

Débora dos Santos Flegele¹

Maika Alves Guerra²

Karina Daleprani Espindula³

Rita de Cássia Duarte Lima⁴

SUS health professionals and the dilemmas of working relations in the family health strategy

Trabalhadores de saúde e os dilemas das relações de trabalho na estratégia saúde da família

ABSTRACT | *Introduction: The redesign of the working market, based on the expenses contention, freezing and reduction of salaries and being flexible when hiring, has contributed for new ways of hiring and structuring the work in SUS, thus the expansion of the assistance made possible by ESF has been guarantying the incorporation of an extensive contingent of workers in precarious working conditions, compromising the workers' relation with the system and harming the quality and continuity of essential services given to the population. Objective: The study aims at analyzing the working relations and the actions undertook for the non precarious vinculum of work of the workers inserted in ESF of the Serra district, in the state of Espírito Santo. Methodology: It is an exploratory and qualitative study, having the population composed by six nurses and six doctors. Results: Thus, most of the ones interviewed reports that reaffirm the unsafe working conditions and the instability in the institutional entailment and the dissatisfaction with the cargo plan, career and the salaries instituted by the district stand out. Conclusion: The results demonstrate that the ways of precarious work are present in the district and that the actions of the municipal manager must search for the overcoming of the precarious vinculum of work, so there is a need to face such problem for a bigger articulation between quality of services and advantages for the community.*

Keywords | *Working conditions; Workers; National Health System.*

RESUMO | *Introdução: O redesenho do mercado de trabalho, pautado na contenção dos gastos, congelamento, redução dos salários e flexibilização na contratação de pessoal, tem contribuído para novas formas de contratação e estruturação do trabalho no Sistema Único de Saúde (SUS). Assim, a expansão da assistência possibilitada pela Estratégia Saúde da Família (ESF) vem garantindo a incorporação de um expressivo contingente de trabalhadores em condições de trabalho precário, comprometendo a relação dos trabalhadores com o sistema e prejudicando a qualidade e a continuidade dos serviços essenciais prestados à população. Objetivo: Este estudo tem por objetivo analisar as relações de trabalho e as ações empreendidas para a desprecarização dos vínculos de trabalho dos trabalhadores inseridos na ESF no município de Serra – ES. Metodologia: Trata-se de um estudo exploratório, de caráter qualitativo. A população é composta por seis enfermeiros e seis médicos. Resultados: Nesse sentido, os entrevistados, em sua maioria, chamam a atenção pelos relatos que reafirmam condições de trabalho inseguras, a instabilidade na vinculação institucional e a insatisfação com o plano de cargo, carreira e salários instituído no município. Conclusão: Pode-se concluir que as formas de trabalho precário se fazem presentes no município e que as ações do gestor municipal devem buscar realmente superar a precarização dos vínculos de trabalho, pois existe a necessidade de enfrentamento dessa problemática para uma maior articulação entre qualidade de serviços e benefícios à comunidade.*

Palavras-chave | *Condições de trabalho; Trabalhadores; Programa Saúde da Família.*

¹Acadêmica de Enfermagem da Universidade Federal do Espírito Santo/ Bolsista de Iniciação Científica do CNPq - FACITEC

²Acadêmica de Enfermagem da Universidade Federal do Espírito Santo/ Bolsista de Iniciação Científica do CNPq

³Assistente social da Secretaria de Saúde da Serra; mestre em Saúde Coletiva – UFES

⁴Enfermeira; doutora em Saúde Coletiva/ UNICAMP; professora associada II no Curso de Graduação em Enfermagem e do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal do Espírito Santo/UFES

INTRODUÇÃO |

O redesenho do mercado de trabalho, pautado na contenção dos gastos, congelamento, redução dos salários e flexibilização na contratação de pessoal, não deixou de ocasionar mudanças no mercado de trabalho em saúde, uma vez que o campo da saúde pública foi tendo sua configuração associada a uma política de ajustes fiscais, contenção de gastos, racionalização da oferta e descentralização com isenção de responsabilidade por parte do Governo Federal¹⁹.

A partir dessa concepção reformadora baseada na diminuição da ação do Estado e na valorização do mercado, o processo de descentralização administrativa e operacional, que começava a se efetivar, fez com que os Estados e Municípios buscassem alternativas contratuais para os trabalhadores de saúde. Muitos se tornaram os principais responsáveis pela contratação dos trabalhadores e pelo gerenciamento dos serviços, utilizando, inclusive, parcerias com Organizações Não Governamentais (ONGs) ou Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público (OSCIPs) e contratos com cooperativas, surgindo, assim, vários problemas associados à precarização dos vínculos de trabalho¹.

A franca precarização das condições de trabalho dos trabalhadores de saúde afetou diretamente a efetividade e eficiência das ações e serviços do setor, ao promover a vulnerabilidade do vínculo, uma vez que o trabalhador deve ser percebido como sujeito e agente transformador de seu ambiente e não apenas como um mero recurso humano realizador de tarefas previamente estabelecidas pela administração local¹⁷.

Assim, as novas formas de contratação e estruturação do trabalho no Sistema Único de Saúde (SUS) criaram um exército de trabalhadores em condições de trabalho precário, comprometendo a relação desses trabalhadores com o sistema e prejudicando a qualidade e a continuidade dos serviços essenciais prestados à população, além de evidenciar a ausência de políticas voltadas para esses trabalhadores.

Em meio a essas mudanças, ocorre na saúde a implantação de novos programas, como a Estratégia de Saúde da Família (ESF) voltada para a expansão da Atenção Primária em Saúde (APS), que, impulsionada pelas diretrizes da descentralização administrativa e municipalização das ações de saúde, tornaram os municípios não só responsáveis pela administração das equipes, mas também pela contratação dos trabalhadores de saúde. Esse fato, juntamente com a

criação da Lei de Responsabilidade Fiscal (LRF) e suas imposições, passou a estabelecer um percentual máximo de gastos com a folha de pagamento dos servidores e favoreceu a utilização de várias formas de vínculos e relações de trabalho numa mesma equipe, tornando-se, portanto, um obstáculo para o desenvolvimento de ações que minimizassem a desregulamentação/flexibilização das relações de trabalho no sistema público de saúde^{10,19}.

Além das mudanças impostas pela política econômica adotada, os municípios têm se deparado com um apoio tímido dos Estados e Ministério da Saúde no financiamento destinado à Estratégia de Saúde da Família, uma vez que os repasses não são suficientes para manter a equipe mínima, medicamentos e outras despesas, agravando ainda mais os complexos entraves na gestão do trabalho⁵.

Diante dessa situação e da necessidade de formulação de políticas voltadas para os trabalhadores de saúde, o Governo Federal entende ser importante o processo de desprecarização das relações de trabalho no SUS. A confirmação dessa proposta dá-se a partir da criação, em 2003, da Secretaria da Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES) do Ministério da Saúde e de seus dois departamentos: Departamento de Gestão e da Regulação do Trabalho em Saúde (DEGERTS) e Departamento de Gestão da Educação na Saúde (DEGES), que vêm difundindo e propondo ações voltadas para a valorização dos trabalhadores^{2,3}.

O trabalhador constitui ferramenta essencial para a garantia de eficiência e eficácia dos serviços e ações de saúde. Entretanto, a década de 90 foi marcada pelo abandono da valorização do trabalhador do SUS, resultando em uma enorme dívida política e social.

Pode-se dizer que este período é caracterizado pelo abandono da proposta de planos de carreira profissional, pela precarização do trabalho no SUS, pela desmobilização do movimento sindical identificada na perda da importância da negociação do trabalho no SUS [...]. Sem dúvida, a década de 1990 pode ser denominada 'década perdida para os recursos humanos na saúde' [...] marcada pela insistência de consolidar o SUS sem se preocupar com aqueles responsáveis pela produção dos serviços de saúde nas três esferas que compõem o SUS¹⁵.

Diante dessa realidade, o presente estudo tem como proposta analisar as relações de trabalho dos profissionais inseridos na Estratégia Saúde da Família no município de Serra – ES, bem como identificar as condições de trabalho e as ações empreendidas para desprecarizar os vínculos de trabalho desses profissionais.

METODOLOGIA |

O método de estudo é do tipo exploratório, de caráter qualitativo, realizado no município de Serra, pois esse município foi um dos últimos a implantar a ESF no Estado do Espírito Santo. Foram selecionados três (por sorteio) dos cinco primeiros bairros a implantar a ESF e o último bairro a implantar a ESF, no ano de 2007. Os sujeitos do estudo foram seis enfermeiros e seis médicos. A escolha dos profissionais foi por seleção de todas as equipes dos bairros selecionados que aceitaram participar voluntariamente deste estudo e dos procedimentos de coleta de dados.

As entrevistas seguiram um roteiro contendo perguntas semiestruturadas. Foram realizadas individualmente, dentro das instituições de trabalho, obedecendo a toda a sequência do roteiro. Além disso, optou-se por gravar as entrevistas em MP3. As falas foram transcritas seguindo rigorosamente a estrutura da fala dos trabalhadores, de forma a preservar a fidedignidade dos depoimentos. Ressalta-se que se desenvolveu o estudo no período de julho 2007 a julho de 2008, com duração em média de 20 a 30 minutos em cada entrevista.

Comumente, a análise de conteúdo é a expressão mais utilizada para tratar dados numa pesquisa qualitativa, ou seja, a análise de conteúdo pode ser entendida como um conjunto de técnicas de análise de comunicação que visa à descrição dos conteúdos, a qual permite inferir em conhecimentos relativos às condições de produção/recepção. Dentro da análise de conteúdo, optou-se por utilizar a análise temática, que consiste em desvendar os núcleos de sentidos que compõem uma comunicação, cuja frequência signifique algo para o objeto analítico visado¹⁶. A análise perpassou pelos passos de ordenação dos dados, classificação e análise final, com plena observação das implicações dos achados com o quadro teórico elaborado. Agruparam-se os relatos com alguma semelhança, a partir de recortes e extração de ideias relevantes e efetuou-se o agrupamento das falas de acordo com a regularidade. Cada trabalhador foi relacionado com o termo ENF – para os enfermeiros – e MED – para os médicos – seguindo uma numeração crescente para sua identificação nas discussões.

Por fim, esta pesquisa foi submetida à Comissão de Ética em Pesquisa do Centro de Ciências da Saúde da UFES, respeitando os valores éticos e de acordo com a Resolução no 196/96 do CNS/MS sobre pesquisa envolvendo seres humanos, tendo aprovação nesse Comitê no dia 27 de setembro de 2007.

RESULTADOS E DISCUSSÃO |

Vinculação institucional versus desenvolvimento/organização do processo de trabalho

Os 12 profissionais entrevistados apresentam as seguintes formas de vinculação institucional: seis enfermeiros com vínculo estatutário de 30 horas semanais, dois médicos com vínculo estatutário de 20 horas semanais e quatro médicos com contrato temporário de 40 horas semanais por um ano sem carteira assinada com o município.

Os profissionais com vínculo estatutário têm um contrato com o município para atender ao requisito necessário de 40 horas semanais na ESF. Para tanto, todos recebem um salário diferenciado para cumprir a carga horária exigida, portanto tais profissionais recebem uma gratificação pelo acréscimo da carga horária. Além disso, o trabalhador com vínculo estatutário de 20 e 30 horas com gratificação, assim como o contratado, tem como um de seus maiores problemas a vulnerabilidade do vínculo, pois, a qualquer momento, o profissional pode ser retirado da ESF e transferido para outra área da saúde, não existindo, portanto, garantias de que ele permanecerá na Unidade de Saúde da Família.

Nesse contexto, observa-se que todos os entrevistados apresentam formas precárias de trabalho, segundo a definição utilizada pela política nacional, pois, apesar de oito profissionais terem vínculo trabalhista que garante proteção social (estatutário), a complementação de horas para atender à ESF torna seus vínculos precários, uma vez que essas horas a mais não se enquadram nos benefícios do vínculo estatutário, gerando ao trabalhador uma desproteção social, pois, ao sair da ESF, o profissional perde todos benefícios e ainda não pode incorporar esse tempo de trabalho à sua aposentadoria⁷.

Tal situação confirma a existência de formas atípicas e precárias de trabalho no SUS que rompem com as regras básicas de regulamentação do trabalho: estabilidade, jornada de trabalho e os direitos previdenciários e trabalhistas.

Sabe-se que a desregulamentação das relações de trabalho tem ocasionado mudanças relevantes nas formas de estruturação da força de trabalho no SUS, comprometendo a relação dos trabalhadores com o sistema e prejudicando a qualidade e continuidade das ações e serviços prestados à população¹⁷.

Torna-se necessário conhecer se, para os profissionais entrevistados, ter um vínculo que garanta proteção social ou ter outro tipo de vínculo que não garanta esses direitos pode trazer interferência ou não no processo de trabalho.

Assim se posicionaram alguns entrevistados:

[...] Eu tenho estabilidade, mas isso não me atrapalharia se eu fosse por contrato [...]. O comprometimento é o mesmo, depende do profissional [...] (ENF 6).

[...] A gente se sente insegura, mas não que a gente deixe de cumprir as diretrizes, as metas por causa disso, de jeito nenhum. O que eu me senti foi desprotegida legalmente, eu me senti insegura nesse ponto de vista [...]. O que mais traz insatisfação é essa insegurança, desestimula [...] (MÉD 1).

[...] a gente trabalha com profissionais contratados e a gente vê que eles só estão falando no mês que vão sair [...] (ENF 5).

Vale destacar a evidência quanto à insegurança e a instabilidade que os diversos vínculos trazem ao trabalhador, “[...] condizendo com a realidade de organização do trabalho flexível, que atende às necessidades e demandas dos contratos de serviços, de acordo com as flutuações do mercado [...]”⁸.

Pensando nos princípios norteadores da ESF, onde se faz necessário o estabelecimento de vínculo com a população, possibilitando o compromisso e a corresponsabilidade entre profissionais, usuários e comunidade, alguns profissionais entrevistados demonstraram o quanto essas modalidades contratuais podem colaborar para a ocorrência de menor envolvimento do trabalhador, desqualificação do atendimento do usuário, falta de vínculo com a instituição, com os profissionais e com a comunidade.

O contrato temporário influencia negativamente, pois não tenho perspectiva de trabalho, não posso começar nada, eu sei que vou sair e acabou. O contrato limita a gente (MÉD 2).

[...] tem profissional que fica inseguro em se dedicar tanto e daqui a pouco ser mandado embora [...] (ENF 2).

[...] até você se adaptar a família, até a família se adaptar, criar confiança no médico, na equipe, é mais ou menos esse período de um ano e, na hora que você está com tudo certinho, controlado, com a equipe toda organizada, aí você sai. É difícil para a gente que trabalha porque você tem que ir para outro lugar fazer isso tudo de novo e não consegue dar continuidade ao trabalho, e também é difícil para a população [...] (MÉD 6).

Assim, ao discutir sobre o processo de trabalho em saúde, temos que reconhecer a sua singularidade de se produzir em ato e na relação com o outro e considerar que a precarização das relações de trabalho na saúde pode afetar o vínculo, a responsabilidade, o envolvimento do trabalhador, comprometendo a eficácia e a eficiência dos serviços ao ocasionar um trabalho desvinculado do seu objeto – o ser humano – que sempre necessitará de cuidados solidá-

rios e comprometidos com a vida humana¹¹.

Ações Para a Implantação da Política de Gestão do Trabalho

Diante da crescente situação de trabalho precário no âmbito do SUS e da necessidade de formulação de políticas voltadas para os trabalhadores de saúde, foi criada, em 2003, a Secretaria da Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES) pelo Ministério da Saúde que adotou a política de gestão do trabalho voltada para a valorização do trabalhador. Suas ações visam à garantia de requisitos básicos, tais como: Plano de Carreira, Cargos e Salários; vínculos de trabalho com proteção social; espaços de discussão e negociação das relações de trabalho em saúde, com mesas de negociação permanente e comissões locais de negociação das condições de trabalho; capacitação e educação permanente dos trabalhadores; humanização da qualidade do trabalho; dentre outros⁴.

A partir desse momento, foram difundidas, pelos Estados e Municípios, as questões propostas por essa nova política de gestão do trabalho para o trabalhador do SUS. Assim, a questão abordada com os entrevistados refere-se aos seus conhecimentos quanto às ações implantadas pela Secretaria Municipal de Saúde de seus municípios.

A maioria dos entrevistados relataram não conhecer ações voltadas para a gestão do trabalho, bem como não tinham informação no que diz respeito às ações dirigidas ao trabalhador, o que demonstra o descaso da gestão municipal com o trabalhador do SUS, gerando afastamento desses trabalhadores do núcleo decisório e dificultando a melhoria de seu processo de trabalho em saúde:

[...] Não ouço falar em concurso, nem capacitação e nem mesas de negociação. Não ouvi falar nada sobre isso (MÉD 6).

Não tenho conhecimento. Eu já procurei dentro da Secretaria de Saúde alguma coisa a respeito e eles não souberam me informar [...] (ENF 2).

Plano de Cargos, Carreiras e Salários (PCCS): um processo lento e gradual

O Plano de Cargos, Carreiras e Salários (PCCS) tem sido considerado um instrumento de ordenação do trabalho importantíssimo, portanto é necessário que seja incorporado a cada nível de gestão do SUS, conforme as diretrizes expressas na NOB/RH-SUS¹⁸.

Segundo relato dos enfermeiros de Serra, o PCCS está em lento processo de formulação, mas com garantias de que será implantado. Assim, é de atribuição e responsabilidade dos gestores federal, estaduais e municipais, no âmbito da sua competência, instituir regime jurídico único e PCCS para os servidores da administração pública³. Logo, para que recebam os recursos destinados a essa questão, os três entes federados devem contar com uma Comissão de Elaboração do PCCS:

Implantaram o Plano de Cargos Carreiras e Vencimentos, deram uma palestra para a gente falando o que vai acontecer e a questão da melhoria no campo de trabalho [...] (ENF 4).

[...] estão vendo o plano de cargos e salários, estão tendo um pouco de dificuldade, mas vai ter, sim, eu creio que em 2009 [...] (ENF 1).

O plano de cargos e carreiras é uma luta, mas que tem um grupo mesclado de profissionais que estão correndo atrás, mas é bem difícil [...] (ENF 3).

Ainda é importante destacar a colocação de um enfermeiro de Serra entrevistado que relata a necessidade de o PCCS contemplar diversos tipos de vínculos empregatícios e as formas de remuneração compatíveis com a função típica da carreira, promovendo a fixação do trabalhador, além de relatar a ausência do apoio devido para uma elaboração adequada que atenda às necessidades específicas de cada trabalhador:

[...] O PCCS já está organizado, está fazendo reuniões sem a devida assessoria do município [...]. É preciso melhorar, é preciso ter o apoio de todo mundo, todo mundo que eu digo não é só da saúde, porque fazer um plano para tantas categorias como tem na saúde, nos três níveis (superior, médio e elementar) e aí você tem profissões que já foram extintas, tem profissões novas que foram criadas, cargos novos para serem trabalhados, você tem o nível superior com mestrado e doutorado, e aí você tem que contemplar um plano que estimule o servidor a estudar. Por que, se eu vou ganhar a mesma coisa no nível superior, por que eu vou fazer uma especialização, mestrado, doutorado ou pós-doutorado? Para que isso sirva de estímulo [...] (ENF 5).

A fala desse entrevistado demonstra seu sentimento de preocupação com relação à forma como está sendo implantado o PCCS no município de Serra, evidenciando as dificuldades de adequação de um plano para um setor tão diverso quanto o da saúde, e como está sendo a atuação da Secretária de Saúde nesse sentido. A princípio, parece tímida em frente à necessidade de seus trabalhadores.

Roda de Educação Permanente: mitos e verdades

A roda é a metodologia utilizada pelo MS na solidificação da Educação Permanente em Saúde. O método que sugere é fazer a saúde coletiva com as pessoas e não sobre elas, denotando que vê o sujeito como uma concepção crítica e ativa pela transformação da sua realidade⁶. Daí é importante denotar as abordagens dos profissionais inseridos na ESF sobre as rodas, seu funcionamento, bem como sua metodologia de trabalho.

Na Serra, apesar de não existir esse processo estruturado, houve relato quanto à necessidade das rodas de educação permanente, sua importância como espaços para a mudança do processo de trabalho e a necessidade da participação dos trabalhadores nesses espaços destinados à valorização do trabalho:

[...] No aspecto da educação permanente, eu não tenho visto nenhuma ação [...] (MÉD 4).

[...] Deveríamos ter reuniões mensais, reunir as equipes, as regiões, as Unidades, discutir mais, trocar mais experiências, estar estudando [...] (ENF 6).

[...] Não tem rodas de negociação. A gente faz existir quanto temos a oportunidade de estar juntos, mas esse momento ele não é criado [...] (ENF 2).

Com todas essas controvérsias, a metodologia que a roda sugere é estimular os grupos a participarem da resolução de seus problemas, ou seja, melhorar o vínculo entre os grupos e não fazer descaso com uma ferramenta de valor dentro do processo de trabalho. Isso resulta na impotência e dificuldade das pessoas em mudar o contexto dos problemas e até a si mesmas. Logo, a roda é proposta como um espaço coletivo, no qual é possível a discussão e tomada de decisões, onde vínculos são estabelecidos e rompidos constantemente⁶.

Dessa forma, faz-se necessário compreender como a roda tem sido realizada no município de Vitória e se é capaz de ocasionar mudanças no processo de trabalho, necessárias para a transformação e qualificação da assistência à saúde¹³.

Portanto, as rodas de debate e de construção coletiva devem ser orientadas para as necessidades de saúde da população, do próprio setor da saúde e do controle social, reforçando a relação das ações de formação com a gestão do sistema e os serviços.

Mesa Permanente de Negociação: instrumento reconhecido pelo trabalhador?

O Programa Nacional de Educação Permanente instituiu a respectiva Mesa Permanente de Negociação com o propósito de discutir o processo de trabalho no SUS, por meio da articulação do gestor, do Conselho Municipal e do trabalhador. A proposta visa a vencer os obstáculos para o desenvolvimento de ações que minimizam a desregulamentação/flexibilização das relações de trabalho no sistema público de saúde.

O processo de trabalho em saúde é um agir pela micropolítica que não é apenas uma simples reprodução de técnicas, ou seja, é um lugar onde os agentes têm projetos, fazem recortes interessados na realidade, operando com modos de agir em que disputam saberes e fazem questionamentos¹⁴.

Além disso, os trabalhadores de saúde precisam estar comprometidos com os processos de gestão, de forma mais coletiva, principalmente no que se refere à produção do processo de trabalho, para que possam beneficiar suas ações em prol do seu objeto de trabalho¹².

Assim, o processo de negociação via instalação de mesa de negociação é um instrumento facilitador da gestão¹⁸, mas que necessita da participação ativa do trabalhador, todavia poucos enfermeiros participam desse processo e o conhecem plenamente. Isso pode ser percebido nas seguintes falas:

[...] não ouço falar das mesas de negociação [...] (MÉD 3).

Existem as comissões que eles têm desenvolvido uma vez ao mês. É uma reunião com o gestor e os grupos que vêm discutindo isso [...] (ENF 4).

[...] Eu quase não participo das negociações [...] (ENF 1).

Percebe-se que não existe a expressão de como essa mesa se constitui, se está informando a pertinência do estabelecimento de políticas indutivas e instrumentativas para a implantação dessas formas de regulamentação e de gestão do trabalho. Além disso, os trabalhadores de saúde precisam estar comprometidos de forma mais coletiva com os processos de gestão, principalmente no que se refere à produção do processo de trabalho, para que possam beneficiar suas ações em prol do seu objeto de trabalho.

Dessa forma, é necessário que os princípios e diretrizes que norteiam a política para os trabalhadores tenham uma abrangência nacional, sejam coerentes com as políticas de organização do sistema, fortalecendo a descentralização²⁰, para que “[...] as mudanças tenham impactos no processo de trabalho de tal forma que o tra-

balhador se reconheça no seu trabalho, na relação com o objeto e os instrumentos de trabalho”¹⁵.

CONSIDERAÇÕES FINAIS |

O estudo procurou discutir as relações de trabalho dos profissionais da ESF, bem como identificar as ações empreendidas pela gestão municipal para a desprecarização dos vínculos de trabalho desses profissionais. Pode-se perceber que as formas de trabalho precário se fazem presentes no município estudado, embora existam outras considerações que envolvem o mundo do trabalho em saúde e que precisam ser consideradas pelas três esferas de governo, para o enfrentamento da pluralidade que engloba a flexibilização/desregulamentação das relações de trabalho no SUS.

Os relatos confirmam que o município ainda caminha muito lentamente no desenvolvimento das ações voltadas para a valorização do trabalhador, evidenciando a necessidade de discussões sobre a nova política de gestão do trabalho entre os gestores e a existência de vários nós críticos nos diversos âmbitos institucionais do SUS.

O trabalhador de saúde, como agente político, deve buscar entender a relação das suas condições de trabalho e o quanto elas podem interferir naquilo que tem de maior governabilidade, o cuidar em saúde, pois ele se encontra muito afastado dessas ações e precisa ser estimulado a participar delas ativamente, para, então, buscar, de forma consistente, a valorização do seu processo de trabalho.

REFERÊNCIAS |

- 1- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão e da Regulação do Trabalho em Saúde. Programa Nacional de Desprecarização do Trabalho no SUS: Desprecariza SUS: perguntas & respostas: Comitê Nacional Interinstitucional de Desprecarização do trabalho no SUS. Brasília: Ministério da Saúde; 2006.
- 2- Brasil. Ministério da Saúde. Departamento da Atenção Básica. PROESF: Projeto de expansão e consolidação da saúde da família. Brasília: Ministério da Saúde; 2002.
- 3- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. Curso de Formação de Facilitadores em Educação Permanente em Saúde: orientações para o curso. Rio de Janeiro: Ministério da Saúde/FIOCRUZ; 2005.

- 4- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Gestão do trabalho. O que é Gestão do Trabalho no SUS? [on-line]. Brasília; 2009. [citado 2009 out 26]. Disponível em: URL: <http://portal.saude.gov.br/portal/saude>.
- 5- Campos GWS. Reforma política e sanitária: a sustentabilidade do SUS em questão? *Cien Saúde Colet* 2007; 12(2):301-6.
- 6- Campos, GWS. O método Paidéia (da roda) aplicado à saúde coletiva. Secretaria Municipal de Campinas [on-line]. Campinas; 2001. [citado 2009 out 26]. Disponível em: URL: <http://www.campinas.sp.gov.br/paidéia>.
- 7- Castro J L. Programa de saúde da família: flexibilidade e precarização no trabalho. NESC/UFRN. Natal: Núcleo de Estudos em Saúde Coletiva. Observatório de Recursos Humanos; 2006.
- 8- Castro JL, Araújo D, Pessoa MGA, Bezerra O, Vilar RLA, Oliveira NJM. Núcleo de Estudos em Saúde Coletiva. Observatório de Recursos Humanos NESC/UFRN. Programa Saúde da Família: flexibilidade e precarização no trabalho. Pesquisa integrante do plano diretor 2004/2005 [on-line]. Rio Grande do Norte; 2006. p. 1-23 [citado em 2009 out 25]. Disponível em: URL: <http://www.observatorio.nesc.ufrn.br>.
- 9 – Costa MS. O sistema de relações de trabalho no Brasil: alguns traços históricos e sua precarização atual. *Rev Bras Ciências Sociais* 2005; 20(59): 111-31.
- 10 - Flegeler, DS, Guerra, MA, Espíndula, KD, Lima, RC. O trabalho dos profissionais de saúde na estratégia saúde da família: relações complexas e laços institucionais frágeis. *Rev Odonto UFES* 2008; 10(4):17-23.
- 11- Lima RCD, Oliveira ERA, Cade NV, Rabello ML, Santana LG. O processo de cuidar na enfermagem: mudanças e tendências no mundo de trabalho. *Cogitare Enferm* 2005; 10(2):63-7.
- 12 - Lima RCD. Enfermeira: uma protagonista que produz o cuidado no cotidiano do trabalho em saúde. Vitória: Edufes; 2001.
- 13- Lima VV. Saúde Pandéia. *Cien Saúde Colet* 2003; 9(3):817-18.
- 14- Lima RCD et al. O processo de cuidar na enfermagem: mudanças e tendências no mundo de trabalho. *Cogitare Enferm* 2005; 2(10):63-7.
- 15- Machado MH. Trabalhadores da saúde e sua trajetória na reforma sanitária. In: Lima NT et al. Saúde e democracia: história e perspectivas do SUS. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2005. p. 257-81.
- 16- Minayo MCS. Técnicas de análise de material qualitativo. In: Minayo MCS O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 9. ed. São Paulo: Hucitec; 2006. p. 303-18.
- 17 - Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão e da Regulação do Trabalho em Saúde. Relatório do seminário nacional sobre política de despreciação das relações de trabalho no SUS. Brasília: Ministério da Saúde; 2003.
- 18- Pierantoni CR, Varella TC, França T. Recursos humanos e gestão do trabalho em saúde: da teoria para a prática. In: Barros AFR, organizador. Observatório de Recursos Humanos em Saúde no Brasil: estudos e análises. Brasília: Ministério da Saúde; 2004. p. 51-68.
- 19- Sarti, TD, Lima, RCD, Silva, MZ, Maciel, ELN. A institucionalização da avaliação na atenção básica: alguns aspectos para a construção de práticas democráticas no contexto da estratégia saúde da família. *Rev Odonto UFES* 2008; 10(1):63-9.
- 20- Silva LIMC, Peduzzi M. Análise da produção científica sobre recursos humanos de enfermagem no Brasil. *Acta Paul Enferm* 2006; 19(1):36-42.

AGRADECIMENTOS |

À Secretaria Municipal de Saúde da Serra, pela autorização para a realização do estudo.

Ao CNPq – FACITEC, órgãos financiadores desta pesquisa, por proporcionar a possibilidade de conhecer o universo científico.