

As relações laborais no âmbito da municipalização da gestão em saúde e os dilemas da relação expansão/precarização do trabalho no contexto do SUS

Labor relations under decentralized health management and dilemmas in the relationship between work expansion and casualization in the Brazilian Unified National Health System

Túlio da Silva Junqueira ^{1,2}
 Rosângela Minardi Mitre Cotta ²
 Ricardo Corrêa Gomes ³
 Suely de Fátima Ramos Silveira ²
 Rodrigo Siqueira-Batista ²
 Tarcísio Márcio Magalhães Pinheiro ⁴
 Rosana Ferreira Sampaio ⁴

Abstract

This article analyzes the logic behind human resources management in primary health care from the perspective of municipal health systems administrators in Brazil, rethinking the decentralization process based on mediation between Federal government guidelines and the health services' daily practice. This was a cross-sectional study using a semi-structured questionnaire applied to municipal health secretaries in the Southeastern Health Macro-Region (Minas Gerais State). The municipal health secretaries had a mean age of 39.4 years and low schooling, and a large proportion did not belong to the health field. As for the workforce in the Family Health Program, the municipal governments hired 93.3% of the health professionals, mostly on temporary contracts. The findings confirm gaps in the workers' political and social rights. Paradoxically, the government itself, through the municipal administration, is responsible for failing to comply with the prevailing labor legislation.

Health Management; Health Manpower; Primary Health Care; Single Health System; Family Health Program

Introdução

A organização da gestão dos serviços de saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) permanece como um importante problema a ser equacionado, destacando-se, nesse âmbito, os aspectos relativos aos recursos humanos ^{1,2}, cujos principais desafios incluem as precárias formas de seleção, a reduzida remuneração, a pouca motivação das equipes, a iniquidade distributiva da força de trabalho, o baixo desempenho e o insatisfatório *accountability* ³. Para agravar esse quadro, agregam-se outros desafios emergentes como: a baixa qualificação e formação dos profissionais para trabalhar com os problemas de saúde de coletividades, o aspecto da fixação de recursos humanos, o que afeta negativamente o estabelecimento de vínculos, e o impacto das epidemias na força de trabalho da saúde – por exemplo, a sobrecarga trazida pela pandemia de infecção pelo H1N1 em várias cidades brasileiras –, resultando em absentismo, desgastes e sobrecarga de trabalho ^{4,5}.

A questão da gestão e do trabalho no SUS pode ser pensada em termos da valorização da gestão municipal. Não obstante, apesar de seu inegável alcance social, não tem sido possível implantá-lo da maneira idealizada pelo movimento da reforma sanitária. Duas são as causas principais: (1) as dificuldades relacionadas com o financiamento e com a eficiência administrativa

¹ Centro Universitário Serra dos Órgãos, Teresópolis, Brasil.

² Universidade Federal de Viçosa, Viçosa, Brasil.

³ Universidade de Brasília, Brasília, Brasil.

⁴ Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, Brasil.

Correspondência

T. S. Junqueira
 Centro Universitário Serra dos Órgãos.

Av. Alberto Torres 162,
 apto. 306, Teresópolis, RJ
 25964-005, Brasil.

tuliojunqueira@gmail.com

de sua operacionalização e (2) a integração com os demais níveis ⁶.

Entretanto, o perfil da gestão sanitária mudou desde a implantação do SUS, destacando-se a inversão da lógica de predomínio de instituições privadas na área da saúde ^{5,6}. Em 25 anos (1980-2005), o número de estabelecimentos de saúde mais que triplicou. Em 1980, os estabelecimentos privados compunham mais de 65% de todos os estabelecimentos de saúde, e, em 2005, os estabelecimentos públicos passam a representar 56,4% ^{7,8}, reconhecendo-se que tal incremento deve-se, principalmente, à expansão da atenção básica ⁹. Observou-se, também, que a proporção de empregos públicos sofreu uma mudança significativa dos números no setor saúde. Enquanto, no ano de 1980, a esfera federal detinha mais de 42% do total das vagas de emprego, e a esfera municipal, apenas 16,2%; em 2005, os empregos da esfera municipal passam a representar 68%, e os federais, apenas 7,3% ^{7,8}.

Um dos grandes responsáveis por tais mudanças é o Programa Saúde da Família (PSF), o qual significa a reorganização do SUS através da atenção básica, o que favorece a maior aproximação da população com os serviços, tanto pelo estabelecimento de vínculos, como pelo trabalho multiprofissional ^{10,11,12}. O PSF propõe a adscrição dos usuários em um determinado território, os quais se vinculam a uma equipe que passa a ser a “porta de entrada” do serviço de saúde ^{11,13}. Com efeito, o aumento da presença do setor público – tanto no número de estabelecimentos, quanto no número de empregos – diz respeito, principalmente, à baixa complexidade.

Destarte, com a institucionalização legal e prática do SUS, quatro questões sobre a gestão têm sido reconhecidas como fundamentais para a sua implementação: (1) a descentralização, (2) o financiamento, (3) o controle social e a (4) política de recursos humanos. A gestão de recursos humanos vem sendo considerada a questão mais complexa e que vem sofrendo o maior processo de desregulamentação dentro da política de reforma do Estado no país ¹⁴. E, paradoxalmente, o que se observa é que esse problema tem se agravado com a implementação do PSF.

Se por um lado, os direitos sociais dos trabalhadores ocupantes de cargos públicos estão assegurados pelo artigo 39 da *Constituição Federal* de 1988, modificado pela *Emenda Constitucional nº. 19* ^{15,16}, por outro lado, é justamente o próprio governo que descumpra a lei ⁶. No setor saúde, especialmente no que se refere à contratação dos profissionais do PSF, observa-se uma grande precarização das relações de trabalho, aspecto que parece ser afim aos modernos movimentos do capitalismo tardio, especialmente ao se conside-

rar o estabelecimento de novos ordenamentos sociais ^{17,18,19}.

Nesse âmbito, é mister salientar que o tipo de desproteção sócio-legal implicado na noção de precariedade do trabalho está associado a certos aspectos excludentes do processo de desenvolvimento econômico, com fortes influências sobre as condições individuais e coletivas de vida e de trabalho. De modo geral, as características econômicas desse tipo de desenvolvimento fazem com que o trabalhador “aceite” a relação contratual precária, pois a outra opção seria o desemprego, socialmente mais excludente ²⁰.

No cotidiano do trabalho do PSF, é comum encontrar problemas relacionados: (1) às formas de contrato; (2) à infra-estrutura material (heterogeneidade na estrutura física das unidades de saúde da família, estando algumas inadequadas e em situação precária); (3) à dinâmica da assistência (sobrecarga de atendimento que gera dificuldades em efetuar o planejamento e discutir a dinâmica do trabalho); e (4) às condições sociopolíticas para o desenvolvimento do trabalho (diferentes estilos de gestão das equipes de saúde da família, configurando relações ora aproximativas, ora conflituosas; podem também ser ressaltados: (5) expectativas contraditórias e conflitos das equipes de saúde da família com os poderes locais; e (6) conflitos na relação entre o PSF e a população, quando as equipes não conseguem atender a demanda, por exemplo) ^{10,21,22,23}.

Com o objetivo de buscar soluções para a precarização dos vínculos de trabalho nas três esferas de governo, o Ministério da Saúde criou o Programa Nacional de Desprecarização do Trabalho no SUS (DesprecarizaSUS). Tal iniciativa leva, em consideração, o porte e as necessidades dos estados e municípios. Entre as propostas de intervenção, estão as ações que objetivam sensibilizar e conscientizar os gestores sobre a necessidade de elaboração e implantação de uma nova política de recursos humanos ^{8,24}.

Sem embargo, segundo Nogueira ²⁰, a expressão “desprecarização do trabalho” pode dar a falsa idéia de que o trabalhador, beneficiado por uma política de reparo no desatendimento de seus direitos, será mantido na função que vem exercendo. Contudo, os já “precarizados”, por serem irregulares, deverão, mais cedo ou mais tarde, deixar suas funções, sendo substituídos por trabalhadores regulares, que ingressarão, na administração pública, mediante concurso público. Portanto, o que está em jogo é a implantação de uma situação de legalidade dos vínculos, sendo que a melhor denominação que se pode dar a tal política seria a de regularização dos vínculos de trabalho ²⁰.

Com base nessas premissas, o objetivo deste estudo foi analisar a lógica da organização da gestão de recursos humanos em nível da atenção primária em saúde, desde a perspectiva dos gestores municipais – protagonistas das ações de saúde nos municípios brasileiros –, pensando, agindo o processo descentralização a partir da mediação entre as orientações do governo federal e a dimensão do cotidiano dos serviços nos municípios.

Características da macrorregião sanitária do estudo

Com um total de 5.564 municípios, o Brasil hoje é composto, em sua maioria, por municípios de pequeno porte, registrando-se 4.075 municípios (73,1%) com população de até 20 mil habitantes. Esses dados estabelecem os pequenos municípios como um dos principais protagonistas na implementação e gestão do SUS, não podendo ser deixados de fora da lista de prioridades²⁵.

O Estado de Minas Gerais é dividido em 13 macrorregiões sanitárias de saúde que são compostas por 75 microrregiões, segundo o Plano Diretor de Regionalização. A macrorregião sanitária em estudo é Leste do Sul, sendo composta por 52 municípios e dividida em três microrregiões sanitárias: Viçosa (9 municípios); Ponte Nova (19 municípios) e Manhuaçu (24 municípios). A maioria das cidades é de pequeno porte, mais de 85% têm população inferior a 20 mil habitantes. Os 52 municípios têm população média de, aproximadamente, 12.655 habitantes, sendo que apenas três desses possuem população acima dos 50 mil habitantes.

A macrorregião em estudo tem população total de 658.080 habitantes e um total de 6.639 trabalhadores de saúde, o que define uma proporção de, aproximadamente, 100 habitantes para cada profissional de saúde. As cidades com mais de 50 mil habitantes têm proporção de 74 habitantes para cada profissional, e as consideradas de pequeno porte possuem uma proporção de 117 habitantes, em média, para cada profissional de saúde.

Métodos

Estudo observacional, de corte transversal, o qual utilizou, como instrumento de coleta de informações, um questionário semi-estruturado aplicado a 52 secretários municipais de saúde da macrorregião sanitária Leste do Sul, por ocasião das reuniões da Comissão Intergestora Bipartite, no período de maio a setembro de 2007. O entrevistador aplicou os questionários durante

as reuniões da Comissão Intergestora Bipartite, nas quais foi apresentada a proposta de trabalho e foram prestados esclarecimentos quando necessário.

Os questionários foram elaborados pela equipe de pesquisadores da Universidade Federal de Viçosa (UFV) – e das instituições parceiras –, responsável por este estudo a partir de trabalhos anteriores^{10,11,26,27}, abordando questões referentes ao perfil pessoal, educacional e profissional dos secretários municipais de saúde, ao processo de implantação do PSE, às dimensões gerenciais, estruturais e regulatórias referentes à gestão de recursos humanos no contexto do PSF e às diferentes formas de enfrentamento das adversidades presentes no cotidiano da gestão de recursos humanos das cidades. Os dados foram tabulados e analisados utilizando-se o programa SPSS, versão 15.0 (SPSS Inc., Chicago, Estados Unidos).

O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em pesquisa com seres humanos da UFV, protocolo nº. 034/2007.

Resultados

Perfil dos secretários municipais de saúde

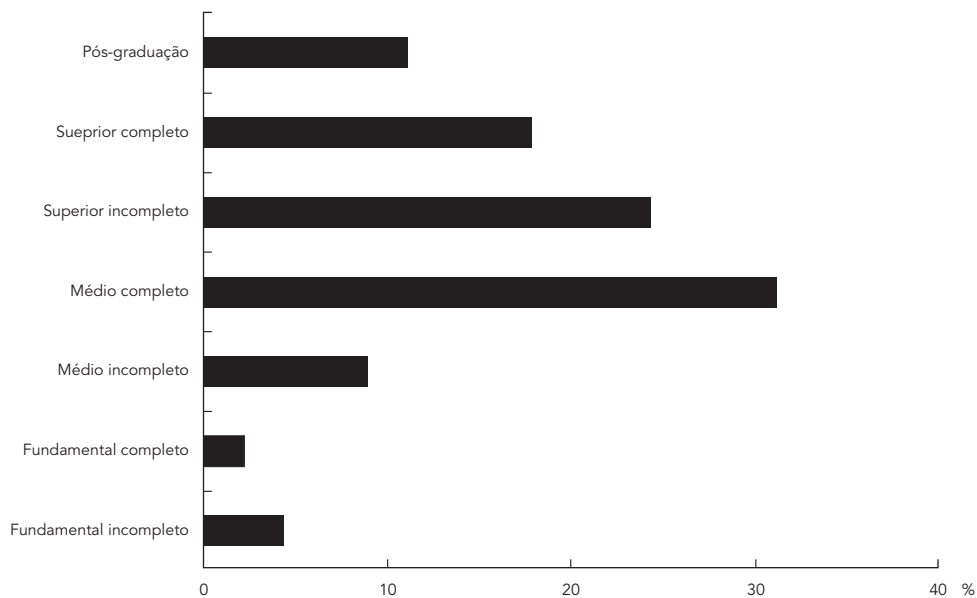
O grupo dos sujeitos de pesquisa incluiu 45 secretários municipais de saúde (86,54%) da macrorregião sanitária Leste do Sul, uma vez que sete (13,46%) não se dispuseram a participar.

A maioria dos secretários municipais de saúde são do sexo masculino (53,3%), e a média de idade foi de 39,4 anos (mediana 37,5 anos), variando entre 26 e 59 anos. A mediana de tempo de serviço como secretários municipais de saúde foi de 19 meses (mínimo de um e máximo de 138 meses). Sobre o nível de escolaridade dos secretários municipais de saúde, verificou-se que apenas 28,9% possuíam o nível superior completo (Figura 1). Entre aqueles que têm curso superior completo, apenas 13,3% são profissionais de saúde, e somente 11,1% dos secretários municipais de saúde concluíram a pós-graduação.

Em relação às experiências anteriores de gestão, 20% informaram já terem sido secretários municipais de saúde. Também houve relato de experiências anteriores como profissional liberal e/ou cargos legislativos em 20% dos entrevistados. Os secretários municipais de saúde (4,4%) afirmaram também ter experiências como diretor de unidade de saúde ou de hospital público, além de atuar como assessor técnico e/ou como dirigente da secretaria estadual de saúde (4,4%).

Figura 1

Grau de escolaridade dos Secretários Municipais de Saúde. Macrorregião sanitária Leste do Sul, Minas Gerais, Brasil, 2007.



Coordenação do PSF

As equipes de saúde da família estão presentes em 100% das cidades estudadas, totalizando 148 equipes, sendo a média de 3,3 equipes por município (mínimo de uma e máximo de 16).

O gabinete dos secretários municipais de saúde é o setor responsável pela coordenação do PSF em 46,7% dos municípios. Para o restante, os setores responsáveis pela coordenação do PSF são a Divisão da Atenção Básica (46,7%) e os próprios profissionais do PSF (6,7%). Um dado interessante a ser ressaltado é que 68,9% dos secretários municipais de saúde informaram não ter autonomia para gerir o fundo municipal de saúde.

Ainda que os secretários municipais de saúde utilizem mais de uma fonte de recurso para gestão do PSF, em seus respectivos municípios, para a maioria desses, os recursos federais e estaduais não eram suficientes para a implantação e manutenção do PSF (60%). Alguns secretários municipais de saúde também utilizavam mais de uma fonte de recurso para o pagamento dos trabalhadores de saúde nos seus municípios, sendo citadas: o Tesouro Municipal de Saúde (86,7%), o Piso de Atenção Básica (55,6%), demais recursos federais (22,2%) e recursos estaduais (15,6%).

Recrutamento e seleção dos profissionais de saúde

No que se refere ao recrutamento dos agentes comunitários de saúde (ACS), 41,9% dos secretários municipais de saúde responderam que contratam apenas trabalhadores que vivem na área de abrangência das equipes de saúde da família, 37,2% optam por trabalhadores residentes no município, e 2,3% informaram que contratam profissionais da rede municipal. Em relação ao recrutamento dos profissionais de nível superior, 31,1% relataram que contratam profissionais dentro e fora do estado, 24,4% contratam os residentes no município, 13,3% optam por profissionais da área de abrangência das equipes de saúde da família, 15,6% contratam apenas os profissionais do estado, e 4,4% os alocam entre os servidores municipais.

Em relação ao processo de seleção dos ACS, apenas 15,6% dos municípios utilizavam concurso público, conforme preconizado no inciso II do artigo 37 da *Constituição Federal* de 1988^{16,18}. A indicação política aparece em 26,7% dos municípios (Tabela 1). Alguns secretários municipais de saúde utilizavam mais de um critério de seleção para se contratar os trabalhadores de saúde em seus respectivos municípios (Tabela 1). Apenas 20% dos secretários municipais de saúde uti-

Tabela 1

Critérios de seleção utilizados para contratação dos trabalhadores de saúde. Macrorregião sanitária Leste do Sul, Minas Gerais, Brasil, 2007.

Critérios de seleção	Agentes comunitários de saúde		Profissionais com nível superior	
	n	%	n	%
Seleção pública	18	40,0	6	13,3
Indicação política	12	26,7	25	55,6
Concurso público	7	15,6	9	20,0
Análise de currículo	12	26,7	25	55,6
Prova escrita	12	26,7	5	11,1
Entrevista	25	55,6	28	62,2

lizavam, em sua gestão, concurso público para selecionar seus profissionais; 55,6%, análise de currículo, 62,5% utilizam entrevista, e 4,4% não fizeram nenhum tipo de seleção para contratação dos profissionais.

Os resultados mostraram também que apenas 50% dos gestores exigiam algum pré-requisito relacionado à formação/especialidade dos profissionais de nível superior para a contratação desses. Todavia, nenhum dos secretários municipais de saúde citou a formação em saúde da família ou em saúde pública como pré-requisito. Os pré-requisitos citados foram: (1) registro no órgão competente do estado; (2) comprometimento com horários, disponibilidade e (3) demanda por determinada especialidade médica.

Formas de vinculação profissional

Os dados da pesquisa revelam que as prefeituras respondem diretamente pela contratação dos profissionais de saúde do PSF em 93,3% dos municípios estudados.

Alguns municípios utilizam mais de uma forma de vinculação dos profissionais, assim como se encontrou mais de um critério para contratação dos trabalhadores de saúde em um só município. As formas de contratação temporária e de prestação de serviços predominam amplamente sobre todos os outros modos de contratos profissionais nos municípios estudados. Com relação aos profissionais de saúde com curso superior, os contratos temporários por prestação de serviços são citados por 75,6% dos secretários municipais de saúde como formas de contratação contra 24,4% que seriam os tipos de contratos que garantem proteção social aos trabalhadores, a saber: 13,3% de vínculo estatutário e 11,1% de vínculo da *Consolidação das Leis de Trabalho* (CLT). No que se refere às contratações dos ACS,

o quadro não é distinto, observando-se semelhante grau de precarização do trabalho. Para os ACS, os contratos temporários foram citados em 75,6% dos casos, aparecendo, em seguida, os vínculos celetistas com 13,3% e os vínculos estatutários com 11,1% (Tabela 2).

Rotatividade

A rotatividade de pessoal é definida como o fluxo de entrada e saída, isto é, uma “*flutuação de pessoal entre uma organização e o seu ambiente*”²⁸ (p. 178). Trata-se de um movimento passível de ser quantificado por meio da aplicação de indicadores de rotatividade; porém esse processo, por si só, não explica as razões pelas quais os indivíduos deixam seus empregos²⁹.

Apesar de a rotatividade dos profissionais ser considerada um fator relevante de não sustentabilidade do PSF, são poucos os estudos presentes na literatura que tratam dessa temática³⁰. Quanto à percepção dos secretários municipais de saúde em relação à existência da rotatividade dos profissionais no PSF, 53,3% afirmaram haver rotatividade em seus municípios, destacando-se, nesse âmbito, os secretários municipais de saúde que afirmaram haver rotatividade nos municípios. Os médicos foram citados como os profissionais que apresentam maior rotatividade (83,3%), seguidos pelos enfermeiros (29,2%). Os principais motivos da dificuldade de fixação dos profissionais de saúde nos PSF de seus municípios, citados pelos secretários municipais de saúde, foram: (1) carga horária exigida; (2) questões salariais; (3) falta de profissionais; (4) falta de interação entre os secretários municipais de saúde da região e (5) difícil acessibilidade aos locais de trabalho.

Quando perguntado aos secretários municipais de saúde sobre a qualidade do trabalho dos profissionais que ocupam cargo no PSF por um

Tabela 2

Formas de vinculação utilizadas pelos gestores municipais de saúde. Macrorregião sanitária Leste do Sul, Minas Gerais, Brasil, 2007.

Critérios de seleção	Agentes comunitários de saúde		Profissionais com nível superior	
	n	%	n	%
Contrato temporário	34	75,6	34	75,6
<i>Consolidação das Leis do Trabalho</i>	6	13,3	6	13,3
Estatutário	5	11,1	5	11,1
Prestação de serviços	4	8,9	5	11,1
Cargo comissionado	1	2,2	2	4,4
Bolsa	0	0,0	0	0,0
Cooperado	0	0,0	0	0,0

período mais longo de tempo, 70,5% afirmaram que a qualidade do trabalho desses profissionais é superior quando comparada àqueles que têm menos tempo de trabalho no PSF, ressaltando-se os seguintes motivos: (1) conhecimentos sobre a população; (2) afetividade; (3) confiança; (4) maior compreensão da realidade e (5) entrosamento com as famílias atendidas.

Remuneração

Os critérios para definir os salários dos trabalhadores de saúde, de acordo com os entrevistados, são distintos nos municípios estudados, destacando-se: (1) a média salarial dos municípios vizinhos (71,4%); (2) o estatuto dos servidores municipais (11,4%); e (3) o tipo de serviço prestado (8,6%).

Os salários brutos dos trabalhadores de saúde são apresentados na Tabela 3. Há que se destacar que, na região estudada, quem recebe os maiores salários são os médicos – média de R\$ 5.394,08 (oscilando entre R\$ 2.500,00 e R\$ 8.250,00). A média salarial dos enfermeiros foi de R\$ 2.334,32, e a dos cirurgiões-dentistas foi de R\$ 2.104,44. Os auxiliares de enfermagem e os ACS recebiam salários médios de R\$ 478,70 e R\$ 384,56, respectivamente. O menor valor de salário encontrado entre os auxiliares de consultório odontológico correspondeu a um salário mínimo, e o valor máximo foi de R\$ 550,00 (Tabela 3). Nenhum secretário municipal de saúde considerou a remuneração dos profissionais muito baixa, metade dos secretários municipais de saúde considerou “razoável”, 33,4% consideraram “boa”, e 16,6% consideraram “baixa” a remuneração paga aos profissionais dos municípios onde são gestores.

Carga horária de trabalho

Os secretários municipais de saúde responderam que a jornada de trabalho cumprida no PSF para os médicos varia entre oito a quatro horas diárias, sendo de oito horas em 62,2% dos municípios, de seis horas em 35,2% e de quatro horas em 2,2% dos municípios da macrorregião. Para os enfermeiros, a jornada de trabalho cumprida nos PSF é de oito horas em 93,2% e de seis em 6,8% dos casos. Já para os cirurgiões-dentistas, é cumprida a carga horária de quatro horas em 10% dos municípios, seis em 15% e oito em 75%. Os ACS cumpriam oito horas diárias de trabalho em 97,7% dos municípios e seis horas em 2,3%. Os cargos de técnicos e auxiliares de enfermagem cumpriam até 12 horas de trabalho diárias em 4,5% das cidades, oito em 93,2% e 6 em 2,3%. A maioria dos técnicos de higiene dental e auxiliar de consultórios odontológicos cumpriam oito horas diárias (88,9% para os técnicos e 92,3% para os auxiliares).

Política de capacitação

Em relação à interatividade entre instituições de ensino e o PSF nos municípios estudados, 53,3% dos secretários municipais de saúde responderam que havia interação, como trabalhos educativos em escolas municipais. Entretanto, somente, em 24,4% dos municípios, ocorria parceria entre o PSF e instituições – como as universidades – que disponibilizassem algum tipo de educação continuada/capacitação aos profissionais de saúde.

Os secretários municipais de saúde responderam que 44,4% dos funcionários do PSF dispunham de algum tipo de capacitação, entre os cita-

Tabela 3

Salário bruto médio dos trabalhadores integrantes das equipes do Programa Saúde da Família (PSF), com carga horária contratual de 40 horas semanais. Macrorregião sanitária Leste do Sul, Minas Gerais, Brasil, 2007.

Profissão	Salário (em Reais)		
	Mínimo	Máximo	Média
Médicos	2.500,00	8.250,00	5.394,08
Enfermeiros	1.200,00	3.200,00	2.334,32
Cirurgião-dentista	900,00	3.700,00	2.104,44
Técnicos e auxiliares de enfermagem	350,00	748,00	474,70
Técnico em higiene dental	370,00	748,00	525,71
Auxiliar de consultório odontológico	350,00	550,00	418,87
Agentes comunitários de saúde	350,00	480,00	384,56

dos, destacaram-se: palestras, cursos e reuniões, oferecidos com frequência variada, de uma vez por semestre até duas vezes por mês.

Quando se perguntou aos secretários municipais de saúde o que facilitaria o processo de capacitação/educação continuada das equipes do PSF, as respostas que se destacaram foram: maior disponibilidade de material didático, mais recurso financeiro destinado à capacitação, criação de incentivos para que os profissionais participem de cursos, oferecimento de um número maior de cursos e palestras pela secretaria estadual de saúde.

Discussão

Os dados deste estudo vêm ao encontro dos trabalhos realizados por Cotta et al.⁶ e Fleury & Carvalho³¹, os quais concluíram que a descentralização e a municipalização da saúde no Brasil têm impacto relativizado sobre o poder local, pelos antecedentes patrimonialistas da história política dos municípios brasileiros.

A descentralização vem se concentrando em dois campos: (1) no aumento dos recursos financeiros para os municípios, garantidos pela *Constituição Federal* de 1988 e (2) no aumento progressivo das transferências federais, a partir do final dos anos 90, para a implementação de alguns programas sociais universais como o PSF³².

O perfil dos secretários municipais de saúde descrito pelo presente estudo mostra que suas características ainda não atendem as diretrizes, orientações e expectativas do SUS para o exercício do cargo, destacando-se o baixo índice de escolaridade, a precária formação para o cargo, a pouca ou nenhuma experiência para o exercício da gestão municipal de saúde e a baixa

autonomia política administrativa. Desta feita, torna-se premente ampliar a discussão sobre a introdução, na administração pública, de modelos profissionais de gestão que contraponham ao clientelismo, explícito, por exemplo, na indicação política para a ocupação de cargos de direção e trabalhadores de saúde, aspectos que são mais facilmente visualizados nas cidades de pequeno porte.

Observa-se pequena preocupação do governo local em criar mecanismos que favoreçam a adesão dos profissionais de saúde ao trabalho, ampliando a responsabilidade social e o compromisso político no aperfeiçoamento dos serviços. Os gestores do sistema municipal agem sob a pressão política do governo e não mencionam que não há lugar para um sistema de saúde eficaz sem que seus elementos constitutivos — recursos humanos, equipamentos, infra-estrutura dos serviços e demandas sociais — estejam permanentemente no centro das preocupações e do investimento do governo local³³. Destarte, a complicada relação entre esses elementos constitutivos da gestão de recursos humanos, apresentada neste estudo, demonstra que essa ainda é uma questão pendente na pauta de implementação do SUS, tendo sua face mais perversa na implantação e implementação do PSF.

Em que pesem todas essas questões, os gestores municipais devem, por um lado, buscar alternativas de regulamentação e segurança dos trabalhadores do PSF e, por outro, subsidiar e cobrar empenho e dedicação dos profissionais de saúde para que ocorra uma real interação entre as competências dos trabalhadores e as necessidades do coletivo. Essa é uma questão essencial para uma gestão pública bem-sucedida no campo da saúde, constituindo-se, hoje, em um grande desafio a ser superado.

A situação da gestão de recursos humanos em saúde da macrorregião sanitária Leste do Sul, Minas Gerais, vai ao encontro das idéias de Nogueira et al.¹⁵ e de Singer³⁴, os quais ratificam a contradição específica da realidade brasileira, dentro da contradição mais geral entre capitalismo tardio e democracia, relativa à defasagem entre os direitos políticos e os direitos sociais dos trabalhadores. Esses, apesar de terem direitos políticos, não possuem laços formais de empregos e não usufruem dos direitos sociais historicamente conquistados pelas classes operárias, o que impacta em sua autonomia – em termos da tensão indivíduo-coletividade³⁴ – aspecto significativo para a compreensão da precarização do trabalho no âmbito do PSF, em conformidade com dados encontrados neste trabalho e em outras investigações realizadas em várias regiões do país^{10,11,15,26,27,35,36,37,38}.

Do ponto de vista da administração pública, o quadro encontrado neste estudo é ainda mais problemático. Além do fato de praticamente não existir a cobertura social legalmente exigida, com direitos e benefícios garantidos ao trabalhador, a exigência de concurso público para ocupar cargos profissionais nas esferas públicas ainda está longe de ser cumprida.

Segundo Nogueira et al.¹⁵, para se desprecarizar o trabalho na administração pública, todos os trabalhadores teriam que entrar regularmente no serviço por meio de concurso, pois, quando está envolvido um ato irregular por parte da administração pública, não são geradas obrigações de continuidade e de observância de cláusulas contratuais.

As formas de seleção adotadas pelos secretários municipais de saúde da região estudada para a contratação dos trabalhadores de saúde são alternativas de incorporação arcaicas do empreguismo, clientelismo e patrimonialismo, como, por exemplo, a indicação política. A persistência de práticas clientelistas e patrimonialistas na relação entre organismos estatais e os setores sociais expressam a lógica de negação da representação social – enquanto princípio organizador da arena política – e sua substituição por uma teia de relações subjacentes, nunca claramente explicitadas, submetidas a uma dinâmica integradora e não concorrencial, negando os pressupostos de liberdade/autonomia e de igualdade requeridos tanto para a troca quanto para a constituição da cidadania³⁹. Ademais, há que se salientar, ainda, que essa incorporação de trabalho alienada impede também a formação de uma classe trabalhadora autônoma e possuidora de identidade coletiva, na medida em que reforça a sua fragmentação pela distribuição diferencial de privilégios^{10,11}. Os benefícios sociais são, as-

sim, partilhados por meio de uma rede de troca de favores clientelistas, a qual reproduz a lógica de ação corporativista por parte dos grupos beneficiários e a lógica de ação privatista por parte dos agentes do Estado³⁹.

O tipo de contrato mais citado pelos secretários municipais de saúde (temporário/precário) dificulta o estabelecimento de vínculos dos profissionais com o serviço e com a população atendida, característica indissociável do trabalho no PSF⁴⁰. Ademais, a facilidade de utilização política na concessão desses cargos – permitida por essa forma de contrato precarizada – aponta para uma velha tradição de barganha político-partidária bastante conhecida, principalmente em municípios de pequeno porte no Brasil^{6,39}.

Os resultados deste estudo deixam claro que as formas adotadas pelas secretarias de saúde para a seleção, contratação e remuneração dos profissionais do PSF não possuem amparo legal, geram alto índice de precarização dos serviços, perda de direitos trabalhistas, alta rotatividade de profissionais, podendo levar ao descompromisso com a instituição e com a qualidade da assistência prestada, com efeitos, por vezes, extremamente deletérios sobre os usuários^{40,41}. As relações de trabalho também são precarizadas porque os profissionais permanecem à mercê da instabilidade político-partidária e das diferenças entre governos que se sucedem no poder, desestabilizando, dessa forma, a natureza inovadora da reforma sanitária brasileira e do PSF⁶.

É crescente o consenso entre os gestores e trabalhadores do SUS, em todos os níveis de governo, de que a formação, o desempenho e a gestão dos recursos humanos afetam, profundamente, a qualidade dos serviços prestados e o grau de satisfação dos usuários^{5,11,42}. Nesse sentido, os resultados do presente estudo apontam para a necessidade de se enfrentar os problemas relacionados à gestão de recursos humanos no PSF desde a formação do perfil dos profissionais⁴³ – priorizando a autonomia e a capacidade de transformar a realidade⁴⁴ – até a regulação da situação de trabalho no dia-a-dia das instituições de saúde^{5,45}. Torna-se premente, desta feita, o estabelecimento de um diálogo transparente nos diferentes níveis hierárquicos (nacional, estadual e municipal), entre os gestores, de modo a se construir pactos de atuação conjunta, visando à formação de profissionais capazes de responder, efetivamente, às demandas impostas à coletividade.

Ponto importante a ser destacado é a necessidade de se padronizar os modos de gerenciar, permitindo aos profissionais a participação como sujeitos ativos e que não deixem as instituições à mercê das diversas corporações profissio-

nais e dos escusos interesses político-partidários e clientelísticos. O trabalho dos profissionais de saúde demanda mais coordenação, avaliação externa e supervisão para indicar eventuais correções de rumo. Só nessas situações é viável obter serviços eficientes e profissionais motivados e criativos, mas isso só é possível em condições adequadas de trabalho ⁴⁶.

Cabe aos gestores sanitários implementar políticas que assegurem e conduzam os trabalhadores da saúde do PSF à tão esperada superação da alta rotatividade e à diminuição do receio constrangedor, tanto dos trabalhadores da saúde como da população, de represálias de fundo “político” ⁴⁰.

Torna-se fundamental discutir melhor o estabelecimento de diretrizes e critérios para a contratação dos ACS, por meio de processo seletivo, que agora está pautada pela *Emenda Constitucional nº. 51* de 2006 ⁴⁷, evitando-se, assim, que todos esses trabalhadores, já desprotegidos sócio legalmente, não piorem sua situação para o desemprego.

Dessa forma, a expectativa é que novos rumos e contornos sejam dados à gestão de recursos humanos na prática do PSE, e que os trabalhadores da saúde possam exercer sua profissão com dignidade, o que seguramente resultaria em benefícios para todo o sistema sanitário.

Considerações finais

No Brasil, seguindo os preceitos da *Constituição Federal* de 1988, a partir da década de 90, o PSF passa a constituir-se em uma das mais importantes estratégias sanitárias do governo federal, vivendo hoje um processo de expansão vertiginosa nos municípios brasileiros. Amparado essencialmente pelos princípios da descentralização, hierarquização e participação, esse crescimento e consolidação do PSF tem, nos municípios, um ator central. Destarte, é justamente por intermédio do PSF que se pretende requalificar a atenção primária, criando condições de maior resolubilidade, ao integrar as ações e serviços de saúde e redesenhar a gestão de recursos humanos com vistas à superação da precarização do trabalho, ao mesmo tempo que humaniza a atenção e a relação entre os três atores centrais do processo de produção da saúde – gestores, usuários e profissionais.

Nesse sentido, trabalhar com o foco nos gestores municipais de saúde de diferentes cidades constitui importante estratégia para identificar eventuais diferenças entre as concepções e as trajetórias institucionais da gestão do trabalho no PSE, o que vai ao encontro do discurso gover-

amental – em nível federal – que almeja a desprecarização das relações de trabalho no SUS, mas que, conforme apontam os dados deste estudo, mostram-se distantes da realidade dos municípios.

Analisar a perspectiva dos secretários municipais de saúde – protagonistas dessas ações nos municípios e no país – permitiu uma melhor compreensão das diretrizes e da lógica da organização da gestão de recursos humanos em nível da atenção primária em saúde. Possibilitou, igualmente, repensar o processo de descentralização e explorar a identidade política que o conjunto dessa estratégia ganhou a partir da mediação entre as orientações do grupo central do Estado (governo federal) e a dimensão do cotidiano dos serviços nos municípios. Paradoxalmente, os resultados deste estudo demonstram ser o próprio Estado – através da gestão municipal descentralizada – um dos responsáveis pelo descumprimento e desrespeito às leis de trabalho estabelecidas pela *Constituição Federal* do Brasil. E o que é pior: são justamente os profissionais de saúde do PSF os que mais sofrem com essa desregulamentação trabalhista. Ressalta-se, então, o papel político e estratégico do Ministério da Saúde, pelo Departamento de Gestão e da Regulação do Trabalho em Saúde (DEGERTES), nessa realidade ainda pendente no contexto dos municípios brasileiros.

Destarte, pode-se inferir que não haverá a real (re)organização do sistema de saúde sem o enfrentamento dos problemas relacionados à gestão de recursos humanos no SUS, de modo que a defesa da vida – e, quiçá, de toda forma de existir ⁴⁸ – deve constituir-se em componente obrigatório no campo de responsabilidade de todos trabalhadores da saúde, já que esses são a ligação humana que conecta o conhecimento à ação de saúde por serem os profissionais que curam e cuidam de pessoas, aliviam dores e sofrimento, previnem doenças e mitigam riscos ¹.

É importante destacar que, embora neste estudo tenha sido avaliada a situação de gestão de recursos humanos em uma macrorregião sanitária do Estado de Minas Gerais, pode-se inferir que sua relevância está no fato de que os resultados obtidos poderão ser extrapolados para a maioria dos municípios brasileiros, na medida em que a precarização laboral é hoje o contexto que insiste em curvar o espaço-tempo do trabalho no SUS.

Resumo

Analisar a lógica da organização da gestão de recursos humanos em nível da atenção primária em saúde, desde a perspectiva dos gestores municipais – protagonistas das ações de saúde nos municípios brasileiros –, repensando o processo de descentralização a partir da mediação entre as orientações do Governo Federal e a dimensão do cotidiano dos serviços. Estudo transversal, com utilização de questionário semi-estruturado, aplicado aos secretários municipais de saúde da macrorregião sanitária Leste do Sul (Minas Gerais, Brasil). Os secretários municipais de saúde tinham média de idade de 39,4 anos, reduzido nível de escolaridade, observando-se que boa parte dos mesmos não era da área de saúde. Em relação aos trabalhadores do Programa Saúde da Família, as prefeituras são responsáveis por 93,3% dos contratos dos profissionais de saúde, os quais são vinculações tipicamente temporárias. Os achados ratificam a defasagem dos direitos políticos e sociais dos trabalhadores, com o paradoxo de ser o Estado – via gestão municipal – o responsável pelo descumprimento das leis, importante questão a ser ponderada.

Gestão em Saúde; Recursos Humanos em Saúde; Atenção Primária à Saúde; Sistema Único de Saúde; Programa Saúde da Família

Colaboradores

T. S. Junqueira participou do planejamento, levantamento bibliográfico, execução das atividades de campo e redigiu o texto do artigo. R. M. M. Cotta foi responsável pela coordenação, planejamento, orientação e acompanhamento do trabalho de campo e trabalhou na redação, revisão e aprovação da versão final. R. C. Gomes participou do planejamento, sugestões, correções do artigo e aprovação da versão final. S. F. R. Silveira participou do planejamento, sugestões, correções do artigo e aprovação da versão final. R. Siqueira-Batista contribuiu na revisão crítica do artigo e participação nos aspectos teóricos que sustentam a discussão. T. M. M. Pinheiro e R. F. Sampaio colaboraram com sugestões, correções no artigo e aprovação da versão final.

Referências

1. World Health Organization. The world health report 2006-working together for health. <http://www.who.int/whr/2006/es/index.html> (acessado em 18/Nov/2007).
2. Junqueira TS, Cotta RMM, Gomes RC, Silveira SFR, Siqueira-Batista R, Melo EM, et al. Saúde, democracia e organização do trabalho no contexto do PSF. *Rev Bras Educ Méd* 2009; 33:12-27.
3. Centro Latinoamericano de Administración para el Desarrollo. La responsabilización en la nueva gestión pública latinoamericana. Buenos Aires: Eudeba; 2000.
4. Martinez J, Martineau T. Human resources in the health sector: an international perspective. 2002. <http://www.healthsystems.org> (acessado em 20/Nov/2007).
5. Cotta RMM, Gomes AB, Maia TM, Magalhães KA, Marques ES, Siqueira-Batista R. Pobreza, injustiça e desigualdade social: repensando a formação de profissionais de saúde. *Rev Bras Educ Méd* 2007; 31:278-86.
6. Cotta RMM, Mendes FF, Muniz JN. Descentralização das políticas públicas de saúde: do imaginário ao real. Viçosa: Editora UFV; 1998.
7. Oliveira ES. Assistência médico-sanitária: notas para uma avaliação. *Cad Saúde Pública* 1991; 7:370-95.
8. Ministério da Saúde. Indicadores de gestão do trabalho em saúde: material de apoio para o Programa de Qualificação e Estruturação da Gestão do Trabalho e da Educação no SUS. Brasília: Ministério da Saúde; 2007.
9. Mendes EV. Uma agenda para a saúde. São Paulo: Editora Hucitec; 2006.
10. Fernandes AS, Seclen-Palacin J. Experiências e desafios da atenção básica e saúde da família: caso Brasil. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; 2004.
11. Cotta RMM, Schott M, Azeredo CM, Franceschini SCC, Priore SE, Dias G. Organização do trabalho e perfil dos profissionais do PSF: um desafio na reestruturação da atenção básica em saúde. *Epidemiol Serv Saúde* 2006; 15:7-18.
12. Cotta RMM, Azeredo CM, Schott M, Franceschini SCC, Priore SE, Martins PC. Sobre o conhecimento e a consciência sanitária brasileira: o papel estratégico dos profissionais e usuários no sistema sanitário. *Rev Méd Minas Gerais* 2006; 16:2-8.
13. Starfield B. Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura/Ministério da Saúde; 2002.
14. Ministério da Saúde/Conselho Nacional de Saúde. Princípios e diretrizes para a gestão do trabalho no SUS (NOB/RH-SUS). 3ª Ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2005. (Série J Cadernos).
15. Nogueira RP, Baraldi S, Rodrigues VA. Limites críticos da noção de precariedade e desprecarização do trabalho na administração pública. In: Barros AFR, Santana JP, Santos Neto PM, organizadores. *Observatório de recursos humanos em saúde no Brasil*. v. 2. Brasília: Ministério da Saúde; 2004. p. 81-103.

16. Menezes CA. Reforma administrativa: a Emenda nº. 19/1998. *Revista de Direito Administrativo* 1998; 21:133-9.
17. Corsi FL. A questão do desenvolvimento à luz da globalização. *Revista de Sociologia e Política* 2002; 19:11-29.
18. Dantas M. Informação e trabalho no capitalismo contemporâneo. *Lua Nova* 2003; 60:5-44.
19. Siqueira-Batista R, Siqueira-Batista R. Os anéis da serpente: a aprendizagem baseada em problemas e as sociedades de controle. *Ciênc Saúde Coletiva* 2009; 14:1183-92.
20. Nogueira RP. Problemas de gestão e regulação do trabalho no SUS. *Serviço Social e Sociedade* 2006; 87:147-62.
21. Bertoncini JH. Da intenção ao gesto – uma análise da implantação do PSF em Blumenau [Dissertação de Mestrado]. Florianópolis: Departamento de Saúde Pública, Universidade Federal de Santa Catarina; 2000.
22. Souza HM. Programa de saúde da família. *Rev Bras Enferm* 2000; 53:7-16.
23. Costa MBS, Lima CB, Oliveira CP. Atuação do enfermeiro no PSF no Estado da Paraíba. *Rev Bras Enferm* 2000; 53:149-52.
24. Ministério da Saúde. Programa Nacional de Desprecarização do Trabalho no SUS: Desprecariza-SUS. Perguntas e respostas: comitê nacional interinstitucional de desprecarização do trabalho no SUS. Brasília: Ministério da Saúde; 2006.
25. Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde. Agenda incompleta, diretrizes de gestão e Tese no CONARES 7 de maio. *Jornal do CONASEMS* 2007; V:6.
26. Souza MA. PSF: estratégia de superação das desigualdades na saúde? Análise do acesso aos serviços de saúde. <http://www.nesp.unb.br> (acessado em 15/Mai/2007).
27. Girardi SN, Carvalho CL. Contratação e qualidade do emprego no PSF Mercado de trabalho. Brasília: Ministério da Saúde; 2002.
28. Chiavenato I. Administração de recursos humanos In: Chiavenato I, organizador. *Recursos humanos: subsistema de provisão de recursos humanos*. São Paulo: Editora Atlas; 2000. p. 178-90.
29. Anselmi ML. A rotatividade dos trabalhadores de enfermagem nos hospitais de Ribeirão Preto [Tese de Doutorado]. Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo; 1993.
30. Campos CVA. Por que o médico não fica? Satisfação no trabalho e rotatividade dos médicos do PSF do Município de São Paulo. 2005 [Dissertação de Mestrado]. São Paulo: Escola de Administração de Empresas de São Paulo; 2005.
31. Fleury S, Carvalho AI. Municipalização da saúde e o poder local no Brasil. *Jornal do CONASEMS* 1997; III:10-2.
32. Souza C. Governos locais e gestão de políticas sociais universais. *São Paulo Perspect* 2004; 18:27-41.
33. Gerschman S. Municipalization and management innovation: an inventory of the 1990s. *Ciênc Saúde Coletiva* 2001; 6:417-34.
34. Singer P. Reflexões sobre inflação, conflito e democracia. In: O'Donnel G, Reis FWA, organizadores. *Democracia no Brasil: dilemas e perspectivas*. São Paulo: Editora Vértice; 1988.
35. Siqueira-Batista R, Schramm FR. A eutanásia e os paradoxos da autonomia. *Ciênc Saúde Coletiva* 2008; 13:207-21.
36. Azeredo CM, Cotta RMM, Schott MM, Matos T, Souza ME. Avaliação das condições de habitação e saneamento: a importância da visita domiciliar no contexto do PSF. *Ciênc Saúde Coletiva* 2007; 12:743-53.
37. Pierantoni C. As reformas do Estado, da saúde e recursos humanos: limites e possibilidades. *Ciênc Saúde Coletiva* 2001; 6:341-60.
38. Dal Poz MR. Cambios en la contratación de recursos humanos: el caso del Programa de Salud de la Familia en Brasil. *Gac Sanit* 2002; 16:82-8.
39. Fleury S. *Democracia, descentralização e desenvolvimento: Brasil e Espanha*. Rio de Janeiro: Editora FGV; 2006.
40. Organização Pan-Americana da Saúde. Informe sobre a reunião de trabalho discussão sobre o marco referencial e conceitual da atenção básica e saúde da família no Brasil. Projeto de desenvolvimento de sistemas e serviços de saúde. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; 2003.
41. Araújo LM, Machado MH, Vitalino HA, Paiva J, Tolosa DC. Para subsidiar a discussão sobre a desprecarização do trabalho do SUS. *Cad RH Saúde* 2006; 3:163-73.
42. Ceccim RB, Feuerwerker LCM. O quadrilátero da formação para a área da saúde: ensino, gestão, atenção e controle social. *Physis (Rio J.)* 2004; 14:41-65.
43. Brasil. Diretrizes curriculares nacionais do curso de graduação em medicina. *Diário Oficial da União* 2001; 9 nov.
44. Mitre SM, Siqueira-Batista R, Girardi-de-Mendonça JM, Morais-Pinto NM, Meirelles CAB, Pinto-Porto C, et al. Metodologias ativas de ensino-aprendizagem na formação profissional em saúde: debates atuais. *Ciênc Saúde Coletiva* 2008; 13 Suppl 2:S2133-44.
45. Conill EM. Políticas de atenção primária e reformas sanitárias: discutindo a avaliação a partir da análise do PSF em Florianópolis, Santa Catarina, Brasil, 1994-2000. *Cad Saúde Pública* 2002; 18 Suppl:191-202.
46. Campos, GWS. Subjetividade e administração de pessoal: considerações sobre modos de gerenciar o trabalho em equipes de saúde. In: Merhy EE, Onocko R, organizadores. *Agir em saúde: um desafio para o público*. 2ª Ed. São Paulo: Editora Hucitec; 2002. p. 229-66.
47. Brasil. Emenda Constitucional nº. 51 de 2006. *Diário Oficial da União* 2006; 15 fev.
48. Siqueira-Batista R. Quantum bioethics: ethics for all beings. *Ciênc Saúde Coletiva* 2008; 13:1013-5.

Recebido em 18/Mar/2009

Versão final reapresentada em 21/Fev/2010

Aprovado 10/Mar/2010