de publicação?

Mensalmente

- () Quizenalmente
- () Semanalmente
- () Diariamente
- () Raramente

33) – Em média, quantas pessoas você atende em um dia normal de trabalho, seja em internamente ou externamente?

___ ___ pessoas

NOS ITENS ABAIXO, ASSINALE NA ESCALA O QUANTO VOCÊ ESTÁ SATISFEITO COM:

marque com um **X** o número que significa o seu grau de satisfação, qualificando-o entre 0 (pouco satisfeito) e 10 (muito satisfeito):

34) – Estrutura física da Unidade de Saúde:

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
pouco satisfeito											muito satisfeito

35) – Atendimento individual à demanda na Unidade:

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
pouco satisfeito											muito satisfeito

36) – Atendimento individual à demanda nos domicílios:

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
pouco satisfeito											muito satisfeito

37) – Trabalho em equipe:

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
pouco satisfeito											muito satisfeito

38) – Preenchimento de formulários e relatórios:

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
pouco satisfeito											muito satisfeito

39) – Reuniões de equipe:

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
pouco satisfeito											muito satisfeito

40) – Reuniões com a comunidade:

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
 pouco satisfeito muito satisfeito

41) – Qual sua opinião sobre as seguintes condições de trabalho em sua UBS:

Instalações Físicas:

Iluminação	() Adequada	() Pouca/excessiva
Temperatura	() Adequada	() Muito frio/muito calor
Ventilação	() Adequada	() Insuficiente
Espaço próprio	() Adequado	() Insuficiente
Espaço para a equipe	() Adequado	() Insuficiente
Barulho excessivo	() Sim	() Não
Condições de higiene	() Boas	() Regular a péssimo
Móveis e equipamentos	() Adequados	() Insuficientes
Manutenção do prédio	() Bom	() Regular a péssimo
Odores desagradáveis	() Sim	() Não

Insumos

Há falta de materiais de expediente?	() Sim	() Não
Há falta de materiais de educação em saúde?	() Sim	() Não
Há falta de materiais (kits, agulhas, materiais para curativos, seringas, etc)?	() Sim	() Não
Há falta de Equipamentos de proteção Individual – EPI?	() Sim	() Não

42) – Para suas atividades profissionais faz uso de computador?

() Não () Sim, na UBS () Sim, em casa () Sim, na UBS e em casa

43) – Há veículo disponível para realização das visitas domiciliares?

() diariamente
 () somente quando solicitado
 () apenas uma vez por semana
 () somente quando pré-agendado
 () somente em casos de urgências
 () o município não disponibiliza

44) – Em sua UBS há disponibilidade de linha telefônica ou ramal?

() Sim () Não

53) - Ficou com alguma dificuldade de movimento, problema físico (limitação, seqüela, incapacidade), decorrente deste acidente?

Sim Não

54) - Se sofreu acidente(s) com material pérfuro-cortante, realizou as seguintes medidas?

Notificação do acidente Sim Não

Buscou atendimento médico Sim Não

Realizou exames de sangue Sim Não

Precisou tomar medicamentos Sim Não

Realizou exames de acompanhamento Sim Não

55) - Se sofreu acidente de transporte no trajeto para o trabalho, assinale qual(is) tipo(s) de acidente(s):

Atropelamento

Acidente de carro

Acidente de moto

Acidente com meio de transporte público(ônibus, por exemplo)

Outro: _____

56) - Se ficou afastado(a) do trabalho por licença médica (seja por enfermidades ou acidentes) ou licença gestação, quando do retorno as atividades, foi mantido(a) nas mesmas funções?

Sim Não

57) - Se "não", foi por:

indicação médica

necessidades do serviço

outros motivos: _____