

A precarização do trabalho na atenção básica em saúde: relato de experiência

The precarity work in the primary care in health: relate of experience

Márcia Valéria da Silva CAVALCANTE¹
Telma Cristiane Sasso de LIMA²

Resumo: Este artigo apresenta os resultados do estudo sobre a precarização do trabalho na atenção básica no SUS, observando criticamente as principais causas dessa tendência no Brasil. Orienta-se pelo objetivo central de conhecer as expressões da precarização no âmbito da Estratégia Saúde da Família, estruturadas em um relato de experiência, cujos estudos empreendidos tiveram como percurso metodológico a revisão bibliográfica e o estudo de caso realizado a partir da monitoria no PETSaúde da Família no período de 2010-2011, na Unidade Básica de Saúde da Família Denisson Menezes, na cidade de Maceió, no estado de Alagoas.

Palavras-chave: Política de Saúde. Estratégia Saúde da Família. Precarização do Trabalho.

Abstract: This article presents the results of the study on precarious work in primary care in the SUS, observing critically the main causes of this trend in Brazil. Guided by the core objective of meeting the terms of casualization within the Family Health Strategy, structured on a experience report, which studies were undertaken as a methodological approach to literature review and case study performed from the monitoring PETSaúde Family in the period 2010-2011 in basic health unit Denisson Menezes in Maceió (Alagoas State, Brazil).

Keywords: Health Policy. Family Health Strategy. Precarious Work.

Submetido em: 29/8/2012. Nova versão em: 30/10/2012. Aceito em: 16/6/2013.

¹ Assistente Social, residente na Residência Multiprofissional em Saúde do Adulto e do Idoso no Hospital Universitário Professor Alberto Antunes-HUPAA/Universidade Federal do Alagoas (UFAL), Brasil. E-mail: <marciacavalcantesso@hotmail.com>.

² Mestre em Serviço Social, professora Assistente da Faculdade de Serviço Social da Universidade Federal de Alagoas (UFAL), Brasil. E-mail: <telmasasso@gmail.com>.

Introdução

O presente artigo debate a precarização do trabalho no âmbito da Unidade Básica de Saúde da Família (UBSF) Denisson Menezes em Maceió, no estado de Alagoas, pontuando alguns aspectos pertinentes à reforma do Estado e seus impactos na saúde e no nível da atenção básica no Sistema Único de Saúde (SUS). O estudo que deu base a este artigo foi elaborado a partir da experiência na monitoria no Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde da Família (PET Saúde da Família)³, cujo cenário de observação e coleta de dados envolveu o estudo de caso da realidade local de saúde dos usuários do SUS atendidos na UBSF Denisson Menezes.

As etapas metodológicas envolveram: i) revisão bibliográfica, que permitiu organizar os balizamentos conceituais acerca do objeto de estudo, delimitando-o e ampliando o marco teórico de análise dos dados coletados através da experiência vivida no grupo tutorial de Serviço Social no PET Saúde da Família; ii) estudo de caso, que foi estruturado a partir da observação *in loco* e da pesquisa documental, desenvolvidas entre junho de 2010 e dezembro de

³ PRO-Saúde e PET Saúde da Família estão vinculados aos Ministérios da Saúde e da Educação, desde 2008, com objetivo de desenvolver ações para o fortalecimento da atenção básica e da vigilância em saúde, fortalecendo a ESF e a integração ensino-serviço-comunidade, reorientando a formação profissional pela abordagem integral do processo saúde-doença.

2011, com foco na identificação das formas de precarização do trabalho na Estratégia de Saúde da Família (ESF).

A estrutura deste artigo é composta pela apresentação inicial das referências conceituais sobre precarização do trabalho, refletindo como esse processo incide sobre a saúde pública e, especificamente, na ESF, expondo de forma geral as mudanças ocorridas no mundo do trabalho. Em seguida, apresentam-se os dados sistematizados pelo estudo e as conclusões. Por fim, dispõem-se as notas explicativas e listam-se as referências utilizadas.

1 Precarização do trabalho: aproximações conceituais

Para tratar da precarização devemos pontuar as mudanças no mundo do trabalho, a partir da configuração da divisão sócio-técnica do trabalho quando houve a introdução das máquinas nas indústrias e a transição para o padrão flexível de produção e acumulação. Conforme Cavalcante e Prêdes (2010), essas mudanças legitimaram a precarização das condições e relações de trabalho, visto que várias consequências podem ser mapeadas a partir do padrão flexível, como: alto nível de desemprego, retrocesso de poder sindical, destruição e reconstrução de habilidades e ganhos modestos de salário reais.

Para tratar conceitualmente o trabalho precário, utilizamos Correia e Prêdes (2009) que elaboram sua compreensão

a partir de autores como Kalleberg e Druck. Para Kalleberg (2009, p. 1), trabalho precário envolve o tipo de trabalho imprevisível, incerto, em que os próprios trabalhadores assumem os riscos empregatícios. Tendo em vista que a concepção de Druck (2009) apud Correia e Prêdes (2009, p. 26) referenda que a precarização é um fenômeno proveniente das modificações no arcabouço jurídico trabalhista e social, na reconfiguração do papel do Estado e das políticas sociais e é caracterizada pela insegurança, pela fragmentação dos coletivos de trabalhadores e da concorrência entre eles, impactando ainda as formas de gestão do trabalho e o comportamento dos sindicatos.

Com base em Baraldi (2005, p. 20), o trabalho precário resulta das relações instáveis do trabalho, das relações flexíveis e informais de trabalho que provocam a rotatividade elevada e a ausência de benefícios ou salários indiretos, bem como a insegurança do vínculo, baixos salários, largas jornadas de trabalho etc.

De acordo com Correia e Prêdes (2009), a partir da concepção da Organização Internacional do Trabalho (OIT), o trabalho precário implica na má remuneração, na insegurança do vínculo, na desproteção trabalhista e na capacidade insuficiente do trabalhador manter um domicílio.

Os anos 1990, no Brasil, ficaram conhecidos como o período no qual se iniciou um intenso processo de reforma

do Estado brasileiro, em que o argumento oficial residia na necessidade de adotar medidas para o controle da inflação, que dentre elas podem ser citadas: a desregulação do mercado; a estabilidade da economia e um intenso processo de reformas do texto Constitucional de 1988. A partir daí o trabalho precário tomou vulto, estimulado pela reestruturação produtiva e pelas novas formas de organizar o trabalho, provocando a abertura comercial, a desregulamentação e a flexibilização das relações de trabalho, bem como consolidando a política neoliberal, responsável por redimensionar as políticas públicas brasileiras sob o direcionamento da focalização, da fragmentação, da privatização e da precarização. Essa reforma, em nome da estabilidade econômica, alterou a desregulação da economia com a diminuição da interferência do Estado no mercado e na relação capital/trabalho, iniciando a privatização dos serviços públicos cujo foco principal recaiu sobre os parques investimentos nas políticas sociais, sobretudo as de Seguridade Social (CORREIA; PRÉDES, 2009).

Ao passo que as políticas sociais são reconfiguradas a partir das escolhas político-econômicas, alteram-se também as relações de trabalho devido à intrínseca relação entre política social e provisão de direitos sociais ao trabalhador. Na próxima subseção, abordaremos especificamente a precarização do trabalho na saúde, frente aos impactos que a política nacional de saúde

vem sofrendo desde a reforma do Estado.

1.1 A precarização do trabalho na saúde

Após a regulamentação do SUS através da Lei nº 8.080/90, a política de saúde passou a ser envolvida pelo discurso governamental de crise, requerendo atenção e medidas de racionalização de gastos e provisões (BRASIL, 1990). A concepção de crise veiculada durante a gestão de Fernando Henrique Cardoso (FHC) consistia em compreendê-la como produto de ingerência político administrativa, pois o Estado era incapaz de gerir e executar os serviços sociais, sobretudo os da área da saúde. Para responder a essa “inoperância” do Estado, o governo propunha a privatização dos serviços públicos estatais, instituindo sua legitimidade com a experiência do Hospital das Clínicas de Porto Alegre, no Rio Grande do Sul, transformado em empresa pública de direito privado, gerido como organização social⁴.

Além disso, a reforma da saúde também contemplaria a mudança dopa-

drão de atenção, por meio da implantação do Programa Saúde da Família, “[...] apresentando a proposta de ampliação de 847 para 3.500 equipes de saúde da família (ESF)” (PAIM, 2008, p. 214). Vale ressaltar que a alteração do modelo de atenção à saúde estava posta no caderno nº 13 do documento do Ministério da Administração Federal e Reforma do Estado (MARE), no qual, Bresser Pereira (BRASIL, 1998, p.14) propôs que a reforma para o setor saúde deveria ser orientada para a assistência ambulatorial e hospitalar porque estas congregam as partes mais caras do SUS. Portanto, restringiria-se aos gastos com internamentos hospitalares e se investiria na atenção básica, alterando-se o modelo de atenção.

Esses aspectos demonstram a preocupação governamental com a política econômica e a contenção dos gastos com os serviços sociais, como é o caso da contenção dos gastos com a média e alta complexidade, precarizando mais ainda a saúde brasileira.

Para alterar o modelo de atenção à saúde, foi instituída a Norma Operacional Básica (NOB) nº 01/1996, intitulada *Gestão Plena com Responsabilidade pela saúde do cidadão*, através da qual foram adotadas as políticas estratégicas como o Programa Saúde da Família e o Programa dos Agentes Comunitários de Saúde (PACS) (FIGUEIREDO, 2006). O seguinte argumento tomou força:

O modelo vigente, que concentra sua atenção no caso clínico, na relação individualizada entre o profissional e o paci-

⁴ Para solucionar a má administração do Estado foram propostas novas modalidades de gestão: Organizações Sociais (OS) através da Lei nº 9.637/98 (criada a partir da Medida Provisória MP nº 1.591/97); Organizações da Sociedade Civil e Interesse Público (OSCIPI) por meio da Lei nº 9.790/99 pelas quais os serviços públicos passariam a ser executados pelo setor privado, deslegitimando a Lei nº 8.080/90 que permite apenas a complementaridade do setor privado no sistema de saúde (CORREIA, 2011).

ente, na intervenção terapêutica armada (cirúrgica ou medicamentosa) específica, deve ser associado, enriquecido, transformado em um modelo de atenção centrado na qualidade de vida das pessoas e do seu meio ambiente, bem como na relação da equipe de saúde com a comunidade, especialmente, com os seus núcleos sociais primários – as famílias (BRASIL, 1997, p. 15 apud FIGUEIREDO, 2006, p. 204).

Figueiredo (2006) destaca que o argumento utilizado pelo governo para alterar o modelo de atenção não concretizou na prática, pois a atenção básica não foi desenvolvida com qualidade integral e o atendimento hospitalar e ambulatorial foi restringido ao extremo. Conforme a autora, os dados da pesquisa realizada em 1999 pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) conjuntamente com o Ministério da Saúde mostraram que houve:

[...] uma redução de 27% no número de leitos disponíveis para internações no Brasil no período de 1992-1999, de um total de 544.357 leitos existentes em 1992, baixou para 484.945 o número de leitos disponíveis em 1999. [...] Na prática, a 'racionalização do acesso' hospitalar ou a 'moderação da demanda', tem se efetivado pela redução de leitos disponíveis ao SUS na rede conveniada; pela privatização de leitos na rede pública; pelo controle de AIHs – Autorização de Internação Hospitalar; pelas filas nos casos eletivos e até mesmo pela cobrança irregular de complementação ou taxas extras. [...] se considerarmos a recomendação da Organização Mundial de Saúde – OMS, de 4 leitos para cada 1000 habitantes, estaríamos com um déficit nada desprezível de mais de 100 mil leitos no Brasil (RIZZOTTO, 2000, p. 203-204 apud FIGUEIREDO, 2006, p. 214).

Evidencia-se pela pesquisa do IBGE que há uma intensa precarização dos serviços de saúde, pois não se desenvolve a atenção básica com qualidade, mas os demais serviços de alta e média complexidades são reduzidos e privatizam-se leitos hospitalares, aumentam-se as filas para acesso a exames e consultas especializados, além da cobrança de taxas extras.

A reforma do Estado incidiu ainda sobre os Recursos Humanos do SUS com as alterações realizadas pela Emenda Constitucional nº 19 que alterou o artigo 39⁵ da Constituição, fazendo com que o emprego público passasse a ser regulamentado no âmbito federal pela Lei nº 9.962/2000, que determina que o pessoal admitido para emprego público na administração federal direta, autárquica e fundacional terá sua relação de trabalho regida pela Consolidação das Leis do Trabalho, suprimindo a necessidade da utilização do Regime Jurídico Único (RJU). Nesta lei, os contratos trabalhistas passaram a ser regidos por processo seletivo diferenciado com remuneração diferenciada e sem exigir a existência de planos de carreira. Diferenças previdenciárias instituídas pelo Regime Geral da Previdência que difere do Regime Jurídico Único (RJU) porque deixa de garantir estabilidade de vínculo, desestrutura as carreiras, congela salários e quebra a isonomia e a paridade no trabalho entre

⁵ Estabelece a obrigatoriedade do Regime Jurídico Único para os servidores públicos.

as categorias profissionais (MARCH, 2009, p.4).

Os trabalhadores dos serviços públicos de saúde foram afetados pelas privatizações, visto que as contratações passaram a ocorrer pela forma da Consolidação das Leis Trabalhistas (CLT), sem estabilidade empregatícia, enfraquecendo ainda a organização dos trabalhadores como classe, pois, com a criação das Fundações Estatais de Direito Privado aumentou a vulnerabilidade desses trabalhadores (CORREIA, 2011, p 46).

Pode ser destacado que a reforma administrativa sob a justificativa de modernizar a gestão através das privatizações da saúde e da flexibilização, desburocratização dos serviços e do trabalho em saúde conforma nesses aspectos os fatores que impulsionaram a precarização dos serviços públicos de saúde e, conseqüentemente, do trabalho em saúde. As ações implementadas a partir do Governo FHC consolidaram um processo de desinstitucionalização dos direitos preconizados na Constituição Federal de 1988, sobretudo com a privatização dos serviços sociais e com a transferência gradativa da sua gestão para instituições de iniciativa privada. Assim, entendemos que nos anos 1990, a saúde é perpassada por uma dicotomia: de um lado, a institucionalização concreta do SUS como forma de materializar o direito universal à saúde e o processo de estruturação dos programas e serviços com a descentralização da atenção à saúde e a municipalização

das responsabilidades gestoras e de financiamento; por outro lado, a hegemonia político-econômica que reclama a redução dos gastos do Estado e o redirecionamento das políticas sociais à população em extrema pobreza. Aliado a isso, as crises econômicas modificam o mercado de trabalho, aumentando o desemprego, a flexibilização e o trabalho informal (TAVEIRA, 2010, p. 16).

A sanção da Lei Complementar nº 101/2000 (Lei de Responsabilidade Fiscal), que obrigou os municípios a redução de gastos vem no escopo das diretrizes neoliberais da política econômica brasileira. A forma encontrada para redução de gastos com a folha de pagamento trouxe a parceria com Organizações Não Governamentais (ONGs) ou Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público (OSCIPs), ou através da consolidação de contratos temporários com cooperativas (BRASIL, 2006, p. 12).

Para Correia e Prêdes (2009), as medidas alternativas de contratação que precarizam o trabalho na saúde têm suas raízes nas variadas formas de compreensão do Estado, ou seja, da compreensão que se atribui ao seu caráter público e de sua relação com o setor privado (complementaridade ou substituição).

Na saúde, a precarização tem sido conceituada pelo Ministério da Saúde:

[...] Segundo entendimento do CONASS e do CONASEMS, trabalho precário está relacionado aos vínculos de trabalho no

SUS que não garantem os direitos trabalhistas e previdenciários consagrados em lei, seja por meio de vínculo direto ou indireto. Ainda segundo o CONASS e o CONASEMS, mesmo que o vínculo seja indireto, é necessário garantir o processo seletivo e, sobretudo, uma relação democrática com os trabalhadores. Por sua vez, para as Entidades Sindicais que representam os trabalhadores do SUS, trabalho precário está caracterizado não apenas como ausência de direitos trabalhistas e previdenciários consagrados em lei, mas também como ausência de concurso público ou processo seletivo público para cargo permanente ou emprego público no SUS (BRASIL, 2006, p. 13).

As Entidades Sindicais acrescentam a ausência de concurso público ou processo seletivo para cargo permanente ou emprego público no SUS como indicador de trabalho precário, além de reconhecerem que a precarização do trabalho decorre da restrição de direitos trabalhistas e previdenciários.

Para o Ministério da Saúde trabalho precário é

[...] aquele que se exerce na ausência dos direitos trabalhistas e de proteção social, ou seja, o que é desprovido da devida cobertura por normas legais e não garante os benefícios que dão segurança e qualidade de vida ao trabalhador, o que inclui, entre outros, a aposentadoria, o gozo de férias anuais, décimo-terceiro salário e as licenças remuneradas de diversos tipos. Estão envolvidos trabalhadores que são contratados diretamente pelo órgão público mediante um vínculo temporário ou informal que se renova sistematicamente; ou ainda, trabalhadores que se incorporam à força de trabalho do setor público por meio de entida-

des terceirizadas tais como cooperativas e atuam como se fossem autônomos (SEMINÁRIO..., 2003, p. 4).

Os dados atuais no âmbito do SUS sobre as modalidades de vínculo empregatício revelam que 800 mil trabalhadores são precarizados, ou seja, cerca de 40% da força de trabalho está submetida a modalidades contratuais distintas: cooperativas, sistemas de bolsas de trabalho, contratos temporários, pagamento por reconhecimento de dívida, prestação de serviços por meio da Consolidação das Leis Trabalhistas (CLT)⁶ etc. (CORREIA; PRÉDES, 2009). A insegurança vivida pelo trabalhador, diante da fragilidade dos vínculos, gera impactos na assistência prestada à população que, aliada à falta de investimento, materializa a precarização dos serviços públicos de saúde.

A precarização do trabalho na saúde ultrapassa a flexibilização das relações de trabalho, envolvendo outros fatores como: as precárias condições físicas e materiais das unidades de saúde e a ausência de garantias para segurança do trabalho e para a saúde do trabalhador; a multiplicidade de vínculos empregatícios dos trabalhadores do

⁶ Conforme o Relatório do Seminário Nacional sobre a Política de Desprecarização das Relações de Trabalho no SUS, dentre os contratos mencionados, a CLT é o único vínculo que dá garantia de segurança ao trabalhador. No entanto, quando esse tipo de vínculo é temporário deixa de ser considerado como seguro tanto para o SUS como para o trabalhador, visto que o fim do contrato, já que é temporário, pode prejudicar a continuidade do trabalho na saúde (SEMINÁRIO..., 2003).

SUS, especialmente do nível superior e motivada pelos baixos níveis salariais; a distribuição da carga horária na unidade de saúde (nem sempre em todos os dias da semana) e a jornada de trabalho semanal do trabalhador (totalizando todos os vínculos); o perfil da gestão do trabalho nas secretarias de saúde, com elementos de desprofissionalização e clientelismo; a baixa remuneração salarial dos trabalhadores; as fragilidades na organização política dos trabalhadores da saúde, entre outros (CORREIA; PRÉDES, 2009, p. 43).

Portanto, a precarização causa impacto tanto aos trabalhadores como aos serviços prestados e é uma barreira que impede o desenvolvimento do SUS, pois afeta a relação dos trabalhadores com o sistema, além de danificar a qualidade e o prosseguimento dos serviços essenciais ofertados. A partir do aprofundamento conceitual adquirido, a seguir apresentam-se as aproximações acerca do objeto de estudo proposto, localizando as mediações entre precarização na saúde pública e o nível de atenção básica do SUS.

1.2 A precarização do trabalho na Atenção Básica: a ESF em foco

A partir do exposto na subseção anterior, foi mostrado que a reforma do Estado na saúde centrou-se em alterar a gestão e o financiamento das políticas públicas de saúde, modificando inclusive o modelo de atenção⁷ com

⁷ Vale ressaltar que o modelo de atenção em pauta conforme Paim (1999 apud MERHY;

foco na atenção básica, principalmente devido à motivação ideológica envolta na necessidade neoliberal de gastos atribuídos a dupla entrada no SUS que sobrecarregaria a média e a alta complexidades.

A alteração do modelo de atenção à saúde preconizada pelo Movimento de Reforma Sanitária não foi a mesma concepção operada através dos programas implantados a partir de meados dos anos 1990, cujas políticas prioritárias envolveram: o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa de Agentes Comunitários (PACS).

No Brasil, o PACS foi instituído em 1991 pelo Governo FHC com o objetivo de ampliar a cobertura de ações de saúde de baixo custo voltadas para as populações rurais e de periferias urbanas, sendo direcionado principalmente ao público materno infantil. Sob a concepção de Paim (apud MERHY; MALTA; SANTOS, 2004, p. 15):

MALTA; SANTOS, 2004, p. 3) consiste na organização das ações para a intervenção no processo saúde-doença, articulando os recursos físicos, tecnológicos e humanos, para enfrentar e resolver os problemas de saúde existentes em uma coletividade. Podem existir modelos que desenvolvam exclusivamente intervenções de natureza médico curativa e outros que incorporem ações de promoção e prevenção; e, ainda, há modelos em que seus serviços simplesmente atendem às demandas, estando sempre aguardando os casos que chegam espontaneamente ou outros que atuam ativamente sobre os usuários, independentemente de sua demanda.

[...] o PACS pode ser considerado uma proposta limitada na sua potência por referência ao conjunto de intervenções de amplo alcance que estruturam o projeto da Reforma Sanitária brasileira. Sua extensão deu-se nas áreas de baixa cobertura especialmente no nordeste brasileiro (PAIM, 1999 apud MERHY; MALTA; SANTOS, 2004).

Esse processo foi ampliado com a implantação do PSF, em 1994, como política de intervenção assistencial do Ministério da Saúde, regulamentada pela NOB 01/1996 que introduziu um forte componente de estímulo ao desenvolvimento do programa através de um financiamento específico, e fez com que o programa se expandisse rapidamente, com o Ministério da Saúde estabelecendo metas e vinculações de transferências de recursos financeiros para implantação e expansão. Assim, o Ministério da Saúde acolhe parte das críticas encaminhadas ao PACS, agregando novos elementos ao PSF que se intensifica como uma proposta diferenciada ao PACS, este último caracterizado pelos estudiosos como um programa reducionista e focalizado (MERHY; MALTA; SANTOS, 2004, p.15).

Assim, o PSF é assumido no discurso governamental como um novo modelo assistencial à saúde porque instituiu a promoção e a prevenção aos agravos, ultrapassando o modelo restrito da medicina curativa. Com o programa, a família passa a ser o núcleo central de atenção, percebida a partir do seu ambiente físico e social, assumindo dessa forma, um caráter substitutivo das práticas convencionais de assistência.

Culmina nos anos 2000, na indicação do PSF como estratégia de ação porque reorganizaria os serviços de atenção básica no âmbito do SUS, deixando de ser um programa paralelo ao Sistema e focado na pobreza. Segundo Bettiol (2006), o PSF deixa de ser visto como proposta marginal, paralela ao sistema de saúde, mas como um processo substitutivo e baseado nos princípios do SUS.

Após sua absorção pelo SUS no nível de atenção básica como uma estratégia para a reorganização dos serviços de saúde, o Ministério da Saúde publica a Política Nacional de Atenção Básica em 2006 preconizando que a Estratégia de Saúde da Família (ESF) é o novo modelo cuja equipe mínima deve responder ao atendimento de no mínimo 3.000 habitantes e no máximo 4.000 habitantes, com jornada de trabalho de 40 horas semanais, tendo número de Agentes Comunitários de Saúde (ACS) suficiente para cobrir 100% da população cadastrada, pois a previsão de atendimento para um ACS deve envolver no máximo 750 pessoas, ou 150 famílias.

Entre 1998 e 2002 registrou-se o maior índice de ampliação do PSF com 12.586 equipes, marca da sua institucionalização através da atenção básica do SUS (BETTIOL, 2006). Apesar dessa expansão, surgem novas dificuldades devido às novas modalidades de contratação de recursos humanos no SUS que gradativamente vêm substituindo os funcionários concursados, identificando-se formas precárias e informais de víncu-

los trabalhistas: terceirização dos médicos, enfermeiros, ACS etc. Com isso, determinam-se novas formas de precarização tanto do trabalho como dos serviços na política de saúde.

Nesse contexto, está a realidade vivenciada pelos profissionais do PSF apresentada por Gois, Medeiros e Guimarães (2010) com base em estudos realizados sobre recursos humanos, mostrando que o grau de precarização nos contratos trabalhistas é mapeado pelo número de cooperativas, pelo número de prestação de serviço por tempo determinado, pela existência de acordos verbais e de cargos comissionados etc. As autoras ressaltam que no Relatório Final da XIII Conferência Nacional de Saúde, em 2009, especificamente no eixo *II SUS na Seguridade Social e o Pacto pela saúde*, foram constatadas algumas reivindicações referentes à precarização do trabalho em saúde:

[...] ampliar e atualizar os recursos repassados, garantindo financiamento tripartite e incentivo QUALIS para implantação e reestruturação das ESF, PACS [...] visando melhores condições de trabalho das equipes; criar política de desprecarização garantindo os direitos trabalhistas e os meios de efetivação de todos os trabalhadores de saúde nos vários níveis de atenção, teto salarial, isonomia salarial para profissionais do mesmo nível de formação e de carga horária, adicionais de insalubridade, risco de vida e periculosidade [...] 13º salário para todos; garantir a desprecarização do trabalho na saúde com a implantação imediata do plano de cargo carreira e remuneração (PCCR-SUS), [...] concurso público para o preenchimento de cargos nas diversas áreas de saúde; regulamen-

tar a jornada de trabalho de 30 horas semanais para todos os trabalhadores de saúde que não têm regulação específica e garantir o seu cumprimento; que os governos federal, estaduais e municipais implantem a política de saúde do trabalhador, visando a redução da carga horária de trabalho, a revisão do piso salarial [...] condições de trabalho adequadas (salário digno, recursos humanos suficientes, equipamentos de proteção individual, materiais e espaço físico) a todos os trabalhadores do SUS para garantir um trabalho com qualidade e sem sobrecarga física e mental para o atendimento humanizado e de qualidade para o paciente; garantir a implantação das mesas de negociação permanente do SUS, nas esferas estadual e municipal, a fim de estabelecer a gestão democrática nas relações de trabalho (GOIS; MEDEIROS; GUIMARÃES, 2010, p. 1205-1206).

Dessa forma, garantir-se-ia aos trabalhadores do SUS trabalho com qualidade e sem sobrecarga física e mental, priorizando o atendimento humanizado e de qualidade aos usuários, além da efetivação de mesas de negociação e outros espaços políticos que garantissem o diálogo trabalhista permanente no SUS em todas as esferas de governo, materializando assim o princípio da gestão democrática nas relações de trabalho.

Para Gois, Medeiros e Guimarães (2010), as reivindicações demonstram que o trabalho precário ampliou com o PSF, principalmente no Nordeste, onde esse programa foi implantado precocemente e de modo intenso. As autoras ressaltam que outros aspectos de precarização devem ser considerados: “[...] estabilidade do vínculo, pois é

necessário que sejam pensados aspectos como carga horária, ausência de direitos trabalhistas, acúmulo de responsabilidades e as condições de trabalho” (GOIS; MEDEIROS; GUIMARÃES, 2010, p. 1208). As autoras apresentam os seguintes dados:

O ingresso por concurso público alcançou pouco mais de 40% dos trabalhadores da rede básica, sendo maior no modelo de atenção tradicional do que no PSF tanto no Sul quanto no Nordeste. [...] O vínculo de trabalho tipicamente precário (sem garantias trabalhistas) alcançou aproximadamente 38% dos trabalhadores da atenção básica e foi significativamente maior entre os entrevistados no Nordeste (42%) em relação aos estudados no Sul (30%). A precarização do trabalho no Lote Sul foi independente do modelo de atenção, enquanto no Nordeste foi superior para os profissionais das UBS do PSF (48%) em relação ao modelo tradicional (33%) (GOIS; MEDEIROS; GUIMARÃES, 2010, p. 1208-1209).

A precarização do trabalho, através da diversidade nas formas de vínculos é mais intensa na categoria dos ACS, pois a maioria recebe apenas salário mínimo e está inserida no SUS sem proteção da legislação trabalhista. Situação que levou o Ministério da Saúde a retirar o Projeto de Lei nº 4.302/98 que pretendia institucionalizar a terceirização e universalizar o contrato temporário de trabalho (SEMINÁRIO..., 2003, p.10-11). No entanto, as modalidades de contratação precárias dos ACS se estenderam, sobretudo a partir das orientações dadas pela “Modalidade de contratação dos Agentes Comunitários da Saúde” sobre as formas

que o município dispõe para contratação via vínculos trabalhistas indiretos: contrato temporário, convênio ou termo de parceria com entidades privadas (TAVEIRA, 2010, p.23).

A ampliação do PSF, no Brasil, e sua incorporação no SUS como Estratégia não garantiu um processo de trabalho menos precário. Pelo contrário, no Nordeste o trabalho desenvolvido pelas equipes tem demonstrado a intensificação de diferentes formas de precarização (GOIS; MEDEIROS; GUIMARÃES, 2010, p. 1209). Aspecto que está de acordo com a lógica adotada pelos governos brasileiros cuja ênfase está na economia globalizada.

Tal lógica na organização e na gestão da Política de Saúde permeia todas as esferas governamentais. No âmbito municipal de Maceió, as notícias mostram alguns aspectos de precarização, como: a falta de médicos e de respeito para com a população nas unidades de saúde, além da pouca ênfase na prevenção, pois a cobertura do PSF na capital é de 26,8% apenas (CARVALHO, 2011).

No âmbito estadual, as principais notícias relacionadas à ESF em Alagoas demonstram a frequente reivindicação dos profissionais por melhores salários, condições de trabalho e redução da jornada de trabalho, isonomia salarial. Conforme as notas da imprensa local (GREVE..., 2002), médicos, enfermeiros e odontólogos são as categorias que mais reivindicam tais aspectos

tos. Desde 2002, a reivindicação dos enfermeiros refere-se à diferença salarial existente entre a sua categoria e a categoria médica.

Em notícia publicada em 30 de julho de 2002, pela Gazeta de Alagoas (GREVE..., 2002), evidenciou-se a prioridade governamental que tendenciosamente beneficiou os médicos em detrimento dos demais profissionais da ESF. As decisões políticas encaminhadas provocaram a paralisação de enfermeiros na capital, uma vez que a gestão de 2002 concedeu apenas para os médicos o incentivo de R\$ 500,00. Percebe-se ainda um processo político que individualiza as reivindicações por categorias da saúde cujas negociações trabalhistas ocorrem isoladamente: planos de carreira e salário cujas decisões em gabinete quase sempre resultam em greve, paralisação em prol dos interesses individuais etc. De acordo com Carvalho (2011, p.1), as soluções para o problema, que são cogitadas publicamente, enfatizam a necessidade de concurso público e aumento das ESF na capital, passando de 90 equipes para 150.

Nota-se a estagnação do programa desde 2006, ao mesmo tempo em que ficam evidentes as prioridades políticas em relação à saúde pública, ainda muito centrada na medicina curativa e na parceria público-privado. Gestores municipais creditam os problemas na ESF à falta de funcionários que têm sido afastados da função por problemas de saúde e aposentadorias. Ar-

gumento frágil que não justifica o parco investimento em insumos e equipamentos e que demonstram a necessidade de concurso público para novos servidores.

A intensidade das formas de precarização deixa visível o hiato existente entre o que foi proposto na estratégia e a realidade, principalmente na atenção básica. Esses aspectos foram observados na realidade alagoana em que a ESF é residual devido à falta de vontade política na estruturação desses serviços e das demais políticas sociais. Na próxima seção, apresentam-se o estudo de caso realizado na UBSF Denisson Menezes, caracterizando os aspectos que materializam a precarização no trabalho e na qualidade dos serviços prestados aos usuários SUS da comunidade Denisson Menezes em Maceió (AL).

2 A precarização do trabalho na UBSF Denisson Menezes: aproximações com a realidade SUS

Os dados apresentados aqui envolvem o período compreendido entre abril de 2010 e dezembro de 2011, através da monitoria realizada no grupo tutorial de Serviço Social no PET Saúde da Família, cujo cenário de estudo e intervenção foi a UBSF Denisson Menezes em Maceió, no estado de Alagoas. Inicialmente, antes de focarmos no objeto de estudo proposto é importante contextualizarmos a UBSF estudada.

A UBSF Denisson Menezes passou a ter ESF em 1998 e, atualmente, possui três equipes⁸ para atender os conjuntos habitacionais Santa Helena/Gama Lins, Lucila Toledo e Denisson Menezes; 2 (duas) Equipes de Saúde Bucal que atende ainda a demanda do ESF da UBSF Galba Novaes. A estrutura administrativa é formada por seis (6) Agentes Administrativos alocados em regime de escala no arquivo, farmácia, recepção, esterilização, frequência, produção, requisições e na alimentação do Sistema de Regulação (SISREG); dois (2) trabalhadores de serviços gerais e quatro (4) vigilantes. A direção da UBSF é composta por diretora médica e administrativa. A equipe de saúde da família é formada por 14 ACS, 3 médicos, 3 enfermeiras, 6 auxiliares de enfermagem, 2 odontólogos e 2 Técnicos de Higiene Dental (THD). Possui ainda equipe de trabalho ampliada, chamada de equipe de apoio, que é integrada por Assistente Social, Farmacêutico e Psicólogo, totalizando 47 trabalhadores (MACEIÓ, 2010a).

O quadro pessoal⁹ é formado por 74,46% dos servidores com vínculo efetivo; 12,76% são terceirizados via OSCIP TOQUEVILLE; 4,25% terceirizados pela OSCIP APTA; 8,51% contratados e 2,12% cedidos pela Secretaria

Estadual de Saúde (SESAU). Dentre os servidores efetivos via concurso público estão Médico, Enfermeiro, Assistente social, Farmacêutico, Psicólogo, ACS, Auxiliar de enfermagem, Agente de Consultório Dentário, Diretora Médica e Diretora Administrativa. Dentre os terceirizados, estão os trabalhadores da equipe de apoio administrativo, que estão lotados na marcação do SISREG, na farmácia, no arquivo; na esterilização e nos serviços gerais da unidade. Apenas os vigilantes da unidade são contratados (MACEIÓ, 2010c).

Apesar do número de profissionais efetivos, persistem vínculos empregatícios precários: trabalhadores terceirizados pela OSCIP TOQUEVILLE e APTA, que apesar de não integrarem a ESF, ou o quadro de profissionais da área da saúde, são profissionais imprescindíveis para o funcionamento administrativo da Unidade: arquivamento de prontuários; agendamento de consultas e exames via SISREG, esterilização de materiais, entre outros.

Ao consultar as bases do Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde (CNES), identifica-se o tipo de vínculo empregatício de alguns profissionais. Os dados disponíveis referem-se, na maioria, a alguns dos ACS contratados, sem classificar o vínculo empregatício das demais categorias. Dos 31 profissionais que integram atualmente a equipe da UBSF e estão cadastrados no CNES: 7 têm vínculo empregatício regido pelo regime estatutário; 2 têm vínculo por “emprego público” regido

⁸ Fontes: Ofícios e Memorando disponíveis no Setor de Recursos Humanos da UBS Denisson Menezes, além de arquivos pessoais disponibilizados pelo ex-Diretor Médico prof. João Klínio Cavalcante (MACEIÓ, 2010a, 2010b, 2010c, 2010d, 2010e, 2011^a, 2011b, 2011c, 2011d, 2011e, 2011f).

⁹ Cf. nota 7.

pela CLT; 2 possuem o tipo de vínculo autônomo e os 20 restantes não possuem vínculos empregatícios classificados (BRASIL, [2011]).

Foram mapeados outros aspectos relacionados à precarização na UBSF Denisson Menezes, como: as condições de trabalho, a baixa segurança para o trabalho, a defasagem salarial, insalubridade, rotatividade dos ACS, múltiplos vínculos empregatícios etc. Referente aos múltiplos vínculos empregatícios, os dados envolvem apenas os profissionais da área da saúde: no total, 61,8% dos trabalhadores possui dois vínculos empregatícios e 35,3% apenas um vínculo. Ao restringir o levantamento para os profissionais ESF, verifica-se que 53% dos profissionais possuem dois vínculos empregatícios e apenas 35,3% um vínculo. Ao mapear o não cumprimento das 40 horas semanais, 8,8% dos profissionais informaram que não cumprem por motivos de formação acadêmica, pois cursam graduação em um dos turnos de trabalho. Por dedução, todos os demais profissionais possuem mais de um vínculo empregatício e por isso não cumprem a carga horária contratada de 40 horas semanais.

Contribui para a precarização do trabalho e dos serviços de saúde na UBSF:

- O quantitativo de famílias atendidas por ACS que excede 150 famílias (64,3% dos ACS atendem mais de 150 famílias). Isso contraria o exposto na Política de Atenção Básica/Portaria nº.

1.886, de 18 de dezembro de 1997, que preconiza que um ACS atenda a 150 famílias ou 750 pessoas.

- Falta de isonomia salarial. Conforme dados da mídia local (MÉDICOS..., 2011), verificamos que a categoria médica ESF em Alagoas, recebe em média R\$ 5.000,00 para trabalhar 40 horas/semana, sendo que as reivindicações médicas giram em torno de um Plano de Cargos e Carreira (PCC), melhores condições de trabalho e um piso salarial estabelecido pela Federação Nacional dos médicos, que corresponde a R\$ 18.000,00. Os enfermeiros ESF recebem em torno de R\$ 1.900 a R\$ 5.000 para trabalhar 40 horas semanais e reivindicam um piso salarial de R\$ 10.240 para trabalhar 40 horas semanais (TORRES, 2011, p.1). Os dentistas agregaram-se aos enfermeiros para reivindicarem melhores salários e isonomia salarial.

- Inadequada estrutura física e de segurança na UBSF, comprometendo seu pleno funcionamento, através dos ofícios e memorandos expedidos e recebidos no período de setembro de 2010 a novembro 2011, coletados no setor de RH da UBSF, verificam-se os seguintes dados:

[...] solicitações de transporte dos instrumentais odontológicos para esterilização, uma vez que a autoclave não estava funcionando adequadamente; de avaliação na rede elétrica da UBS, devido às várias oscilações refletidas nos equipamentos da UBS, inclusive local de armazenamento das vacinas e autoclave; de um técnico para avaliar a autoclave

que apresentava “vazamento de água na parte inferior”; de instalação de rede elétrica e lógica para liberação da internet, para iniciar as marcações de consultas e exames pelo CORA; comunicação de envio de nanômetro do torpedo de oxigênio encontrado quebrado na unidade; da manutenção de três ares condicionados e a solicitação de mais um ar condicionado, uma vez que a sala de curativos, onde é realizada a coleta de exames laboratoriais encontra-se sem condições para o trabalho; de material (toalhas, lençóis para macas e batas para citologias), uma vez que os se encontravam na unidade não estavam mais em condições de uso, colocando em risco a saúde tanto da população atendida como dos profissionais que os utilizam. (MACEIÓ, 2010d; 2010e; 2011c; 2011d; 2011e, 2011f).

- Deficiência na manutenção dos equipamentos paralisa os atendimentos de: vacinação, exames ambulatoriais, atendimento odontológico etc. A persistente ausência dos serviços odontológicos foi pauta principal das reclamações dos usuários durante todo o período pesquisado, recaindo por vezes na culpabilização direta do odontólogo porque as informações sobre a situação precária dos equipamentos não foram transmitidas à população, sendo utilizados apenas cartazes informativos fixados pela direção que avisava da suspensão do atendimento odontológico. Durante curso de capacitação sobre Humanização¹⁰, o odontólogo afirmou que é desgastante trabalhar na rede municipal de saúde devido à frequente falta de insumos e as

¹⁰ Capacitação ocorrida na UBSF, em 7 de dezembro de 2011, promovida pela SMS.

prioridades da gestão restringem-se ao número de procedimentos realizado em detrimento da qualidade dos serviços, por vezes os colegas de trabalho compram, com recursos próprios, materiais para desenvolver o seu trabalho;

- A infraestrutura da UBSF é deficiente, prejudicando o efetivo funcionamento do SISREG por falta de instalação da rede elétrica e de equipamentos de informática (computadores, impressoras). Isso retarda a marcação das consultas especializadas. Mesmo após a chegada dos equipamentos de informática não foi suficiente para viabilizar a marcação de consultas e exames porque não há serviço de internet disponível, muitas vezes são os profissionais que trazem o seu próprio modem de internet para a UBSF. Além disso, a determinação da Secretaria Municipal de Saúde (SMS) dificultou a marcação de consultas e exames especializados ao restringir os agendamentos ao contato telefônico ou pessoalmente na central de agendamento SISREG pelos profissionais responsáveis.

- A estrutura física da UBSF não obedece aos padrões contidos no Manual de Estrutura Física das UBSF elaborado pelo Ministério da Saúde. Tais limitações estruturais na UBSF Denisson Menezes afeta ainda a formação dos futuros profissionais que lá estão inseridos, pois é considerada uma Unidade-escola ao receber estudantes da UFAL em estágio ou vinculados a projetos de extensão, como o PETSaúde da Família, por exemplo. Esses aspectos

revelam a gestão ineficiente da SMS, a precarização do trabalho e dos serviços, uma vez que através dos dados obtidos pode-se inferir que as condições de trabalho na UBSF afetam a qualidade dos serviços prestados. Vale destacar que a qualidade e o funcionamento da atenção básica não dependem apenas da disponibilização de Recursos Humanos, mas de um conjunto, o qual abrange também as mínimas condições de trabalho, salário digno, entre outros fatores.

Ressalta-se que a saúde deve ser desenvolvida considerando aspectos sociais, econômicos e biológicos, ou seja, os determinantes sociais do processo de saúde/doença devem ser considerados pela gestão política municipal para concretizar as ações preventivas e integrais de saúde, ultrapassando a mera implantação de ESFs, mas estruturando serviços e ações concretas que causem impacto às condições de vida da população usuária referente à educação, ao lazer, ao saneamento básico, à moradia.

Considerações Finais

A precarização do trabalho na saúde é estimulada pelas reformas políticas que atingiram a política de saúde, na qual estão inseridos os trabalhadores e usuários, alvos da focalização, seletividade, fragmentação e da crescente precarização da política de saúde.

A partir da categoria precarização definiu-se por trabalho precário: toda ação profissional desenvolvida sem amparo legal, sem estabilidade, benefícios e segurança ao trabalhador cuja vulnerabilidade do vínculo é a principal provocadora da insegurança do trabalhador e de sua desmobilização política. Atentas aos dados observados na realidade da UBSF, essa definição é ampliada por outras variáveis, tais como: as condições físicas e materiais dos espaços de trabalho, a ausência de garantia de segurança para o trabalho e para a saúde do trabalhador, a multiplicidade dos vínculos, a distribuição da carga horária, a jornada de trabalho semanal, as diferenças salariais e de carreira, a fragilidade de organização política dos trabalhadores e os serviços precários. Isso reitera os dados apresentados pela pesquisa realizada por Correia e Prêdes (2009).

Pretendeu-se alcançar o objetivo proposto através do resgate da experiência, confirmando-se que os cenários de precarização se intensificam no Brasil pós-década de 1990, com a reforma administrativa do Estado. Na saúde, sua evidência reside também nas alterações constitucionais, que provocaram o aumento do distanciamento entre a prática e o preconizado pelo SUS original, materializando-se na flexibilização dos vínculos empregatícios, na redução dos direitos trabalhistas e previdenciários, diminuição de concursos públicos etc.

A qualidade de vida do trabalhador é outro indicador a ser considerado porque também sofre impacto da precarização na saúde devido à sua crescente inserção informal e à sua terceirização. Aspectos que se repetem na Atenção Básica/Estratégia Saúde da Família, tanto na quantidade quanto na qualidade dos serviços prestados.

A partir da compreensão de que a descentralização/municipalização da saúde teve como foco as políticas que viabilizam o nível de Atenção Básica do SUS, percebemos que o acesso universal à saúde pública tem sido colocado em xeque desde o início do PSF e do PACS, cuja concepção inicial era direcionar serviços focais de saúde apenas a população empobrecida. Concepção modificada com a sua incorporação como Estratégia de ação e de organização dos serviços no nível de atenção básica no SUS. Aspecto que pode se transformar em intenções político-econômicas concretas do Estado para gerir e executar a política pública de saúde.

A precarização do trabalho verificada através dos vínculos de trabalho é forte na categoria dos ACS, no entanto, não é exclusividade porque se estende gradativamente às outras categorias na ESF. A revisão de literatura permitiu entender que a precarização do trabalho na ESF ocorreu de forma mais intensa no Nordeste, conforme os dados mapeados nas pautas recorrentes de reivindicações trabalhistas: redução de carga horária, piso salarial, melhores

condições de trabalho, implantação de mesas de negociação no SUS, adicionais de insalubridade, risco de vida, entre outros. Assim, a proposta de ESF não tem se efetivado, sendo que o trabalho precário reatualiza a filosofia inicial do PSF.

A realidade de Maceió e da UBSF Denisson Menezes reforça as observações anteriores ao demonstrar que o trabalho precário está presente sob diferentes aspectos que ultrapassam os vínculos precários. Outras variáveis que tornam as condições de trabalho precarizadas envolvem a insuficiência de espaço físico, insumos materiais para o desenvolvimento das atividades, gestão municipal e local despreocupada com a expansão da ESF devido ao investimento estagnado em 26,8%. Somam-se a esses aspectos: a ausência de segurança pública que garanta o trabalho e a saúde do trabalhador; a multiplicidade dos vínculos empregatícios; a sobrecarga de trabalho e funções devido a elevada demanda de famílias por ACS; a fragilidade de organização política dos trabalhadores e a falta de uma gestão participativa.

Em relação ao assistente social, embora não esteja inserido na equipe mínima da ESF, é reconhecido como profissional da área da saúde e requisitado a desenvolver ações de promoção e prevenção da saúde, realizando ação sócio-educativa tanto no âmbito da intervenção direta quanto relacionada a demandas coletivas de mobilização político-organizativa. Segundo Caval-

cante e Prédés, (2010, p.14), verifica-se que a precarização também afeta esse profissional devido à sua intrínseca relação com o assalariamento, condição que subordina mais ainda o trabalhador ao capital e com o papel exercido pelas políticas sociais.

Portanto, a natureza precária que permeia as profissões pode ser um obstáculo no cotidiano de trabalho porque desmobiliza e subalterniza os profissionais às prioridades político-econômicas das elites locais/nacionais, causando impacto na qualidade de vida no trabalho. A qualidade nos serviços prestados é afetada ainda pela insatisfação e ausência de insumos que restringem as ações às atividades imediatas para o atendimento quase que exclusivo de demandas espontâneas, distantes da perspectiva de totalidade e integralidade porque se centram na execução de ações pontuais que reforçam a condição de pobreza e exclusão da população atendida.

Com este artigo, espera-se ter contribuído para ampliar os debates no Serviço Social sobre a precarização das políticas sociais, do trabalho e dos serviços na Atenção Básica em Saúde, sobretudo a partir da realidade demonstrada que reafirma a tendência neoliberal na restrição dos direitos sociais. Acredita-se na importância de ampliar resistências, tanto na formação, quanto no cotidiano do exercício profissional no sentido da desprecarização das relações de trabalho, principalmente no SUS, porque é preciso construir gestão

e execução de políticas e serviços coerentes com os princípios legais de universalidade, integralidade e equidade. Princípios que estão na contracorrente da tendência de privatizar, precarizar e desregulamentar a política pública de saúde no Brasil.

Referências

BARALDI, S. Supervisão, flexibilização e desregulamentação no mercado de trabalho: antigos modos de controle, novas incertezas nos vínculos de trabalho da enfermagem. **Biblioteca Digital USP**. São Paulo 2006. Disponível em: <<http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/7/7136/tde-20062006-144209/pt-br.php>>. Acesso em: 02 ago. 2011.

BETTIOL, L. M. **Saúde e participação popular em questão: o Programa Saúde da Família**. São Paulo: UNESP, 2006.

BRASIL. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm>.

BRASIL. Ministério da Administração Federal e Reforma do Estado. **A reforma administrativa do Sistema de Saúde**. Brasília: MARE, 1998. 33 p. (Cadernos MARE da reforma do estado; c. 13). Disponível em:

<<http://www.bresserpereira.org.br/docu-ments/mare/cadernosmare/caderno13.pdf>>. Acesso em: 20 abr. 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde:** Consulta Estabelecimento - Módulo Profissional - Profissionais por Estabelecimento: Unidade de Saúde Denisson Menezes. [2011]. Disponível em: <http://cnes.datasus.gov.br/Mod_Profissional.asp?VCo_Unidade=2704302003317>. Acesso em: 8 set. 2011.

BRASIL. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Regulação e do Trabalho em Saúde. **Documento da proposta de Programa Nacional de Desprecarização do Trabalho no SUS.** Brasília, 2006. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/desprec_cart.pdf>. Acesso em: 11 ago. 2011.

CARVALHO, R. Maceió tem apenas 27% de cobertura do PSF, o mesmo índice desde 2006. **Coisas de Maceió:** o Portal dos alagoanos. Maceió, 4 de agosto de 2011. Disponível em: <http://www.coisasdemaceio.com.br/index.php?option=com_content&view=article&id=3004:maceio-tem-apenas-27-de-cobertura-do-psf-o-mesmo-indice-desde-2006&catid=118:saude&Itemid=500>. Acesso em: 30 out. 2011.

CASTRO, J. L. et al. **Relatório da Pesquisa “Programa Saúde da Família:** flexibilidade e precarização no trabalho. Rio Grande do Norte: UFRN, Observatório RH NESC/UFRN, 2006. p. 1-23. Disponível em: <http://www.observarh.org.br/observarh/repertorio/Repertorio_ObservaRH/NESC-RN/PSF_flexibilidade_precarizacao.pdf>. Acesso em: 29 out. 2010.

CAVALCANTE, G. M. M; PRÉDES, R. L. A precarização do trabalho e das políticas sociais na sociedade capitalista: fundamentos da precarização do trabalho do assistente social. **Revista Libertas**, Juiz de Fora, v. 10, n.1, p. 1-24, jan./jun. 2010. Disponível em: <<http://www.editoraufjf.com.br/revista/index.php/libertas/article/viewFile/1860/1309>>. Acesso em: 20 out. 2011.

CORREIA, M. V. C; PRÉDES, R. L. **Relatório técnico da pesquisa As formas de gestão do trabalho em saúde e o processo de precarização do trabalho em saúde no setor público do estado de Alagoas.** Maceió: UFAL, 2009.

CORREIA, M. V. C. Porque ser contra aos novos modelos de gestão do SUS? In: BRAVO, Maria Inês Souza; MENEZES, Juliana Souza Bravo de (Org.). **Saúde na atualidade:** por um sistema de saúde estatal, universal, gratuito e de qualidade. Rio de Janeiro: UERJ, Rede Sirius, 2011. p. 43-49. (Cadernos de Saúde, set. 2011). Disponível em: <http://abepss.hospedagemdesites.ws/wp-content/uploads/2012/07/Revista_

cader-
nos_de_Saude_adufrj_pelasaude.pdf>.

FIGUEIREDO, I. M. A. **Desenvolvimento, globalização e políticas sociais: um exame das determinações contextuais dos projetos de reforma da educação e da saúde brasileiras da última década.** 2006. Tese (Doutorado) - Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de Educação, Campinas, 2006. Disponível em: <<http://www.bibliotecadigital.unicamp.br/document/?code=vtls000380450>>. Acesso em: 15 abr. 2011.

GOIS, P. S.; MEDEIROS, S. M.; GUIMARÃES, J. Neoliberalismo e Programa Saúde da Família: a propósito do trabalho precarizado. **Rev enferm UFPE on line**, Recife, v. 4 [ed. especial], n.3, maio./jun. 2010, p.1204-1210. Disponível em: <http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/viewFile/1098/pdf_96>. Acesso em: 23 out. 2010.

GREVE de enfermeiros paralisa atendimentos do PSF. **Gazeta de Alagoas**, Maceió, 30 jul. 2002. Disponível em: <<http://gazetaweb.globo.com/gazetadealagoas/acervo.php?c=12444>>. Acesso em: 7 dez. 2011.

KALLEBERG, A.L. O crescimento do trabalho precário: um desafio global. **Revista Brasileira de Ciências Sociais**. Vol. 24, nº. 69. Disponível em: <[69092009000100002&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 02 ago. 2011.](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-</p></div><div data-bbox=)

MACEIÓ (AL). Prefeitura. Secretaria de Saúde. Unidade de Saúde da Família Denisson Menezes. **Cronograma das Atividades Educativas**. Maceió, 2010a.

MACEIÓ (AL). Prefeitura. Secretaria de Saúde. Unidade de Saúde da Família Denisson Menezes. **Escala do Apoio Administrativo**. Maceió, 2010b.

MACEIÓ (AL). Prefeitura. Secretaria de Saúde. Unidade de Saúde da Família Denisson Menezes. **Relação dos Recursos Humanos / função / vínculo**. Maceió, 2010c.

MACEIÓ (AL). Prefeitura. Secretaria de Saúde. Unidade de Saúde da Família Denisson Menezes. **Memorando Expedido n. 24/2010**. Maceió, [2010d].

MACEIÓ (AL). Prefeitura. Secretaria de Saúde. Unidade de Saúde da Família Denisson Menezes. **Ofício expedido n. 27/2010**. Maceió, [2010e].

MACEIÓ (AL). Prefeitura. Secretaria de Saúde. Unidade de Saúde da Família Denisson Menezes. **Apresentação da USF Denisson Menezes**. Maceió, [2011a].

MACEIÓ (AL). Prefeitura. Secretaria de Saúde. Unidade de Saúde da Família Denisson Menezes. **Pasta de cadastro das famílias atendidas pelos ACS(s) da UBS Denisson Menezes**. Maceió, [2011b].

MACEIÓ (AL). Prefeitura. Secretaria de Saúde. Unidade de Saúde da Família Denisson Menezes. **Ofício Expedido n. 014/2011**. Maceió, [2011c].

MACEIÓ (AL). Prefeitura. Secretaria de Saúde. Unidade de Saúde da Família Denisson Menezes. **Ofício Expedido n. 022/2011**. Maceió, [2011d].

MACEIÓ (AL). Prefeitura. Secretaria de Saúde. Unidade de Saúde da Família Denisson Menezes. **Documento Recebido 28/2011**. Maceió, [2011e].

MACEIÓ (AL). Prefeitura. Secretaria de Saúde. Unidade de Saúde da Família Denisson Menezes. **Documento Recebido n. 93/2011**. Maceió, [2011f].

MARCH, C. A contra-reforma do Estado e o trabalho em saúde nos serviços públicos: uma análise da realidade brasileira. In: CONGRESSO LATINO AMERICANO DE MEDICINA SOCIAL E SAÚDE COLETIVA, 11., Bogotá. **Anais Eletrônicos**: materyales y grabaciones del XI Congreso. Bogotá, 2009. Disponível em: <<http://www.alames.org/documentos/EJE02-72.pdf>>. Acesso em: 29 out. 2010.

MÉDICOS do PSF em Alagoas entram em greve na próxima segunda-feira. **Coisas de Maceió**: o Portal dos alagoanos, Maceió, 28 set. 2011. Disponível em: <http://www.coisasdemaceio.com.br/index.php?option=com_content&view=article&id=4934:medicos-do-psf-em-alagoas-entram-em-greve-na-proxima-segunda-

[feira&catid=38:maceio&Itemid=398](http://www.coisasdemaceio.com.br/index.php?option=com_content&view=article&id=38:maceio&Itemid=398)>. Acesso em: 7 dez. 2011.

MERHY, E. L.; MALTA, D. C.; SANTOS, F. P. **Os desafios para os gestores do SUS, hoje**: compreender os modelos de assistência à saúde no âmbito da reforma sanitária brasileira e a potencia transformadora da gestão. Rio de Janeiro, 2004. Disponível em: <<http://www.uff.br/saudecoletiva/professores/merhy/indexados-30.pdf>>. Acesso em: 10 out. 2012.

PAIM, J. S. **Reforma Sanitária Brasileira: contribuição para a compreensão e crítica**. EDUFBA: Salvador; FIOCRUZ: Rio de Janeiro, 2008. 356 p.

PIRES, D. E. Precarização do Trabalho em Saúde. **Dicionário da Educação Profissional em Saúde**. São Paulo: Fiocruz, 2009. Disponível em: <<http://www.epsjv.fiocruz.br/dicionario/verbetes/pretrasau.html>>. Acesso em: 5 out. 2011.

SEMINÁRIO sobre política de despreciação das relações de trabalho no SUS: Relatório. Brasília: Ministério da Saúde, 2003. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/relatorio_seminario_desprecarizacao2.pdf> Acesso em: 11 ago. 2011.

TAVEIRA, Z. Z. **Precarização dos vínculos na Estratégia Saúde da Família**: Revisão de Literatura. Belo Horizonte, 2010. Monografia (Especialização em atenção básica à saúde da família) –

Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Minas Gerais. Disponível em: <<http://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/2430.pdf>>. Acesso em: 31 jul. 2011.

TONI, M. De. **Precarização do trabalho no Brasil: reversão de tendência no período recente?** Porto Alegre: Fundação de Economia e Estatística, nov. 2007. (Textos para discussão FEE, n.12). Disponível em: <http://www.fee.tche.br/sitefee/pt/content/publicacoes/pg_tds_detalhe.php?ref=012>. Acesso em: 2 ago. 2011.

TORRES, Josenildo. Enfermeiros do PSF ameaçam entrar em greve ainda hoje. **Tudo na Hora**, Maceió, 21 nov. 2011. Disponível em: <<http://tnh1.ne10.uol.com.br/noticia/politica/2011/11/21/163211/enfermeiros-do-psf-ameacam-entrar-em-greve-ainda-hoje>>. Acesso em: 28 nov. 2011.