



e-ISSN 2446-8118

Shaila Ariento Beledeli Nodari¹
Maria Lúcia Frizon Rizzotto²

43

1. Mestre em Biociências e Saúde pela Universidade Estadual do Oeste do Paraná.
2. Universidade Estadual do Oeste do Paraná.

RELAÇÕES DE TRABALHO NA ATENÇÃO BÁSICA NA MACRORREGIÃO OESTE DO PARANÁ

REGARDING THE WORK RELATIONSHIP IN BASIC ATTENTION IN MACRO REGION IN PARANÁ WEST

RELACIONES LABORALES EN LA ATENCIÓN BÁSICA EN LA MACRORREGIÓN OESTE DEL PARANÁ

RESUMO

Objetivou-se analisar os vínculos de trabalho na Atenção Básica na Macrorregião Oeste do Paraná. Trata-se de estudo descritivo, transversal, no qual os dados foram coletados em 2014, utilizando como fonte o Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde. Foram analisados 7775 vínculos. Os resultados indicam maioria de vínculos de trabalho protegidos (82,2%) e baixa multiplicidade de vínculos na Atenção Básica (5,2%); a maioria dos vínculos precários se encontra nos municípios de pequeno porte 1 (10,6%), entre trabalhadores de nível superior sem formação em saúde (48,7%) e nos vínculos com carga horária semanal entre uma e dez horas (41,7%). Há necessidade de apoio aos municípios de pequeno porte, de um papel mais ativo das secretarias estaduais de saúde e de políticas de valorização do trabalhador que melhorem as relações de trabalho e incentivem a fixação do capital humano na Atenção Básica.

DESCRITORES: Recursos humanos em saúde; Emprego; Atenção primária à saúde.

ABSTRACT

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

DESCRIPTORS: Human resources in health; Employment; Primary health care.

RESUMEN

El estudio tiene como objetivo analizar los datos relativos a las relaciones laborales en la

Atención Básica en la Macrorregión Oeste del Paraná. Se trata de un estudio descriptivo, transversal, en el que se recogieron los datos en 2014, utilizando como fuente de datos el Catastro Nacional de Establecimientos de Salud. Se analizaron 7775 bonos. Los resultados indican la prevalencia de vínculos de trabajo protegidos (82,2%) y baja multiplicidad de vínculos en la Atención Básica (5,2%); la mayor cantidad de vínculos precarios está en los municipios de pequeño porte 1 (10,6), entre los trabajadores de nivel superior que no tienen formación en salud (48,7%) y para los vínculos con cargas de trabajo semanales entre uno y diez horas (41,7%). Los resultados indican la necesidad de apoyo a los pequeños municipios, un papel más activo de los departamentos de salud estatales y las políticas de valorización de trabajo y de los trabajadores para mejorar las relaciones de trabajo y fomentar el establecimiento de los trabajadores de atención primaria.

DESCRIPTORES: Recursos humanos en salud; Empleo; Atención primaria de salud.

INTRODUÇÃO

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

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

Os trabalhadores são fundamentais para o desenvolvimento e melhoria do sistema de saúde, assim como para a consolidação da

AB. Portanto, devem ser entendidos pela sua capacidade de proceder como agente social em diferentes ocasiões, de serem dotados de ideologia, de interesses próprios, de capacidade de interferir nas ações e de aderir e defender, ou não, as políticas de saúde, não devendo ser compreendidos como insumos, passíveis de serem administrados e planejados como qualquer outro fator de produção⁴.

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

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

Diversas modalidades de vínculos precários no campo da saúde passaram a ser utilizadas como a contratação temporária, a terceirização, bolsas, estágios, contratos por meio de empresas ou cooperativas, por órgãos internacionais, convênios com Organizações Sociais de Interesse Público (OSCIP)⁷. Destarte, esses vínculos caracterizam-se pela desproteção social ao trabalhador, com a perda de direitos e de benefícios assegurados pela legislação trabalhista, como a licença maternidade, as férias anuais, o décimo terceiro salário e a aposentaria⁸.

O trabalho precário acaba contribuindo decisivamente para a existência de inúmeros problemas enfrentados pelo setor público de saúde, tais como a falta de compromisso dos trabalhadores com a

instituição e com os usuários, refletindo na baixa qualidade dos serviços⁹.

Isso evidencia o não reconhecimento da importância central que ocupam os trabalhadores da saúde para o êxito do sistema, dos serviços e para o alcance dos próprios objetivos a que esse sistema se propõe; tornando-se essencial o conhecimento e a análise da situação dos vínculos de trabalho, já que os vínculos precários que se expandiram nos últimos anos contribuem para a desqualificação dos serviços e prejuízos para os trabalhadores. Nesse sentido, o presente estudo tem por objetivo analisar os vínculos da Força de Trabalho em Saúde na Atenção Básica na Macrorregião Oeste do Paraná.

MÉTODOS

Tratou-se de estudo descritivo, transversal, na qual a coleta dos dados foi realizada no período de março a novembro de 2014, utilizando como fonte o Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES). A área de abrangência da pesquisa é a Macrorregião Oeste do Paraná, formada por quatro Regiões de Saúde (8^a, 9^a, 10^a e 20^a), totalizando 79 municípios e população estimada de 1.592.543 habitantes.

Foram analisados 7775 vínculos, compondo os trabalhadores que atuavam em estabelecimentos públicos de AB (posto de saúde, centro de saúde/unidade básica, centro de apoio à saúde da família, polo academia da saúde e farmácia) na Macrorregião referida.

Os trabalhadores foram classificados conforme o nível de formação em: trabalhadores com formação de nível superior na área da saúde (terapeuta ocupacional; psicólogo; nutricionista; médico; ortoptista; médico veterinário; fonoaudiólogo; fisioterapeuta; farmacêutico; enfermeiro; dentista; biólogo; biomédico; assistente social; educador físico); trabalhadores de saúde sem formação de nível superior (agente comunitário da saúde; agente de saúde pública; atendente de enfermagem; atendente de farmácia; auxiliar de enfermagem; auxiliar de saúde bucal; auxiliar de laboratório; auxiliar em patologia; protético dentário;

socorrista; técnico em acupuntura; técnico de enfermagem; técnico em administração; técnico em patologia; técnico em radiologia; técnico em saúde bucal; visitador sanitário); trabalhadores de nível superior sem formação na área de saúde (administrador; arquiteto; engenheiro; secretário executivo); e trabalhadores sem identificação do nível de formação (assistente administrativo; agente de ação social; auditor; diretor, dirigente; gerente; motorista; ouvidor; serviços gerais; agente de higiene e segurança; auxiliar de escritório; digitador; recepcionista; telefonista; empregado doméstico nos serviços gerais; cozinheiro; zelador de edifício; trabalhador de serviços de limpeza e conservação de áreas públicas; auxiliar de manutenção predial; faxineiro; trabalhador da manutenção de edificações; auxiliar de lavanderia; vigia; e ajudante de motorista).

Por sua vez, os vínculos de trabalho foram organizados baseando-se na existência de proteção social e legal em: vínculos protegidos (emprego público, estatutário); vínculos precários (autônomo, intermediado por organização da sociedade civil de interesse público, intermediado por entidade filantrópica e/ou sem fins lucrativos, intermediado por cooperativa, intermediado por empresa privada, intermediado por empresa não governamental, intermediado por organização social, e sem intermediação, bolsa, cargo comissionado, consultoria, contrato por prazo determinado, contrato verbal/informal, cooperativa, estágio) e vínculos sem informação.

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

Os dados foram coletados por município e registrados em planilha no *Microsoft Excel 2010*, compondo um banco de dados próprio contendo todos os estabelecimentos de saúde. Utilizando esse banco de dados foi feito um segundo banco contendo apenas os estabelecimentos de AB, o qual foi utilizado para o presente estudo. Constaram do banco de dados informações

relacionadas aos estabelecimentos de AB: nome do estabelecimento, endereço, tipo de estabelecimento, natureza da organização, esfera administrativa, nível de atenção e atividade e dados referentes à FTS: nome do profissional, data de entrada, CBO (ocupação), carga horária, vinculação e tipo de vínculo. Para a análise dos dados foi utilizada a estatística descritiva, através do *Microsoft Excel 2010*.

Este trabalho é parte dos resultados de dissertação de mestrado e recorte de uma pesquisa maior intitulada “A força de trabalho em saúde: estrutura, dinâmica e tendência na

Macrorregião Oeste do Paraná”, financiada por edital do Programa Pesquisa para o SUS (PPSUS).

RESULTADOS E DISCUSSÃO

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

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

Tipo de vínculo	N	%
PRECÁRIO		
Autônomo	220	2,8
Bolsa	37	0,5
Cargo Comissionado	154	2,0
Consultoria	2	0,0
Contrato prazo determinado	666	8,6
Contrato verbal/informal	22	0,3
Cooperativa	8	0,1
Estágio	21	0,3
PROTEGIDO		
Estatutário	4553	58,6
Emprego público	1836	23,6
SEM INFORMAÇÃO		
	256	3,3
TOTAL	7775	100

Fonte: Elaboração própria a partir de dados do CNES, 2014.

A flexibilização das relações de trabalho no Brasil se intensificaram a partir da assimilação do projeto neoliberal, na década de 1990, e da reforma administrativa do Estado implementada em 1995, que colocou a saúde como um serviço não-exclusivo do Estado. Isso facilitou a adoção de mecanismos, supostamente mais eficientes de gestão do trabalho, que permitem a flexibilização dos contratos e a demissão dos trabalhadores¹⁰. Como consequência observou-se uma proliferação de vínculos precários de trabalho em todos os setores públicos, incluindo a saúde¹¹, que passou a absorver um grande contingente de trabalhadores, especialmente no nível municipal, face ao processo de

descentralização e à incorporação da saúde como direito na Constituição Federal de 1988.

A transferência da gestão da força de trabalho para os municípios provocou a expansão das contratações de trabalhadores de saúde nesta esfera administrativa¹². Os municípios transformaram-se nos maiores gestores do SUS, mas enfrentam dificuldades na gestão do trabalho, que vai desde a capacidade de seleção, mecanismos de contratação até a fixação dos trabalhadores. A admissão por meio de contratos precários é atribuída, pelos gestores, aos limites de gasto com pessoal, impostos pela Lei de Responsabilidade Fiscal (LRF), em que os municípios para não ferirem a Lei passaram a contratar os trabalhadores por meio de

parcerias com instituições privadas, organizações sociais, cooperativas, precarizando os vínculos de trabalho, com prejuízo dos direitos dos trabalhadores e aumento da rotatividade da força de trabalho¹³.

A inserção de trabalhadores terceirizados, por meio de entidades sem fins lucrativos, retrata um tipo de vínculo precário adotado pelos gestores do SUS com o objetivo de facilitar a expansão da FTS na rede assistencial, especialmente na Estratégia Saúde da Família (ESF)¹⁴, considerada central para a mudança de modelo e para a consolidação da AB como ordenadora da rede. Além da LRF, os gestores defendem a prática de contratações precárias pela maior flexibilidade em contratar, remanejar e demitir os trabalhadores, além da dificuldade que encontram para realizar concurso público¹⁵.

Quando considerado o porte dos municípios, os vínculos protegidos predominaram em todos os municípios independente do porte populacional, porém, entre os vínculos precários a maioria (10,6%) se encontra nos municípios de pequeno porte 1. Dentre os vínculos precários o “contrato por prazo determinado” se destaca nesses municípios com 6,9%, seguido do autônomo (1,6%) e do cargo comissionado (1,5%) (tabela 2).

Esses dados confirmam os relatos anteriores, que mostram a dificuldade dos municípios, principalmente os de menores portes populacionais, em contratar os trabalhadores através de vínculos protegidos de trabalho a partir do processo de municipalização. Os municípios ficaram sobrecarregados com a tarefa de contratação dos trabalhadores e submetidos a situações insustentáveis devido às limitações financeiras.

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

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

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

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

total, são trabalhadores da saúde sem formação de nível superior e são também os que apresentam maior proporção de vínculos protegidos (89,8%). A maior precariedade

está entre os trabalhadores de nível superior sem formação em saúde (48,7%), dado que pode estar associado à contratação de muitos

trabalhadores que fazem parte da administração através de cargos de confiança.

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

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

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

Entre as ocupações de nível superior com formação em saúde que mais atuam na AB (médico, enfermeiro e dentista), os enfermeiros são os que possuem maior quantidade de vínculos protegidos (85,1%), seguido dos dentistas (84,2%) e médicos

(50,4%). Já entre os vínculos precários, ocupações com histórias mais recentes de atuação na AB, como ortoptista (100%), terapeuta ocupacional (100%), biomédicos (50%) e fisioterapeutas (47,4%) são os mais desprotegidos (tabela 4).

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

Trabalhadores de nível superior com formação em saúde	Vínculo protegido*		Vínculo precário**		Sem informação***		Total
	N	%	N	%	N	%	
Assistente social	90	89,1	7	6,9	4	4,0	101
Biólogo	1	100,0	–	–	–	–	1
Biomédico	2	50,0	2	50,0	–	–	4
Dentista	409	84,2	64	13,2	13	2,7	486
Educador físico	13	56,5	10	43,5	–	–	23
Enfermeiro	493	85,1	72	12,4	14	2,4	579
Farmacêutico	116	77,9	27	18,1	6	4,0	149
Fisioterapeuta	47	48,5	46	47,4	4	4,1	97
Fonoaudiólogo	17	58,6	12	41,4	–	–	29

						Artigo Original	
Médico	518	50,4	479	46,6	31	3,0	1028
Médico veterinário	3	100,0	–	–	–	–	3
Nutricionista	51	76,1	15	22,4	1	1,5	67
Ortopedista	–	–	1	100,0	–	–	1
Psicólogo	81	76,4	19	17,9	6	5,7	106
Terapeuta ocupacional	–	–	1	100,0	–	–	1
Sub-total	1841	68,8	755	28,2	79	3,0	2675

Trabalhadores da saúde sem formação de nível superior

Agente de saúde pública	115	92,7	8	6,5	1	0,8	124
Agente comunitário de saúde	2071	90,2	129	5,6	97	4,2	2297
Atendente de enfermagem	5	62,5	1	12,5	2	25,0	8
Atendente de farmácia	47	88,7	6	11,3	–	–	53
Auxiliar de enfermagem	659	89,7	34	4,6	42	5,7	735
Auxiliar de laboratório	8	88,9	1	11,1	–	–	9
Auxiliar em saúde bucal	294	84,0	44	12,6	12	3,4	350
Auxiliar em patologia	3	100,0	–	–	–	–	3
Protético dentário	–	–	2	100,0	–	–	2
Socorrista	2	100,0	–	–	–	–	2
Técnico em acupuntura	1	100,0	–	–	–	–	1
Técnico em administração	1	100,0	–	–	–	–	1
Técnico em enfermagem	509	92,7	30	5,5	10	1,8	549
Técnico em patologia	1	100,0	–	–	–	–	1
Técnico em radiologia	19	79,2	3	12,5	2	8,3	24
Técnico em saúde bucal	102	89,5	7	6,1	5	4,4	114
Visitador sanitário	109	91,6	10	8,4	–	–	119
Sub-total	3946	89,8	275	6,3	171	3,9	4392

Trabalhadores de nível superior sem formação em saúde

Administrador	38	54,3	32	45,7	–	–	70
Arquiteto	–	–	1	100,0	–	–	1
Engenheiro	1	50,0	1	50,0	–	–	2
Secretário executivo	1	20,0	4	80,0	–	–	5
Sub-total	40	51,3	38	48,7	–	–	78

Trabalhadores sem identificação do nível de formação

Agente de ação social	1	100,0	–	–	–	–	1
Assistente administrativo	132	89,8	15	10,2	–	–	147
Auditor	–	–	1	100,0	–	–	1
Diretor	6	28,6	15	71,4	–	–	21
Dirigente	–	–	3	100,0	–	–	3
Gerente	11	78,6	3	21,4	–	–	14
Motorista	95	96,9	2	2,0	1	1,0	98
Ouvidor	1	100,0	–	–	–	–	1
Serviços gerais	316	91,9	23	6,7	5	1,5	344
Sub-total	562	89,2	62	9,8	6	1,0	630

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

As ocupações relacionadas aos trabalhadores da saúde sem formação de nível superior, em sua maioria possuem vínculos protegidos. As maiores percentagens foram encontradas para trabalhadores com pequena inserção na AB como o protético (100%),

técnico em radiologia (12,5%) e atendente de enfermagem (12,5%). A maior precariedade entre os trabalhadores comumente encontrados na AB parece estar entre os auxiliares em saúde bucal com 12,6%. (tabela 4).

Na última década houve expansão da contratação por meio do vínculo estatutário na ESF para todas as profissões, aproximadamente 30% dos municípios contratam médicos e 50% dos municípios contratam os Agentes Comunitários de Saúde (ACS) e demais trabalhadores de nível médio por meio do vínculo estatutário, criando novos cargos ou remanejando trabalhadores estatutários já existentes em seus quadros para a ESF¹⁵.

Outro estudo mostrou que 42,1% dos trabalhadores da AB no País que participaram do ciclo 1 do Programa Nacional para Melhoria da Atenção Básica (PMAQ) eram estatutários e 25,6% CLT, totalizando 67,7% de vínculos protegidos¹¹.

Porém, estudos identificaram ainda uma forte presença do “contrato por prazo determinado” entre as formas de contratação. Observou-se dentre os vínculos dos trabalhadores da AB nos municípios de grande porte na região Sul do Brasil, 49% da FTS com contratos temporários¹⁷. Também há uma forte tendência dos gestores municipais em utilizar esta forma de contratação, como observado em estudo realizado com secretários municipais de saúde de uma microrregião de Minas Gerais, no qual 75,6% dos secretários utilizam esta forma de contratação para os trabalhadores da saúde¹⁶.

A adoção de contratos por prazo determinado, principal mecanismo presente nos vínculos precários dos trabalhadores da AB é fator importante a ser considerado na qualificação da AB, pois dificulta o conhecimento da realidade, o estabelecimento de vínculos com a comunidade e a inserção no processo de trabalho da equipe. Isso contribui para que a AB seja menos resolutiva, dificultando o seu papel na coordenação do cuidado e na mudança do modelo de atenção. Daí a necessidade de políticas voltadas para a valorização do trabalho e do trabalhador em saúde, que melhore as condições de trabalho visando à construção de um sistema de saúde de qualidade para todos.

Em 2002, o Ministério da Saúde (MS) realizou levantamento sobre o emprego no Programa Saúde da Família (PSF) e identificou elevado percentual de vínculos

precários para os médicos 52,4%, para os enfermeiros 59,3%, para os dentistas 62,1%, para os auxiliares de enfermagem 45,6% e para o ACS 59,9%.¹² Trabalho realizado com equipes de Saúde da Família e de Unidades Básicas de Saúde (UBS) tradicionais, em municípios com mais de 100 mil habitantes da região Sul do Brasil, identificou a precarização do trabalho, independente do modelo de atenção, com percentual de 30% de vínculos precários na ESF e 28% nas UBS tradicionais¹⁸.

Em estudo realizado na AB em municípios de grande porte na região Sul e Nordeste do Brasil, identificou-se percentual de 30% de vínculos precários para os trabalhadores da AB na região Sul, sendo que a maior percentagem foi encontrada para os médicos (30,3%) e ACS (29,3%)¹⁷.

Alguns trabalhos recentes também mostram uma diminuição na prática de contratação da FTS por meio de vínculos precários. Trabalho que apresentou a evolução das formas de vinculação de trabalho na ESF em 811 municípios brasileiros, de 2001 a 2009, identificou diminuição do trabalho precário nesse período para todas as ocupações (médico, enfermeiro, dentistas, técnico/auxiliar de enfermagem e ACS). A proporção de municípios que praticavam contratos protegidos passou, para os médicos, de 23,1% para 38,6%, dentistas de 28,9% para 55,6%, enfermeiros de 28,4% para 54,5%, técnicos e auxiliares de enfermagem de 52,2% para 68,3% e ACS de 31,0% para 73,6%¹⁵. Porém, mesmo que os vínculos precários tenham diminuído ainda representam um problema para a maior parte dos municípios brasileiros, sobretudo em relação aos médicos.

Outra pesquisa realizada com médicos e enfermeiros de equipes de Saúde da Família, identificou elevados percentuais de vínculos protegidos de trabalho, sendo para os médicos, em Aracajú 93%, em Belo Horizonte 81%, em Florianópolis 66%, em Vitória 91%; e para os enfermeiros, em Aracajú 92%, em Belo Horizonte 95%, em Florianópolis 81%, em Vitória 100%¹⁹.

A diminuição da precariedade dos vínculos de trabalho em saúde é atribuída às políticas públicas priorizadas nos últimos

mandatos do governo federal, que instituiu uma agenda de fortalecimento do Estado e valorização dos serviços e dos trabalhadores da saúde¹⁵. Isso se deu por meio da política de desprecarização do trabalho e da regularização das relações de trabalho no setor público, especialmente em nível municipal, onde os contratos precários foram substituídos por vínculos de trabalho protegidos através do ingresso do trabalhador por concurso público¹⁹.

A criação da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde do Ministério da Saúde, das Mesas de Negociação Permanente do SUS e da criação do Comitê Nacional Interinstitucional de Desprecarização do Trabalho foram mecanismos que contribuíram para essa tendência¹⁵.

A contratação por meio de vínculos protegidos de trabalho apresenta impacto positivo na fixação dos profissionais e na melhoria do desempenho das ações desenvolvidas¹⁹, já que os vínculos precários de trabalho caracterizam-se como fonte de tensão, estresse, sentimento de desmotivação, desvalorização e até adoecimento do trabalhador⁸. A precarização dos vínculos de trabalho pode gerar efeitos deletérios na atenção à saúde, pois compromete a dedicação dos trabalhadores ao aumentar a rotatividade e a insatisfação profissional¹², podendo comprometer a qualidade da assistência prestada.

Outro tema abordado no presente estudo está relacionado à multiplicidade de vínculos de trabalho, onde identificou-se 374 (5,1%) trabalhadores com mais de um vínculo de trabalho, totalizando 920 vínculos. Desses 374 trabalhadores, 204 (54,5%) encontram-se cadastrados nos municípios de pequeno porte 81 (21,6%) nos municípios de pequeno porte 2, três (0,8%) nos municípios de médio porte e 86 (22,9%) nos municípios de grande porte. Também no caso de múltiplos vínculos predominou os vínculos protegidos (68%),

sendo 58% estatutário e 10% emprego público. Entre os vínculos precários (29,9%), destaca-se o contrato por prazo determinado (16,2%). Entre os trabalhadores com mais de um vínculo, o número varia de dois a nove, em que a grande maioria (76,7%) possui dois vínculos de trabalho.

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

O múltiplo vínculo de trabalho é encontrado em outros estudos mostraram que 32,1% dos profissionais que integravam as equipes da ESF acumulavam mais de um emprego, sendo 100% dos médicos, 67% dos enfermeiros e 17% dos ACS, não considerando o trabalho na AB como a atividade principal²⁰. A redução das jornadas de trabalho e dos direitos legais também são fatores que contribuem com a adoção de múltiplos vínculos, ocorrendo principalmente com os médicos, dentistas e enfermeiros²¹.

Especialmente os médicos, pelo caráter tradicional da medicina liberal, chegam a acumular três ou até mais empregos. Podendo-se identificar um percentual de 75,3% dos médicos possuindo de dois a mais de quatro vínculos de trabalho e 61,7% dos dentistas entre dois a três vínculos de trabalho²². Já a enfermagem desenvolveu-se basicamente na forma de trabalho assalariado, sendo a modalidade liberal inexpressiva²³.

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

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

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

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

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

Deve-se levar em consideração também a adoção de outros vínculos no setor privado e em outros níveis de atenção, que não foram incluídos no presente estudo, e que são facilitados pela adoção de cargas horárias reduzidas, mas que levam a jornadas de trabalho superiores a 40 horas semanais.

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

Dado semelhante foi encontrado em estudo, no qual 51,9% dos médicos possuíam vínculos de trabalho que quando somados totalizavam jornada semanal superior a 40 horas semanais apenas no serviço público²⁴. A combinação de múltiplos vínculos de trabalho também pode estar relacionada à baixa remuneração oferecida na AB, levando os profissionais a procurarem outros trabalhos com o intuito de melhorar a renda, ou ainda, pode estar associada à escassez de trabalhadores, especialmente em municípios de menor porte²⁵.

O multiemprego, assim como a CH de trabalho elevada podem ser considerados fatores de precarização do sistema de saúde,

colocando-se como um desafio para a consolidação do SUS e da AB. Ao manter vários vínculos de trabalho o trabalhador deixa de se envolver como deveria com a população e com as questões relacionadas ao trabalho,²⁴ comprometendo a qualidade do serviço prestado. Mesmo que estes múltiplos vínculos sejam na AB, contribuem com a desqualificação do serviço prestado, já que o trabalhador não está em tempo integral na unidade, dificultando a manutenção de vínculo com a população atendida e com a própria equipe de saúde.

CONCLUSÃO

A pesquisa revelou aspectos positivos em relação ao percentual de vínculos protegidos (82,2%) e baixo percentual de trabalhadores com múltiplos vínculos (5,2%) na AB na Macrorregião Oeste do Paraná, quando comparados a outros estudos. Os resultados a maioria dos vínculos precários se encontra nos municípios de pequeno porte 1 (10,6%), entre trabalhadores de nível superior sem formação em saúde (48,7%) e nos vínculos com carga horária semanal entre uma e dez horas (41,7%); constituindo-se em problema relevante, sobretudo para os municípios de pequeno porte, que apresentam dificuldades na gestão do trabalho em saúde.

A flexibilização da aplicação da LRF para a contratação da FTS tem sido reivindicada por gestores e entidades da reforma sanitária, assim como, a municipalização do sistema tem sido revisada e questionada por estudiosos que apontam a

necessidade de um papel mais ativo das secretarias estaduais de saúde na gestão regionalizada do sistema e no apoio às gestões municipais.

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

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Portaria No 2.488 de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Brasília: DF; 2011.
2. Dedecca CS, Trovão CJBM. A força de trabalho no complexo da saúde: vantagens e desafios. *Revista Ciência & Saúde Coletiva*. 2013; 18 (6): 1555-1567.
3. Merhy EE, Franco TB. Reestruturação produtiva e transição tecnológica na saúde: debate necessário para a compreensão do processo de “financeirização” do mercado na saúde. In: Franco TB, Merhy EE. Trabalho, produção do cuidado e subjetividade em saúde. São Paulo: HUCITEC; 2013. p. 109-139.
4. Campos GWS. Recursos humanos na Saúde: fator de produção e sujeitos sociais no processo de reforma sanitária. In: Campos GWS, Merhy EE, Nunes ED. Planejamento sem normas. 2a ed. São Paulo: HUCITEC; 1994. p. 45-51.
5. Machado MH. Gestão do trabalho em saúde. In: Pereira IB, Lima JC F. Dicionário da educação profissional em saúde. Rio de Janeiro: EPSJV; 2009.
6. Souza MASL. As Novas Configurações do Trabalho em Saúde: os indicativos do processo de desregulamentação. *Textos & Contextos*. 2010; 9 (2): 334-344.
7. Brasil. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. A Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Brasília, DF: CONASS; 2011. (Coleção para entender a gestão do SUS).
8. Faria HX, Araújo MD. Precarização do trabalho e processo produtivo do cuidado. Dossiê: Classes Sociais e Transformações no Mundo do Trabalho. 2011; 16 (1): 142-156.
9. Brasil. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Recursos humanos: um desafio do tamanho do SUS. Brasília, DF: CONASS; 2004.
10. Pierantoni CR. As reformas do Estado, da saúde e recursos humanos: limites e possibilidades. *Ciência e Saúde Coletiva*. 2001; 6 (2): 341-360.
11. Seild H, Swheelen PV, Fausto MCR, Lima RCD, Gagno J. Gestão do trabalho na Atenção Básica em Saúde: uma análise a partir da perspectiva das equipes participantes do PMAQ-AB. *Saúde em Debate*. 2014; 38: 237-251.
12. Machado MH, Koster I. Emprego e trabalho em saúde no Brasil: as políticas de desprecarização do Sistema Único de Saúde. In: Assunção AÁ, Brito J. Trabalhar na saúde: experiências cotidianas e desafios para gestão do trabalho e do emprego. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2011. p. 195-213.
13. Silva SF. Organização de redes regionalizadas e integradas de atenção à saúde: desafios do Sistema Único de Saúde (Brasil). *Ciência e Saúde Coletiva*. 2011; 16 (6): 2753-2762.

14. Nogueira RP. Resultado do estudo de avaliação de tendências e prioridades sobre recursos humanos em saúde. In: Brasil. Ministério da Saúde. Política de recursos humanos em saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2002. p. 31-44.
15. Girardi S, Carvalho CL, Maas LWD, Farah J, Freire JA. O trabalho precário em saúde: tendências e perspectivas na estratégia saúde da família. *Divulgação em Saúde para Debate*. Rio de Janeiro, n. 45, p. 11-23, 2010.
16. Junqueira TS, Cotta RMM, Gomes RC, Silveira SFR, Batista RS, Pinheiro TMM, et al. As relações laborais no âmbito da municipalização da gestão em saúde e os dilemas da relação expansão/precarização do trabalho no contexto do SUS. *Cadernos de Saúde Pública*. 2010; 26 (5): 918-928.
17. Silveira DS, Facchini LA, Siqueira FV, Piccini RX, Tomasi E, Thumé E, et al. Gestão do trabalho, da educação, da informação e comunicação na atenção básica à saúde de municípios das regiões Sul e Nordeste do Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*. 2010; 26 (9): 1714-1726.
18. Tomasi E, Facchini LA, Piccini RX, Thumé E, Silveira DS, Siqueira FV, et al. Perfil sócio-demográfico e epidemiológico dos trabalhadores da atenção básica à saúde nas regiões Sul e Nordeste do Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*. 2008; 14 (1): 193-201.
19. Mendonça MHM, Martins MIC, Giovanella L, Escorel S. Desafios para gestão do trabalho a partir de experiências exitosas de expansão da Estratégia de Saúde da Família. *Ciência e Saúde Coletiva*. 2010; 15 (5): 2335-2365.
20. Cotta RMM, Schott M, Azeredo CM, Franceschini SCC, Priore SE, Dias G. Organização do trabalho e perfil dos profissionais do Programa Saúde da Família: um desafio na reestruturação da atenção básica em saúde. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*. 2006; 3 (15): 7-18.
21. Machado MH. Trabalho e emprego em saúde. In: Giovanella L. et al., organizadores. Políticas e Sistema de Saúde no Brasil. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2008. p. 309-330.
22. Nunes EFPA, Santini SML, Carvalho BG, Junior LC. Força de trabalho em saúde na Atenção Básica em Municípios de Pequeno Porte do Paraná. *Saúde em Debate*. 2015; 39 (104): 30-42.
23. Pires D. Reestruturação produtiva e Trabalho em saúde no Brasil. 2a ed. São Paulo: CUT/Annablume; 2008.
24. Maciel RH, Santos JBF, Sales TB, Alves MAA, Luna AP, Feitosa LB. Multiplicidade de vínculos de médicos no Estado do Ceará. *Revista de Saúde Pública*. 2010; 44 (5): 950-956.
25. Perpétuo IHO, Oliveira AC, Ribeiro MM, Rodrigues RB. A categoria profissional dos médicos: fatores condicionantes da sua atração e fixação na Atenção Primária à Saúde em Minas Gerais. Belo Horizonte: Observatório de Recursos Humanos em Saúde do Nig.One/UFMG; 2009.

Recebido em 26.05.2016
Aprovado em: 13.07.201