



BIBLIOTECA LAS CASAS – Fundación Index
<http://www.index-f.com/lascasas/lascasas.php>

Cómo citar este documento

Ximenes Neto FRG, Fonseca Costa MC, Rocha J, Cunha ICKO. Auxiliares e técnicos de enfermagem na Estratégia Saúde da Família: participação sócio-política e gestão do trabalho. Biblioteca Lascasas, 2008; 4(4). Disponible en <http://www.index-f.com/lascasas/documentos/lc0352.php>

AUXILIARES E TÉCNICOS DE ENFERMAGEM NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA: participação sócio-política e gestão do trabalho

Francisco Rosemiro Guimarães Ximenes Neto

Enfermeiro Sanitarista. Mestre em Saúde Pública. Docente do Curso de Enfermagem da Universidade Estadual do Vale do Acaraú-UVA. Preceptor de Enfermagem Saúde da Família da Escola de Formação em Saúde da Família, Sobral - Ceará. Membro do Grupo de Estudos e Pesquisa em Administração em Saúde e Gerenciamento em Enfermagem – GEPAG da Universidade Federal de São Paulo – UNIFESP. Rua Sebastião Miranda, S/Nº, Centro, Cariré- Ceará, CEP- 62.184-000, e-mail - rosemironeto@gmail.com

Márcio Clébio Fonseca Costa

Enfermeiro da Estratégia Saúde da Família do Município de Acaraú - Ceará.

José Rocha

Enfermeiro. Mestre em Estudos Avançados da Educação. Docente do Curso de Graduação em Enfermagem da UNICSUL. Gerente do SAMU da Zona Leste de São Paulo. Membro do Gepag/UNIFESP, São Paulo

Isabel Cristina Kowal Olm Cunha

Enfermeira. Doutora em Saúde Pública. Professora Adjunta e Líder Grupo de Estudos e Pesquisas em Administração em Saúde e Gerenciamento de Enfermagem-GEPAG da Universidade Federal de São Paulo- UNIFESP, São Paulo-SP.

Resumo: A participação sócio-política e política profissional são temas que merecem atenção dos trabalhadores, em especial os de saúde, por influírem diretamente na tendência orgânica das profissões. Assim o estudo objetiva caracterizar a participação sócio-política em conselhos de saúde, entidades de classe e movimentos sociais e analisar a gestão do trabalho dos auxiliares e técnicos de enfermagem que atuam na Estratégia Saúde da Família-ESF. Trata-se de um estudo do tipo exploratório-descritivo, realizado nos municípios Acaraú, Chaval, Coreaú, Granja, Marco e Santana do Acaraú, Ceará - Brasil. A amostra compreende 38 auxiliares de enfermagem e 17 técnicos de Enfermagem, sendo que: 90% dos auxiliares e 88% dos técnicos de enfermagem são inscritos no COREN; 69% do total de profissionais são cooperativados e 94,1% dos técnicos e 89,5% dos auxiliares estão 40 horas semanais no território da ESF. Os resultados apontam a necessidade de organização enquanto classe trabalhadora, com o intento de lutarem por melhores condições salariais e vínculos empregatícios legais, pondo fim a precarização.

Palavras chave: Atenção Primária à Saúde; Estratégia Saúde da Família; Enfermagem; Participação Sócio-política; Gestão do Trabalho.

Resumen (Auxiliares y técnicos de enfermería de la estrategia de salud de la familia: participación socio-política y gestión de trabajo)

La participación socio-política y la política profesional son temas que merecen atención de los trabajadores, en especial de los de salud, por influir directamente en la tendencia orgánica de las profesiones. Así el estudio tiene por objetivo caracterizar la participación socio-política en consejos de salud, entidades de clase y movimientos sociales y analizar la gestión del trabajo de los auxiliares y técnicos de enfermería que actúan en la Estrategia Salud de la Familia-ESF. Se trata de un estudio de tipo exploratorio-descriptivo realizado en las provincias de Acaraú, Chaval, Coreaú, Granja, Marco y Santana del Acaraú, Ceará - Brasil. La muestra comprende 38 auxiliares de enfermería y 17 técnicos de enfermería de manera que 90% de los auxiliares y 88% de los técnicos están inscritos en el COREN; 69% del total de profesionales son cooperados, 94,1% de los técnicos y 89,5% de los auxiliares están 40 horas semanales en el territorio de la ESF. Los resultados apuntan la necesidad de organización mientras son clase trabajadora, con el intento de luchar por mejores condiciones salariales y vínculos de empleo legales, terminado la precariedad.

Palabras clave: Atención Primaria a la Salud; Estrategia Salud de la Familia; Enfermería; Participación Socio-política; Gestión del Trabajo.

Abstract: (Assistant and technicians of infirmary of the strategy of health of the family: socio-political participation and work conduct)

The socio-political participation and the professional politics are especially topics that deserve the workers' attention, especially of those of health, due to their influence directly on the organic tendency of the professions. The study has the objective of characterizing the socio-political participation in health boards, class entities and social movements and to analyze the work conduct of the assistants and nurse technicians that act upon the Health Strategy of the

Family-HSF. It is a study of exploratory-descriptive type carried out in the counties of Acaraú, Chaval, Coreaú, Ganja, Marco and Santana of the Acaraú, Ceará, Brasil. The sample comprehends 38 assistants of nurse and 17 technicians nurse so that 90% of the assistants 88% of the technicians are registered in the COREN; 69% of professionals are cooperated, 94,1% of the technicians and 89,5% of the Assistants are 40 weekly hours in the territory of the HSF. The results aim an organization necessity while they are a working class, with the intent of struggling for better salary conditions, legal employment bonds, ending up precariousness.

Keywords: Primary Attention to Health; Health Strategy of the Family; Nurse; Socio-political participation; Work Conduct.

1. Introdução

No Brasil, na década de 1990, foi estabelecido um novo padrão de intervenção do Estado na configuração do setor saúde, através da implantação e consolidação do Sistema Único de Saúde-SUS em sua gestão descentralizada. Com o desenvolvimento do SUS, ocorreu um avanço na prestação de serviços e do emprego público e privado, como respostas ao processo de descentralização administração-financeira, à municipalização que se institucionalizava em nível de Ministério da Saúde, para com os Estados, Municípios e o Distrito Federal.

De acordo com Carvalho e colaboradores, as principais mudanças no mercado de trabalho em saúde, verificada nos anos 1990, são destacados a seguir: uma “forte crise no segmento formal dos mercados de trabalho setorial de saúde: o ritmo de crescimento do emprego celetista foi de 2% ao ano, situando-se em níveis bastante inferiores aos praticados nas décadas de 1970 – 10% ao ano, em média – e de 1980 – 5% ao ano, em média –. Problemas também no segmento celetista dos mercados de profissionais de saúde: o volume de admissões anuais de médicos, dentistas e farmacêuticos no conjunto das atividades econômicas manteve-se estagnado ou reduziu-se entre 1986 e 1996; o movimento de admissões anuais de pessoal auxiliar e técnico de enfermagem foi reduzido à metade no período; as admissões anuais de enfermeiros, com crescimento significativo no período, constituem a exceção à regra; precarização dos mercados de trabalho de profissionais de saúde evidenciada pela diminuição dos níveis de proteção de saúde do trabalho – aumento dos contratos precários – e pela queda nos salários iniciais de contratação de profissionais de saúde, no segmento formal protegido dos mercados, especialmente entre 1990 e 1994; a partir daí, os salários nominais de contratação passam a aumentar; e mudança qualitativa no perfil do emprego, caracterizada por dois movimentos simultâneos: um aumento da participação relativa de pessoal administrativo e de controle em detrimento do pessoal técnico de saúde; e um aumento das admissões de pessoal com maiores níveis de escolaridade formal”^{1:161}.

Com a mudança da configuração política e o aumento do quantitativo de emprego público, estimulado pelo processo de descentralização e pela implantação de novas políticas, como a Estratégia Saúde da Família-ESF, o mercado de trabalho em saúde vem crescendo, demasiadamente, com isso, estimulando o debate sobre temas relacionados a formação e a educação permanente dos trabalhadores de saúde, como também às formas de trabalho e contratação destes trabalhadores.

A ESF é uma política criada pelo Ministério da Saúde para substituir o modelo tradicional hegemônico sanitário, centrado no hospital, e assume o desafio de garantir o acesso igualitário de todos os cidadãos às ações e serviços de saúde, no nível primário de atenção. Esta estratégia baseia-se nos princípios do SUS, tais como a integralidade, a universalidade, a equidade e o controle social que priorizam as ações de prevenção de doenças e de promoção, proteção e recuperação da saúde dos sujeitos, suas famílias, das comunidades, de forma integral e contínua. Para isso, a ESF centraliza os esforços do trabalho, no seu território de abrangência, com um trabalho em equipe resolutivo consegue resolver, com qualidade, cerca de 85% dos problemas de saúde da população, reduzindo o fluxo de referenciamento dos usuários para a atenção secundária e terciária, diminuindo, por sua vez, o

número de internamentos e gastos com a atenção especializada.²

A ESF, difundida em todo território nacional, abriu as portas do mercado de trabalho para muitos profissionais da saúde, inclusive os de Enfermagem que compõem a equipe básica, com o intuito de desenvolver ações de promoção, proteção e recuperação da saúde no território sanitário. O avanço da referida estratégia vem favorecendo a interiorização do trabalho em saúde, em especial, o de Enfermagem. Segundo dados do Conselho Federal de Enfermagem-COFEN as categorias de trabalhadores de enfermagem, juntas, representam o maior contingente de trabalhadores em saúde do país, sendo 212.298 técnicos de enfermagem e 496.197 auxiliares de enfermagem, congregando 708.495 profissionais regularmente cadastrados.³

Vale ressaltar que o trabalho em saúde guarda algumas especificidades: é um trabalho reflexivo, no qual as decisões a serem tomadas implicam a articulação de saberes que provêm de várias instâncias, seja de caráter científico, técnico, ou advindo da experiência de trabalhos sociais. Caracteriza-se, ainda, pelas incertezas decorrentes da indeterminação das demandas pela descontinuidade e pela sua disponibilidade em atender a todos. O trabalho em saúde compreende, ainda, a prevenção de doenças, a promoção e recuperação da saúde, fundamentais à qualidade de vida dos sujeitos. Por isso, o trabalho em saúde não pode seguir uma lógica rígida como a racionalidade dos critérios da produção material, sendo difícil a sua normalização técnica, assim como a avaliação de sua produtividade.⁴

Segundo Mendes, os profissionais de saúde encontrados no mercado não estão adequados em quantidade e qualidade para a Atenção Primária à Saúde. As formas de contratação refletem uma extrema precariedade das relações de trabalho. A forma mais comum é o pagamento contra-recibo, através de contratos temporários que se arrastam no tempo, induzindo os trabalhadores de saúde a busca por empregos múltiplos, configurando-se num obstáculo considerável a implantação da ESF, que exige dedicação em tempo integral.⁵

Corroborando com Mendes, vê-se, hoje, no SUS Municipal, que a gestão do trabalho em saúde se dá de forma precarizada em que os direitos e garantias dos trabalhadores em saúde não são respeitados. Cada vez mais, é notório que o controle social exercido pelo trabalhador é débil, devido a frágil participação popular dos mesmos em movimentos sociais e sanitários.

Nessa perspectiva, é que foi realizada essa pesquisa com o intuito de caracterizar a participação sócio-política em conselhos de saúde, entidades de classe e movimentos sociais e analisar a gestão do trabalho de auxiliares e técnicos de enfermagem que atuam na ESF.

2. Material e Método

Trata-se de um estudo do tipo exploratório, com abordagem quantitativa, realizado nos municípios de Acaraú, Chaval, Coreaú, Granja, Marco e Santana do Acaraú, municípios da zona Norte do Estado do Ceará, pertencentes ao Projeto Ações Básicas de Saúde do Ceará - Programa de Capacitação desenvolvido pela Escola de Formação em Saúde da Família Visconde de Sabóia-EFSFVS, financiado pela Secretaria da Saúde do Estado, com a agência alemã Kreditanstalt für Wiederaufbau-KfW e o Instituto Brasileiro de Qualidade Nuclear-IBQN. O critério de escolha dos municípios para participar do projeto, ao final dos anos 1980, foi o fato de os mesmos apresentarem elevada taxa de mortalidade infantil, e o município de Santana do Acaraú,

devido o seu pioneirismo na municipalização da saúde.

O período de coleta de dados ocorreu durante os meses de março a abril de 2005. A população do estudo, é de 80 profissionais entre auxiliares e técnicos de enfermagem da ESF dos municípios de Acaraú, Chaval, Coreaú, Granja, Marco e Santana do Acaraú. A amostra compreendeu 55 profissionais de enfermagem, sendo 38 auxiliares de enfermagem e 17 técnicos de enfermagem dos referidos municípios.

Os dados foram obtidos por meio de um questionário contendo variáveis acerca do perfil sócio-demográfico, da participação sócio-política e referente à gestão do trabalho dos auxiliares e técnicos de enfermagem. O questionário foi aplicado durante uma oficina, realizada nos seis municípios, onde foi apresentada a necessidade de ter-se um diagnóstico para construção de uma política de educação permanente para estes.

Os resultados estão apresentados mediante o agrupamento em forma tabular, com a discussão de pontos mais relevantes dos mesmos.

A pesquisa foi realizada respeitando os aspectos éticos e legais estabelecidos pela Resolução Nº. 196/96 de 10 de outubro de 1996 do Conselho Nacional de Saúde, que regulamenta a prática de pesquisas, envolvendo seres humanos. Os entrevistados tiveram o livre arbítrio em participar da pesquisa, fornecendo-nos seu consentimento livre e esclarecido. O sigilo e o anonimato foram garantidos e danos previsíveis foram evitados. Para realização da pesquisa obteve-se inicialmente a autorização das Secretarias da Saúde dos respectivos municípios.

3. Análise e Discussão dos Dados

Os sujeitos da pesquisa apresentam o seguinte perfil sócio-demográfico:

-Auxiliares de enfermagem: 44,7% estão na faixa etária de 31 a 40 anos de idade; 89% são do sexo feminino; 42,1% são casados; 50% apresentam uma renda mensal de até um salário mínimo; e, 47% atuam na área rural.

-Técnicos de enfermagem: 52,9% estão na faixa etária de 31 a 40 anos de idade; 84% são do sexo feminino; 52,9% são casados; 76,1% apresentam uma renda mensal de até um salário mínimo; e, 76,1% atuam na área rural.

3.1. Participação sócio-política de auxiliares e técnicos de enfermagem em entidades profissionais

Para a consolidação do reconhecimento social de uma profissão, é indispensável uma relação intrínseca com sua competência técnico-científica, sua organização e, notadamente, sua política de regulação. Para tanto, entende-se que seus profissionais devem ser conscientes da força e da representatividade que as entidades profissionais necessitam ter.

Atualmente, a enfermagem brasileira se organiza civil e socialmente por meio da Associação Brasileira de Enfermagem-ABEn, dos Sindicatos Estaduais dos Enfermeiros, federativamente organizados, através da Federação Nacional dos Enfermeiros-FNE, dos Sindicatos Estaduais de auxiliares e técnicos de enfermagem, das Sociedades e Associações de Especialistas de Enfermagem. Há ainda o COFEN, com suas regionais nos Estados, que atua por delegação do poder público, na regulação do trabalho.

Essas entidades são denominadas entidades de classe. Entende-se por entidade de classe uma sociedade de empresas ou pessoas com forma e

natureza jurídica próprias, de natureza civil, sem fins lucrativos e não sujeita à falência, constituída para prestar serviços aos seus associados. Toda entidade de classe tem em comum a gratuidade do exercício de cargos eletivos. São alguns exemplos de entidades de classe: as confederações, as federações, as associações, os sindicatos, as cooperativas e as entidades profissionais entre outros.⁶

Tabela 1 Participação sócio-político de auxiliares e técnicos de enfermagem da Estratégia Saúde da Família, 2005.

ENTIDADES DE CLASSE /MOVIMENTOS SOCIAIS	AUXILIARES		TÉCNICOS	
	N	%	N	%
Entidades de Classe				
COREn	34	90,0	15	88,0
ABEn	2	5,0	-	-
SINTSEF	2	5,0	2	12,0
Movimentos sociais				
Relacionados à religião: Legião de Maria, Equipe de Liturgia)	2	5,0	2	12,0

A participação sócio-política dos auxiliares e técnicos de enfermagem se dá, basicamente, por meio de grupos classistas da própria categoria, seja em conselhos, associações ou sindicatos ou, numa pouca freqüência, em movimentos sociais ligados à religião.

Da amostra, 90% dos auxiliares e 88% dos técnicos de enfermagem são inscritos no COREN. Os Conselhos de Enfermagem têm a função de regulamentação e exercício da profissão. Atuam de acordo com a Legislação e Código de Ética. É obrigatória a inscrição dos profissionais nesses conselhos para que possam exercer a profissão o não-atendimento a essa lei gera punição como pagamento de multas, daí o alto índice de profissionais vinculados ao COREN.

Dos auxiliares, 5% estão associados à ABEn e nenhum técnico. A ABEn é a entidade responsável pela atuação científico-cultural relacionada à profissão e à categoria.⁷ Essa relação com a entidade não mostra o desinteresse pela mesma o certo é que, na maioria das vezes, não acontece o associativismo, pela dificuldade de acesso, como também, devido ao pagamento de taxas para se tornar associado. Outro fator que influencia nesse baixo índice de associados se dá por não ser necessário em caráter de obrigatoriedade, como se dá nos conselhos, o associativismo para pleno exercício da profissão.

A ABEn tem como diretriz básica a concepção da Enfermagem como prática social, como trabalho e como serviço, buscando despertar a consciência crítica da categoria e a importância da participação no projeto de transformação da Enfermagem, da Saúde e da Sociedade, princípios estes que vêm sendo mantidos pelas demais diretorias na construção do projeto político para a Enfermagem. Com base em dispositivos estatutários, para garantir o intercâmbio técnico-científico e político com a área de ensino e com as especialidades das áreas assistencial e gerencial.⁸

Os Sindicatos são os responsáveis pela regulação do trabalho, direitos e garantias trabalhistas e de classe. Apenas 5% dos auxiliares e 12% dos

técnicos de enfermagem são filiados ao Sindicato dos Trabalhadores do Serviço Público Federal-SINTSEF. Os profissionais filiados ao SINTSEF são oriundos da Fundação de Serviços Especiais de Saúde Pública-SESP descentralizados aos municípios. A não sindicalização dos auxiliares e técnicos de enfermagem, em sindicato próprio da categoria, pode ser um dos fatores que fazem com que a precarização do trabalho não regreda, pois a categoria apresenta-se desmobilizada para um trabalho coletivo em prol da luta por melhores direitos, garantias, concurso público e outros.

No que concerne aos movimentos sociais, dentro do território de atuação, os entrevistados referiram participar de movimentos relacionados a congregações religiosas. Dos profissionais entrevistados, apenas quatro destes participam desses movimentos sociais. E sua participação se dá como efetividade nos grupos. Nenhum dos auxiliares e técnicos de enfermagem participa como membro de Conselho Municipal ou Local de Saúde e de associação comunitárias.

É importante ressaltar que a utilização da representação social tem como finalidade dimensionar o processo de construção simbólica, substrato do conhecimento, que dá sentido ao mundo material, permitindo também ao sujeito não só entendê-lo, como demarcar o seu lugar e estabelecer conexões que, para ele, tenha coerência. A singularização dos fatos sociais expressos na significação do vivido, diferencia os homens e particulariza cada um de nós enquanto atores sociais. Contudo, essa singularidade é tecida no contexto social onde papéis, expectativas e pressuposições são os mediadores na constituição da subjetividade. E uma subjetividade compartilhada, cujo diálogo se dá na intersubjetividade.⁹

3.2. Gestão do Trabalho dos Auxiliares e Técnicos de Enfermagem

Tabela 2 Gestão do trabalho dos auxiliares e técnicos de enfermagem da Estratégia Saúde da Família, 2005.

GESTÃO DO TRABALHO	AUXILIAR		TÉCNICO	
	N	%	N	%
Situação Empregatícia (Vínculo)				
CLT	16	42,0	7	41,0
Estatuário	3	8,0	-	-
Cooperativado	18	47,0	10	59,0
Comissionado	1	3,0	-	-
Total	38	100,0	17	100,0
Carga Horária Semanal (horas)				
16	1	3,0	-	-
20	-	-	1	6,0
30	3	8,0	-	-
40	34	90,0	16	94,0
Total	38	100,0	17	100,0

Com o princípio da descentralização do SUS, principalmente na ESF, os municípios são responsáveis pela gestão das equipes, logo, são obrigados e

orientados pela Constituição Federal que qualquer tipo de contratação para o serviço público deve ocorrer mediante concurso público. Na atualidade, para a contratação de pessoal para a saúde são utilizadas várias modalidades: as cooperativas, os contratos temporários, os convênios com Organizações Não-Governamentais-ONGs e, em algumas vezes, o concurso público baseado no estatuto local ou regido pela Consolidação das Leis Trabalhistas-CLT.¹⁰

Dados do Ministério da Saúde acerca do quantitativo de empregos mostram que, na década de 1980, era da ordem de 265.956, dos quais 17,8% estavam nos municípios. No ano de 2002, com total de mais de um milhão de empregos, 66,3% estavam na base municipal.¹¹ Segundo Machado, Moysés e Oliveira, um dos fenômenos que a municipalização consolidou foi o de o município tornar-se o maior empregador do sistema e do segmento público.¹²

No Brasil, apesar de a Constituição Federal exigir a contratação para cargos públicos, somente mediante concurso, o País vive grandes dificuldades na contratação de pessoal pelas três esferas de governo, resultado da opção pelas formas precárias de contratação, sem vínculo empregatício, nem garantia de direitos trabalhistas. O panorama da década de 1990 é descrito por Machado e Oliveira, com ênfase à crise econômica, caracterizada por inúmeros processos de ajustes fiscais, resultando em aumento das taxas de desemprego, da precariedade do trabalho e do declínio dos rendimentos.¹³

Apesar de o número dos trabalhadores em saúde ter aumentado substancialmente de 1.438.708, em 1992, para 2.180.598, em 2002, segundo dados Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística-IBGE, 1992/200213, o incremento quantitativo foi acompanhado de vulnerabilidade política, econômica, social e trabalhista. Conseqüentemente, o trabalho em saúde, na APS, representou cenário especial de precarização do trabalho devido as exigências contraditórias representadas pela existência de políticas sociais muito exigentes em pessoal e de políticas econômicas focadas na racionalidade do aparelho do Estado.

É sabido também, que no Brasil, no serviço público, a contratação dos trabalhadores de saúde, obrigatoriamente, deveria ser mediante concurso público, e quando admitidos, terem acesso a um Plano de Carreiras, Cargos e Salários-PCCS, conforme previsto na Lei Nº. 8.142 de 28 de dezembro de 1990.¹⁴

O vínculo empregatício que predominou, com 69% (28) do total de profissionais, foi o cooperativado. As contratações, a partir das cooperativas de trabalho na ESF, estão sendo bastante utilizadas, pois conseguem agregar diversas categorias de profissionais de saúde, principalmente profissionais auxiliares e técnicos de enfermagem e ao mesmo que burla a legislação, reduz os gastos com encargos sociais que beneficiam e protegem o trabalhador.

Um fator negativo na utilização das cooperativas é que o município e a população não participam da seleção dos cooperados e, muitas vezes, estes são profissionais sem qualificação, ainda sem levar em conta que alguns deles são indicados por políticos locais ou incluídos casualmente nas cooperativas sem seleção ou definição do perfil necessário para desempenhar suas funções. Para os gestores, a maior vantagem é a inexistência de vínculos empregatícios e a ausência legal de qualquer responsabilidade com os empregados.¹⁵ Vale considerar que na prática da gestão em saúde, na grande maioria dos municípios cearenses, há uma realidade de que os gestores municipais apresentam parcerias com as cooperativas e contratam os trabalhadores que

lhes convêm.

Da amostra, 42% (23) profissionais são contratados conforme a CLT. Este é um bom resultado se pensarmos na questão de melhorias legais na relação empregado-empregador. Além de ser uma das modalidades mais bem aceitas pelos trabalhadores, garante os direitos trabalhistas previstos em lei.

Algumas das vantagens da contratação via CLT são os benefícios estabelecidos por lei; férias, Fundo de Garantia por Tempo de Serviço-FGTS e licença médica remunerada, utilização de direitos conseguidos pela categoria profissional ou sindicatos e Segurança quanto à remuneração. E há algumas desvantagens como desconto em folha de pagamento em torno de 20%. Alguns descontos como o da previdência social e imposto de renda não são utilizados direta ou indiretamente pelo funcionário. Quanto aos gestores, a desvantagem dessa contratação é o alto custo operacional.

E o que mais chamou a atenção foi o pequeno número de profissionais contratados por serviços prestados. Apenas 8% destes profissionais são prestadores de serviço ou contratados temporariamente, visto que no Brasil este é o vínculo mais utilizado entre as prefeituras e os trabalhadores de saúde.

A contratação de profissionais via contrato de prestação de serviços também é uma modalidade bastante utilizada pela ESF. Nesses contratos, precisam estar bem definidos os produtos a serem finalizados, bem como os prazos de entrega. O contratante não tem obrigatoriedade de custear alguns direitos previstos por lei, como as férias e o décimo terceiro salário, além de fácil rescisão de contratos, sem ônus legais.

No que concerne à precarização do trabalho em saúde, o mesmo é caracterizado, principalmente, pela terceirização e pela flexibilização dos vínculos, outro problema que é reconhecido como uma questão conjuntural, a partir, principalmente da década de 1990, e que vem se intensificando nos últimos anos.¹⁶

O trabalho precarizado, nos últimos anos, segundo Campos, “[...] ganhou destaque nas discussões sobre gestão do trabalho em saúde a qual tem sido utilizada, sobretudo, para indicar a ausência dos direitos sociais de trabalhadores do Sistema Único de Saúde-SUS”.^{17:5}

Muito tem se falado sobre a crise do trabalho, da sociedade salarial, do movimento sindical no contexto da globalização e da hegemonia do pensamento neoliberal. Tendências têm sido apontadas e fartamente discutidas, como o enxugamento do Estado, a desregulamentação dos mercados, a internacionalização econômica, a precarização crescente das relações de trabalho, o desemprego estrutural.¹⁸ A precariedade nessas formas de contrato ou a própria omissão de contrato possibilita algumas considerações, como este mesmo autor ressalta: a primeira vincula-se ao fato de que os auxiliares e técnicos de enfermagem e os demais membros da equipe podem ser demitidos a qualquer hora por pressão da comunidade ou pelo próprio prefeito, quando não, como são contratados pelos prefeitos e, dependendo do município, são parentes ou protegidos políticos, a pressão é menor, o que facilita inúmeras irregularidades: os profissionais nem sempre residem ou permanecem nas cidades, mantêm mais de um contrato e nem sempre cumprem horários, embora possuam níveis salariais relativamente altos. Nesse sentido, haveria certa positividade na inexistência da estabilidade, obrigando um maior envolvimento do trabalhador, o que não aconteceria na

"cultura de trabalho" do funcionalismo público.

Outro fator relevante é o número de horas disponíveis para o trabalho na ES, visto que esta exige do profissional tempo integral. Os resultados foram satisfatórios, a análise mostrou que 94% dos técnicos e 90% dos auxiliares disponibilizam 40 horas semanais para desenvolver suas práticas no território. Cabe ressaltar, que, durante todo o tempo, estes estarão à disposição da comunidade. Basta atentarmos para o dado de que alguns residem no mesmo território onde desenvolve as ações de saúde.

Essa territorialidade profissional vai de encontro a um dos princípios da APS, que é o da longitudinalidade, que requer a existência de cuidados contínuos da equipe, ao longo do tempo, bem como uma relação mútua e humanizada entre a equipe e a comunidade.¹⁹

4. Considerações Finais

A participação sócio-política dos auxiliares e técnicos de enfermagem se dá na grande totalidade no COREn e não existe nenhum destes filiados ao Sindicato dos Auxiliares e Técnicos de Enfermagem. Trabalham 40 horas semanais e têm como única fonte de renda o trabalho na ESF. Há pouca participação em movimentos sociais e nenhuma participação em conselho de saúde.

Ao verificar-se a questão da gestão do trabalho dos auxiliares e técnicos de enfermagem, concluiu-se que não há uma padronização nas modalidades de vínculo, nem na forma de contratação, o que vem a confirmar a precarização do trabalho no setor saúde.

Na ESF, observa-se que a precarização tem sido um marco das formas de contratação dos trabalhadores de saúde, comprovado desde a sua institucionalização, em 1994, sem um PCCS, o que tem permitido a instabilidade dos trabalhadores na equipe de saúde da família, associado à inexistência de pisos salariais regionais, levando-os a uma não-fixação, ao descontentamento, a condições de trabalho com qualidade questionável.

No entanto, é urgente a necessidade de organização dessa classe trabalhadora, com o objetivo de lutarem por melhores condições salariais e vínculos empregatícios justos e que atendam à lei. Sem a formação de entidades de classe e informação, no que se refere a direitos e deveres, acreditamos que não se mudará essa precarização do trabalho e, muito menos, o acesso à garantia de seus direitos como cidadãos trabalhadores.

Referências

1. Carvalho AI, colaboradores. Gestão em saúde: Curso de Aperfeiçoamento para Dirigentes Municipais - programa de educação à distância. Rio de Janeiro: FIOCRUZ; Brasília: UNB; 1998. Unidade III.
2. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Assistência à Saúde. Coordenação de Saúde da Comunidade. Saúde da Família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial. Brasília. Ministério da Saúde; 1997.
3. Conselho Federal de Enfermagem-COFEN (BR). [citado em: 10 de set. 2005]. Disponível em: <http://www.portalcofen.br>.
4. Ministério da Saúde (BR). PROFAE. Saúde: promovendo educação profissional. Brasília: Ministério da Saúde; 2002.
5. Mendes EV. A atenção primária à saúde no SUS. Fortaleza: Escola de Saúde Pública do Ceará; 2002.
6. Dicas de entidades. O que são entidades de Classe. [citado em: 22 de

- nov.2005]. Disponível em: <http://www.entidadesdeclasse.com.br/inicial/>.
7. Paiva MS, coordenadora. *Enfermagem Brasileira: contribuição da ABEn*. Brasília: ABEn Nacional; 1999.
 8. Associação Brasileira de Enfermagem-ABEn. Apresentação. [citado em: 25 de jul. 2005]. Disponível em: <http://www.aben.org.br>.
 9. Barros MNF, Santos RAC. A busca de significados nos movimentos religiosos. *Revista de Psicologia Social e Institucional* jan. 1999; 1(1). Disponível em: <http://www2.uel.br/ccb/psicologia/revista/abuscade.htm>.
 10. Machado MH, coordenadora. *Perfil dos Médicos e Enfermeiros do Programa Saúde da Família no Brasil: relatório final – Brasil e Grandes Regiões*. Brasília: Ministério da Saúde; 2000. v. I.
 11. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão e da Regulação do Trabalho em Saúde. *Programa Nacional de Desprecarização do Trabalho no SUS-DesprecarizaSUS: perguntas & respostas*. Brasília: Ministério da Saúde; 2006.
 12. Machado MH, Moysés NMN, Oliveira ES, organizadores. *Trabalhadores de saúde em números: volume 2*. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca; 2006.
 13. Machado MH, Oliveira ES. Mercado de trabalho em saúde: em que trabalham e quem emprega estes trabalhadores? In: Machado MH, Moysés NMN, Oliveira ES, organizadores. *Trabalhadores de saúde em números: volume 2*. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, 2006. Cap. 3. p. 59-93.
 14. Governo Federal (BR). Lei etc. Lei 8.142/1990 de 28 de dezembro de 1990: dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências Brasília: Ministério da Saúde, 1990.
 15. Roza JR, Rodrigues VA. Programa Saúde da Família e a regularização dos vínculos institucionais externos. In: Ministério da Saúde (BR). *Observatório de Recursos Humanos em Saúde no Brasil: Estudos e análises*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ; 2003.
 16. RET-SUS. Capa. Levando o controle social para a gestão do trabalho e da educação na saúde. *RET-SUS out. 2005; II(12): 5-7*.
 17. Campos FE. Apresentação. In: Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Programa Nacional de Desprecarização do Trabalho no SUS-DesprecarizaSUS: perguntas & respostas- Comitê Nacional Interinstitucional de Desprecarização do Trabalho no SUS. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.
 18. Lima JC. Metamorfoses do trabalho e na organização dos trabalhadores: notas a partir de uma experiência recente. In: Fundação Joaquim Nabuco. *Análises de Conjuntura*. [citado em: 24 de nov. 2005]. Disponível em: <http://www.fundaj.gov.br/observanordeste/obed002c.html>.
 19. Starfield B. *Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia*. Brasília: UNESCO/Ministério da Saúde; 2004.