



UNIVERSIDADE ESTADUAL DE FEIRA DE SANTANA

**RELAÇÕES DE TRABALHO DOS TRABALHADORES
DE SAÚDE DA ATENÇÃO BÁSICA
DE CRUZ DAS ALMAS /BA:
AVANÇOS E RETROCESSOS**



ELAINE ANDRADE LEAL SILVA





UNIVERSIDADE ESTADUAL DE FEIRA DE SANTANA
DEPARTAMENTO DE SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA
MESTRADO ACADÊMICO

ELAINE ANDRADE LEAL SILVA

**RELAÇÕES DE TRABALHO DOS TRABALHADORES
DE SAÚDE DA ATENÇÃO BÁSICA
DE CRUZ DAS ALMAS /BA:
AVANÇOS E RETROCESSOS**

FEIRA DE SANTANA – BA
2007

ELAINE ANDRADE LEAL SILVA

**RELAÇÕES DE TRABALHO DOS TRABALHADORES
DE SAÚDE DA ATENÇÃO BÁSICA
DE CRUZ DAS ALMAS – BA:
AVANÇOS E RETROCESSOS**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Estadual de Feira de Santana (UEFS), para obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva.

ÁREA DE CONCENTRAÇÃO – Políticas, Planejamento, Gestão em Saúde.

LINHA DE PESQUISA - Estudo de Políticas, Programas e Práticas de Saúde

ORIENTADORA: Prf^ª Dr^ª Maria Angela Alves do Nascimento.

**FEIRA DE SANTANA – BA
2007**

Ficha Catalográfica

Silva, Elaine Andrade Leal
S579r Relações de trabalho dos trabalhadores de saúde da atenção
básica de Cruz das Almas - Ba: avanços e retrocessos / Elaine
Andrade Leal Silva. – Feira de Santana, 2007.
126 f. : il.

Orientadora: Maria Angela Alves do Nascimento

Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva)– Programa de Pós-
Graduação em Saúde Coletiva, Departamento de Saúde,
Universidade Estadual de Feira de Santana, 2007.

1. Relações de trabalho. 2. Trabalhador de saúde – Cruz das
Almas (BA). 3. Atenção básica. I. Nascimento, Maria Angela Alves
do. II. Universidade Estadual de Feira de Santana. III. Departamento
de Saúde. IV. Título.

CDU: 614:331.4

ELAINE ANDRADE LEAL SILVA

**RELAÇÕES DE TRABALHO DOS TRABALHADORES
DE SAÚDE DA ATENÇÃO BÁSICA
DE CRUZ DAS ALMAS – BA:
AVANÇOS E RETROCESSOS**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Estadual de Feira de Santana (UEFS), para obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva.

Feira de Santana – BA, 04 de março de 2008.

BANCA EXAMINADORA

Prf^ª Dr^ª Alba Regina Neves Ramos
Universidade Salvador - Unifacs
1º Examinador

Prfº Drº Carlito Lopes Nascimento Sobrinho
Universidade Estadual de Feira de Santana – UEFS
2º Examinador

Prf^ª Dr^ª Maria Angela Alves do Nascimento
Universidade Estadual de Feira de Santana – UEFS
Orientadora

A Deus Criador do Céu e da Terra, por ELE,
para ELE, por meio DELE são todas as coisas.

A Edite Leal, Você tem sido mais que mãe-amiga,
Tem sido minha inspiração de vida

A Helio Andrade, meu pai, trabalhador nato, obrigada pelos
Seus ensinamentos que me fazem alçar vôos mais ousados

A Fabio Barreto Silva, muito mais que um esposo,
Um amigo. Vencemos!

A Evelyn e Fabrício, nossos futuros filhos
Como ensinamento de esforço e dedicação.

AGRADECIMENTOS ESPECIAIS

Ao mestre dos mestres que semeou sonhos em meu coração,
Mostrou-me por inúmeras vezes a sua fidelidade e justiça
Jesus Cristo, meu Mestre, obrigada por me ensinar a sonhar.
Tudo o que tenho, tudo o que sou são para te servir meu Mestre.

A Maria Angela, mestre da originalidade, do método, da qualitativo,
do desafio que ousadamente lapidou-me e fez superar meus próprios limites.
Muito obrigada!

A minha amada igreja que, através dos grupos pequenos e do Pr. João Carlos,
tem me ensinado a amar e a ser **serva de tolha e bacia nas mãos**.
Obrigada por me amarem, compreenderem e me aceitarem assim como sou.

AGRADECIMENTOS

À **minha família [Fabio, Binha, Lu, Lena, Hélio, Edite, Nuza, Gal]** por compreender que às vezes é preciso renunciar para a felicidade do outro.

As **minhas mães (Edite, Antonia e Gal)** sou grata a Deus por vocês existirem sem a ajuda de vocês eu não conseguiria chegar até aqui.

A minha amiga e companheira de viagem **Marcia Rosa**, noites, viagens, sonhos foram compartilhados sabemos que temos outros vãos a ousar. Obrigada!

Aos **Amigos (Joan, Sergio, Tati, Mara, Jace, Jeu, Deise, Núbia, Fau)**, a alegria de vocês e o auxílio foi muito importante na minha jornada.

As **minhas amigas da Dialética** (Deise, Leonor, Luciane, Tatiane, Patrícia, Andréia, Marcia e Carla) o nosso coração, as nossas ações e discussões permearam em todo tempo por convergências / divergências, diferenças e complementaridade, vocês são nota dez.

A **meus amigos da tabela dois por dois** (Gilmar, Rogério, Liz, Marcus, Cristina, Marla, Mônica, Werner, Lavínia), cada um de vocês representam uma peculiaridade na minha história de vida.

Aos **professores** (Davi, Patel, Ana Luíza, Geralda, Angela e Marluce) agradeço a contribuição e apoio ao semearem novos saberes no solo da minha vida acadêmica.

Aos **funcionários** (Gil, Siomara, Gorete, Luciene), obrigada pelo apoio a todo tempo.

A **Secretaria Municipal de Cruz das Almas** por aceitar o desafio da pesquisa.

Aos **trabalhadores de saúde** da Atenção Básica que estiveram disponíveis a colaborar com a pesquisa com muita cordialidade.

RESUMO

Este estudo, Relações de Trabalho dos Trabalhadores de Saúde da Atenção Básica de Cruz das Almas: avanços e retrocessos, tem como objetivos **analisar** as relações de trabalho referente às condições de trabalho (aspectos sociais e legais) dos trabalhadores da Atenção Básica em Cruz das Almas – BA; **discutir** a compreensão dos trabalhadores de saúde da Atenção Básica referente às relações de trabalho no âmbito das condições de trabalho, aspectos sociais e legais; **caracterizar** as relações de trabalho no que se refere às condições de trabalho (da infra-estrutura à captação), aspectos sociais do trabalho (valorização, reconhecimento, condições de vida e trabalho) e os aspectos legais do trabalho (política RH / direito do trabalho) dos trabalhadores da Atenção Básica de Cruz das Almas/BA; **identificar** os avanços e/ou retrocessos nas relações de trabalho entre os trabalhadores da Atenção Básica e a Secretaria Municipal de Saúde de Cruz das Almas/BA. Estudo quantitativo, realizado nas unidades de saúde da Atenção Básica de Cruz das Almas; os sujeitos do estudo foram constituídos de dois grupos, sendo o grupo I – Trabalhadores de Saúde da Atenção Básica e o grupo II – coordenador de saúde bucal e representante sindical; como técnica de coleta de dados a entrevista semi-estruturada, a observação sistemática e análise documental; o método de análise utilizado foi a análise de conteúdo, tendo os dados sendo sistematizados em três categorias: **Categoria 1** - Trabalho e Qualidade de Vida: (des) valorização e (in)satisfação do trabalhador da Atenção Básica de Saúde; **Categoria 2** – Condições de Trabalho: “veja até que ponto nós chegamos para trabalhar”; **Categoria 3** – (Des)Precarização do Trabalho: “que direitos?”. Os resultados encontrados referente as Condições de Trabalho dos trabalhadores de Saúde da Atenção Básica trazem, situações adversas que envolvem questões éticas, interferem na integralidade da assistência, na credibilidade do serviço diante dos seus usuários, inclusive com exposição de seus trabalhadores a riscos mais diversos. A qualidade de vida no trabalho para os trabalhadores de Saúde da Atenção Básica está vinculada a salário, alimentação, lazer. Segundo depoimentos dos entrevistados, essa qvt é caracterizada na (des)valorização, (des)motivação, a situação de eustresse e distresse no qual os trabalhadores são submetidos; a precarização do trabalho para os trabalhadores de saúde envolvem a questão de admissão, vínculo, PCCS, direitos. Cruz das Almas avançou quanto as formas de admissão onde nos últimos anos destacaram duas formas de admissão: o concurso público e o processo seletivo simplificado para contratação de pessoal por tempo

determinado. A respeito do vínculo, os trabalhadores de saúde encontram-se inseguros, impossibilitados de realizar projetos de vida devido a fragilidade do vínculo trabalhistas ainda presente em Cruz das Almas. O Plano de Carreira, Cargos e Salários é único para todos os trabalhadores da prefeitura, e foi criado de maneira emergencial para cumprir exigências do Tribunal de Contas da União. Não existe um PCCS para os trabalhadores de saúde. Quanto aos direitos trabalhistas, os trabalhadores desconhecem seus direitos, por outro lado, não se mobilizam para conhecê-los. Acreditamos que há uma necessidade de efetivação de uma política de valorização dos trabalhadores de saúde municipal que perpassa pelas questões sociais, jurídicas e condições de trabalho. A respeito do trabalhador de saúde, é necessário um novo posicionamento frente à fragilidade de vínculo, precarização de trabalho e luta sindical. O controle social precisa ser mais atuante quanto às questões de trabalhador, estudando alternativas de luta política para melhorias na Relação SMS e trabalhador.

Palavras-chave: Relações de Trabalho; Trabalhador de Saúde; Atenção Básica

ABSTRACT

The study Working Relations of Basic Healthcare Workers of Cruz das Almas: advances and retrogressions, aims to: **analyze** working relations associated to working conditions (social and legal aspects) of Basic Healthcare workers in Cruz das Almas/BA; **discuss** the understanding of Basic Healthcare workers referring to working relations in the context of working conditions, social and legal aspects; **characterize** working relations concerning to the working conditions (since infrastructure until reach), social aspects of work (valuation, reconnaissance, life and working conditions) and the legal aspects of work (HR politics / labor right) of Basic Healthcare workers of Cruz das Almas / BA; **identify** the progress and / or retrogressions in working relations between Basic Healthcare workers and the Municipal Health Secretariat of Cruz das Almas -BA. Quantitative study, conducted in units of Basic Healthcare of Cruz das Almas; the subjects of the study were composed of two groups: group I - Basic Healthcare workers - and group II - coordinator of oral health and labor union representative; semi-structured interview, systematic observation and document analysis were used as technique for collecting data; the method used was the analysis of content, and data were systematized in three categories: **Category 1-** Interaction Work and Quality of Life: (un)valuation and (in)satisfaction of Basic Healthcare worker; **Category 2-** Working Conditions: "see to what extent we arrived for work"; **Category 3-** (Des) Precarization of Work, "which rights?". The results found regarding working conditions of Basic Healthcare workers bring adverse situations involving ethical issues; interfere in the integrality of assistance, in the credibility of service ahead of its users, including exposure of its workers to more diverse risk. The quality of life at work (qlw) for Basic Healthcare workers is linked to the salary, food, entertainment. According to testimonies of interviewees, this qlw is characterized in the (un)valuation, (un)motivation, the situation of eustress and distress in which workers are subjected, the precarization of work for health workers interviewed involve the issue of admission, bond, Plan of Career Offices and Wages (PCOW), rights. Cruz das Almas advanced in ways of admission, when in recent years, highlighted two ways of admitting: the public contest and selection process simplified for hiring staff for a fixed term. With respect to the bond, health workers are insecure, unable to carry out projects of life due to weakness of the labor bond still present in Cruz das Almas. The PCOW is unique for all

employees of prefecture, was created emergencially in order to execute requirements of the Court of Auditors of the Union. There is no a specific PCOW to health workers. As for labor rights, workers disclaim their rights, on the other hand, do not mobilize to know them. We believe that there is a need for implementation of a politics of valuation of workers in municipal health that crosses social, legal and working conditions issues. With respect to the worker health, it is necessary a new position against the fragility of bond, precarization of work and union struggle. The social control needs to be more active on the issues of worker, studying alternatives for political struggle for improvement in relationship SMS and worker.

Keywords: Working Relations; Health Worker; Basic Healthcare

LISTA DE SIGLAS

ACS	Agente Comunitário de Saúde
ACE	Agente Combate a Endemias
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CEO	Centro de Especialidades Odontológicas
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CIB	Comissão Intergestora Bipartite
CLT	Consolidação das Leis Trabalhistas
CONASEMS	Conselho Nacional dos Secretários Municipais de Saúde
CPD	Centro de Processamento de Dados
DIRES	Diretoria Regional de Saúde
DME	Depósito de Material Esterilizado
DML	Depósito de Material de Limpeza
EC	Emenda Constitucional
ESB	Equipe de Saúde Bucal
ESF	Equipe de Saúde da Família
GM	Gabinete do Ministro
IAP	Instituto de Aposentadoria e Pensão
IDH	Índice de Desenvolvimento Humano
IBGE	Instituto Brasileiro geografia e Estatística
INAMPS	Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdenciária
IAPER	Instituto de Pediatria do Recôncavo
NOB	Norma Operacional Básica
NR	Norma Regulamentadora

OCIP	Organização Social de Interesse Público
PACS	Programa de Agente Comunitário de Saúde
PCCS	Plano de Carreira Cargo e Salário
PDR	Plano Diretor Regional
PGSS	Plano de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde
PRH	Política de Recursos Humanos
PSF	Programa de Saúde da Família
QV	Qualidade de Vida
QVT	Qualidade de Vida no Trabalho
REDA	Regime Estadual do Direito Administrativo
RH	Recursos Humanos
SIC	Segundo Informações Colhidas
SINDSEC	Sindicato dos Servidores Municipais Cruzalmense
SMS	Secretaria Municipal de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre Esclarecido
UBS	Unidade Básica de Saúde
UEFS	Universidade Estadual de Feira de Santana
USF	Unidade de Saúde da Família

LISTA DE QUADROS

Quadro 1	Características das Alternativas de Vinculação Institucional dos Trabalhadores do SUS.	38
Quadro 2	Distribuição das Unidades de Saúde Conveniadas com o SUS do Município de Cruz das Almas / BA, 2006.	42
Quadro 3	Distribuição dos Trabalhadores de Saúde na Atenção Básica por Categoria Profissional e Tipo de Vínculo, do Município de Cruz das Almas –BA, Maio / 2007.	45
Quadro 4	Caracterização dos Sujeitos do Estado (Trabalhadores de saúde) e Informantes – Chave. Cruz das Almas – BA , Ago, 2007.	47
Quadro 5	Síntese das Falas dos Entrevistados do Grupo I – Trabalhadores de Saúde da Atenção Básica de Cruz das Almas / BA, ago / 2007.	52
Quadro 6	Síntese das Falas dos Entrevistados do Grupo II - Informantes-Chave Cruz das Almas / Ba, ago / 2007.	53
Quadro 7	Disponibilidade de vagas, Carga Horária e Oferta de salários nas duas modalidades de admissão e vínculo, em Cruz das Almas, BA, nov. 2007.	92
Quadro 8	Conflitos da Relação de Trabalho entre Trabalhadores de Saúde da Atenção Básica e a SMS de Cruz das Almas: avanços e retrocessos.	107

LISTA DE FIGURAS

Figura 1	Mapa de Localização de cruz das Almas fronteira com os municípios Vizinhos	41
Figura 2	Número de Equipes de Saúde da Família implantada em Cruz das Almas / BA. Cruz das almas 2004-2007	43
Figura 3	Situação de Implantação de Equipes de Saúde da Família, Saúde Bucal e Agentes Comunitários de Saúde, Brasil, jul./ 2007	88

LISTA DE TABELA

Tabela 1	Distribuição de Agentes Comunitários de Saúde por Equipe e Cobertura Populacional do Programa de Saúde da Família. Cruz das almas / Ba, 2006	44
----------	--	----

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	16
2	REFERENCIAL TEÓRICO	21
2.1	TRABALHO EM SAÚDE NO BRASIL: início século XX ao momento atual	21
2.2	POLÍTICA DE RECURSOS HUMANOS PARA O SUS	25
2.2.1	CONDIÇÕES DE TRABALHO: da infra-estrutura à capacitação	25
2.2.2	ASPECTOS SOCIAIS DO TRABALHO: da (des) valorização ao reconhecimento	28
2.2.3	ASPECTOS LEGAIS DO TRABALHO: da política de recursos humanos aos direitos do trabalho	33
3	METODOLOGIA	40
3.1	TIPO DE ESTUDO	40
3.2	CAMPO DE ESTUDO	40
3.3	SUJEITOS DO ESTUDO	46
3.4	TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE COLETA DE DADOS	47
3.5	MÉTODO DE ANÁLISE DE DADOS	50
4	TRABALHO E QUALIDADE DE VIDA: (des) valorização e (in)satisfação do trabalhador da atenção básica de saúde.	55
4.1	SENTIDO (S) E SIGNIFICADO(S) DO TRABALHO VERSUS QUALIDADE DE VIDA.	56
5	CONDIÇÕES DE TRABALHO: “veja até que ponto nós chegamos para trabalhar”	70
6	(DES)PRECARIZAÇÃO DO TRABALHO NO SUS: “que direitos?”	88
6.1	TRABALHADOR DO SUS NA ATENÇÃO BÁSICA NO MUNICÍPIO DE CRUZ DAS ALMAS – BA: formas de admissão e vínculo empregatício	89

7	CONSIDERAÇÕES FINAIS	104
	REFERÊNCIAS	110
	APÊNDICE(S):	122
	APÊNDICE A: Roteiro da Entrevista Semi-Estruturada Trabalhadores de Saúde nas USF/UBS	123
	APÊNDICE B: Roteiro de Entrevista Semi-Estruturada Informantes, chave (Gestores)	124
	APÊNDICE C: Roteiro de Observação Sistemática	125
	APÊNDICE D: Termo de Consentimento Livre Esclarecido	126

1 INTRODUÇÃO

No transcorrer da nossa experiência como trabalhadora da Atenção Básica iniciada em 2002 em um município baiano, tivemos oportunidade de conviver com integrantes das Equipes de Saúde da Família (ESF), da Secretaria Municipal de Saúde, que conviviam em conflitos trabalhistas, dentre eles o não repasse dos 11% do salário ao INSS, a desvalorização do salário e a demissão do trabalhador sem aviso prévio (devido parto, cirurgia, e outros). Uma realidade paradoxal aos princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS), aos direitos garantidos pela Consolidação das Leis Trabalhistas (CLT) e a Constituição Federal de 1988 que, dentre outros, assegura: a relação de emprego protegida à demissão arbitrária; décimo terceiro salário e gozo de férias anuais (BRASIL, 1993).

Por conseguinte, o interesse pelo objeto do estudo *Relações de Trabalho dos trabalhadores de saúde¹ na Atenção Básica* foi motivado dessa nossa experiência enquanto trabalhadora, vivenciando as relações de trabalho, e pós-graduanda em Saúde Pública ao cursar a disciplina Saúde do Trabalhador, na dimensão da política de recursos humano (RH), que nos trouxe reflexões sobre mercado, o emprego e a força de trabalho em saúde.

Assim, para a pesquisa, tomamos como referencial, para o entendimento do termo *Relações de Trabalho*, a definição de Fleury e Fischer (1985, p. 67) que afirmam ser as “relações de Trabalho uma das formas de relacionamento social, aquela que coloca em interação os trabalhadores e os empregados [...] estão vinculadas aos padrões das relações sociais, econômicas e políticas vigentes na sociedade mais ampla”.

A partir desta compreensão, passamos a considerar as *relações de trabalho* como as relações estabelecidas entre os trabalhadores de saúde e a Secretaria Municipal de Saúde no que se referem às condições de trabalho (infra-estrutura e capacitação), aspectos sociais (integração social no trabalho, valorização, satisfação pessoal e reconhecimento do trabalho), aspectos legais (constitucionalismo, jornada de trabalho carga horária, plano de carreira, cargos e salários, respeito às leis trabalhistas) e a qualidade de vida dos trabalhadores no trabalho.

¹ **Trabalhadores de Saúde:** todos aqueles que se inserem direta ou indiretamente na prestação de serviços de saúde, independente do vínculo trabalhista, que detêm formação profissional acadêmica ou prática para o desempenho de atividades ou ações de saúde interno ou externo das unidades de saúde (PAIM, 1994).

O eixo *relações de trabalho* corresponde às proposições que afirmam a necessidade de proteger o trabalho e o trabalhador do Sistema Único de Saúde com todos os seus direitos trabalhistas consagrados na legislação nacional, na política do RH do SUS, nas formas de seleção contratual, plano de carreira, cargos e salários (PCCS) e na remuneração dos trabalhadores em saúde.

A Atenção Básica ou Atenção Primária da Saúde, segundo Starfield (2002, p. 28), é um nível de um sistema de serviço de saúde que, dentre outros, oferece a entrada do usuário no sistema de saúde, e que caracteriza, dentre muitas coisas, o trabalho em equipe, além de “abordar os problemas mais comuns na comunidade, oferecendo serviços de prevenção, cura e reabilitação para maximizar a saúde e o bem estar”.

Apesar da Constituição de 1988 ter assegurado a criação e a operacionalização do SUS – o que muito tem contribuído à reorganização da atenção básica da saúde – a relação de trabalho, entre os trabalhadores do SUS e os seus empregadores, deixam a desejar, em particular, no que diz respeito às relações de trabalho e aos direitos trabalhistas. Vários municípios brasileiros apresentam um hiato entre a prática profissional e a regulação de trabalho na atenção básica, conforme estudos de Nascimento Sobrinho (2004) , Pochmann (2002), Bezerra (2004), Nogueira, Baraldi e Rodrigues (2004), Santos, Uchoa e Meleneu Neto (2004). Acreditamos que o reflexo dessa situação talvez seja reforçado pela fragilidade de uma política de recursos humanos na saúde.

Machado (2005, p. 274) corrobora com esta tese, ao reforçar que a década de 1990 – com a Consolidação do SUS,

(...) foi o período da antipolítica de RH [...] Isso permitiu que os trabalhadores, entre outras questões, não tivessem perspectiva alguma de carreira profissional; a renovação e a expansão dos novos profissionais não se dessem de forma correlata em termos constitucionais, e sim por meio da precarização do trabalho, criando assim, um exército de trabalhadores sem direitos sociais e trabalhistas aos moldes do século XX [...].

Diante de tal realidade, é importante que não apenas se discuta, mas se efetive a regulação do trabalho no SUS, assim como a política de recursos humanos e o Plano de Carreira, Cargos e Salários, com o objetivo de amenizar os efeitos deletérios da política do

Estado Mínimo – neoliberal² – que se impôs na década de 1990, ao provocar o desestímulo, a perda do sentido de carreira profissional e a precarização do trabalho.

A atuação da política neoliberal na década de 1990, que utilizava como modalidade de assistência o trabalho assalariado aliado às oscilações econômicas, hiper-inflacionárias e abertura comercial, possibilitou o abandono da estruturação do mercado de trabalho, desaceleração da abertura de novas vagas de emprego; de acordo com Pochmann (2002), de cada dez empregados assalariados gerados entre 1980 a 2000, cerca de seis foram sem contrato formal e apenas quatro com contrato formal.

Nesse cenário da política neoliberal, a crise do emprego, a perda da dimensão coletiva do trabalho e a não efetividade das leis trabalhistas instigou-nos a reforçar a necessidade de se estudar a regulação trabalhista das equipes de saúde na Atenção Básica numa abrangência estrutural, social e jurídica.

O Conselho Nacional dos Secretários Municipais de Saúde (Conasems), em 2005, buscou definir três grandes teses para serem defendidas: a primeira é a luta pela ampliação do financiamento da saúde no Brasil; a segunda se refere à gestão do trabalho dentro do SUS que é uma discussão sobre as diversas formas possíveis de contratação de pessoal - esta realidade remete a atuação do Ministério Público exigir concurso público para todos os profissionais; e a terceira se refere à luta pela integralidade da Atenção a Saúde, considerando que há um sistema fragmentado (BAHIA, 2004b).

Na Bahia, numa reunião em nove de junho de dois mil e seis, na Comissão Intergestora Bipartite (CIB) foram discutidas as condições em que o referido Estado administra a questão de recursos humanos (RH), dos contratos de trabalho a exemplo do Regime Estadual do Direito Administrativo (REDA) e cooperativas e, na oportunidade, pontuou a necessidade de um novo pacto de gestão com prioridades às questões financeira e dos RH (BAHIA, 2004b).

Por conseguinte, a opção pelo estudo *Relações de Trabalho dos Trabalhadores de Saúde na Atenção Básica* é por compreendermos o trabalho como uma necessidade natural

² **Neoliberalismo ou aldeia global** é a transfiguração do globalismo. “Propõe a reforma do Estado, desestatização da economia, privatização de empresas produtivas e lucrativas governamentais, informatização de processos decisórios busca da qualidade total” (IANNI, 2002, p. 217). Na saúde, neoliberalismo caracteriza-se pela produção de serviços médico-sanitário onde os membros mais ativos são os empresários da medicina de grupo e proprietário de hospitais, diretores de hospitais filantrópicos. O objetivo desses membros é estender os seus limites máximos à medicina de mercado, reivindicando do governo apenas benefícios indiretos, como isenção de impostos e taxas, empréstimos preferenciais, incentivos fiscais. Concomitantemente a essa articulação esse grupo busca ampliar a atenção individual curativa para além das necessidades reais através de uma luta ideológica e cultural frente à opinião pública (CAMPOS, 2006a).

humana enquanto gerador de recursos, valorização, inclusão social, sobrevivência e reconhecimento do trabalhador na condição de cidadão. Em particular, o trabalho em saúde traz na sua essência uma inter-relação entre profissional e o sujeito-usuário na busca constante da saúde, exercendo um direito de cidadania em defesa da vida.

A escolha do campo de investigação, o município de Cruz das Almas/BA, foi por acreditarmos que os resultados concretos poderão levar não apenas a reflexões, mas também a um avanço sobre as condições e as relações de trabalho desses trabalhadores de saúde com a vontade política dos gestores locais, no sentido de assegurarem aos trabalhadores do SUS os seus direitos sociais, trabalhistas, políticos e jurídicos.

Empiricamente observamos que os trabalhadores da Atenção Básica³ que compõem as unidades básicas de saúde (UBS) têm enfrentado uma realidade paradoxal em relação aos direitos trabalhistas e, por conseguinte, a rotatividade de profissionais, a descontinuidade das ações de promoção de saúde, a fragilidade da integralidade e o controle social proposto pelo SUS trazem repercussões na saúde do usuário/família e grupos das comunidades, e muitas vezes a insatisfação pessoal dos trabalhadores no seu trabalho como também na sua qualidade de vida.

Essa realidade, portanto, nos remete às seguintes questões a serem investigadas:

Qual a compreensão dos trabalhadores de saúde da Atenção Básica de Cruz das Almas referente às relações de trabalho no âmbito das condições de trabalho, aspectos sociais e legais? Como são estabelecidas as relações de trabalho entre os trabalhadores de saúde da Atenção Básica e a Secretaria Municipal de Saúde de Cruz das Almas - BA? Qual(ais) o(s) avanços(s) e/ou retrocesso(s) nas relações de trabalho entre os trabalhadores da Atenção Básica e a Secretaria Municipal de Saúde de Cruz das Almas?

Frente a tais questionamentos elaboramos como objetivos:

- Analisar as relações de trabalho referente às condições de trabalho (aspectos sociais e legais) dos trabalhadores da Atenção Básica em Cruz das Almas - BA.
- Discutir que compreensão dos trabalhadores de saúde da Atenção Básica tem no que se refere às relações de trabalho no âmbito das condições de trabalho, aspectos sociais e legais.

³ **Trabalhadores da Atenção Básica:** referem-se aos trabalhadores que estão inseridos no Programa Saúde da Família (PSF), Programa de Agentes Comunitários (PACS) e trabalhadores das demais unidades básicas de saúde como Centro, Postos de Saúde, Centros de referências para atenção de média complexidade na saúde como as policlínicas.

- Caracterizar as relações de trabalho no que se refere às condições de trabalho (da infraestrutura à captação), aspectos sociais do trabalho (valorização, reconhecimento, condições de vida e trabalho) e os aspectos legais do trabalho (política RH / direito do trabalho) dos trabalhadores da Atenção Básica de Cruz das Almas/BA.
- Identificar os avanços e/ou retrocessos nas relações de trabalho entre os trabalhadores da Atenção Básica e a Secretaria Municipal de Saúde de Cruz das Almas- BA.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

Na construção do referencial teórico destacamos as seguintes categorias teóricas: o trabalho em saúde e a política de recursos humanos no SUS, articuladas às condições de trabalho e aos aspectos sociais e jurídicos do trabalho no SUS.

2.1 TRABALHO EM SAÚDE NO BRASIL: início do século XX ao momento atual

Ao definirmos trabalho não podemos deixar de fazer referência à concepção marxista que define trabalho como uma condição da existência humana, independentemente de qual seja a forma de sociedade; é uma necessidade natural, eterna, que permeia o metabolismo entre o homem e a natureza (MARX, 1982).

Historicamente o trabalho é compreendido quase como uma necessidade natural humana enquanto gerador de recursos, de valorização, auto-estima, inclusão social, de sobrevivência, reconhecimento da condição de cidadão e garantia de independência.

O trabalho no Brasil, no século XIX, foi influenciado pela Revolução Industrial da Inglaterra, na medida em que ex-escravos e imigrantes tornaram-se o principal mercado consumidor e trabalhador para os interesses capitalistas. O trabalho era visualizado pelo trabalhador como forma de adquirir a liberdade, a independência. Para o imigrante, o novo mundo; para os ex-escravos, a liberdade (VICENTINO, 2001).

Este mesmo autor afirma que no Século XX, com o industrialismo brasileiro, o desenvolvimento das indústrias, principalmente em São Paulo – consequência da crise do café e redução da importação devido à 1ª Guerra Mundial, a indústria têxtil de bens de consumo não-durável e alimentos industrializados –, o trabalho tornou-se como meio de defesa, uma forma de organizar-se em associações e/ou sindicatos na luta para a redução das longas jornadas de trabalho, melhoria das condições de trabalho de homens, mulheres e crianças, bem como melhores salários.

Vicentino (2001) comenta, ainda, que durante a Segunda Guerra, entre as décadas de 1930-1940, período da era Vargas, o trabalho tornou-se para muitos trabalhadores sinônimo

de conquistas; dentre essas conquistas estão a legislação trabalhista, que garantiu o direito ao salário mínimo; o salário mínimo, a semana de trabalho de 44 horas; a consolidação das Leis do trabalho (CLT); a carteira profissional e as férias remuneradas.

Por outro lado, Paim (1992) afirma que nesse mesmo período houve conflitos entre o capital e o trabalho em conseqüências de medidas limitantes da autonomia política dos trabalhadores, tais como controle das organizações sindicais e partidárias.

Apesar da década de 1950 ter se destacado pelo crescimento econômico pressionado pela mobilização dos segmentos sociais urbanos que buscavam melhores condições de vida e reformas sociais, houve uma manipulação das demandas dos trabalhadores em função dos interesses dominantes (classe média). Já nos anos de 1960, tal realidade caracterizou-se pela suspensão da contratação de Recursos Humanos em substituição por uma política de compra de serviços de terceiros, ampliando-se por mais uma década (PAIM, 1992).

Todavia, no decênio de 1970, segundo Hochman, Santos e Alves (2004), observaram-se na saúde o crescimento dos movimentos políticos e sociais (momento da emergência da medicina preventivista), a luta pela reforma psiquiátrica, os direitos dos pacientes, o movimento pelas práticas alternativas de cura. É também, nesse momento que o ensino, a formação profissional e a gestão do trabalho sofrem grande influência do modelo biomédico, contrapondo com a Medicina Social.

No final da década de 1980, com a Constituição Brasileira de 1988, o trabalho tornou-se novamente sinônimo de esforço planejado e coletivo na luta para as conquistas dos direitos trabalhistas, dos direitos de Guerra e da liberdade sindical.

Contudo, apesar do avanço da Constituição, paradoxalmente o trabalho avança nas concepções neoliberais, levando a mobilização dos trabalhadores (sindicatos/associações e outros) a conceber o trabalho subordinado ao capital; o trabalhador, à máquina ou ao computador; e a coletividade à lucratividade. Ou seja, o trabalho, na concepção neoliberal passou a ser sinônimo de luta contra as privatizações, demissões dos servidores públicos e terceirização (IANNI, 2002).

No sentido de esclarecer a concepção **trabalho em saúde**, a ser adotada nessa pesquisa, trazemos algumas abordagens sobre o tema para dar uma maior visibilidade àqueles defendidos neste estudo.

Na concepção marxista, “o trabalho, como todos os processos vitais e funções do corpo, é uma propriedade inalienável do indivíduo humano” (BRAVERMAN, 1987, p. 57).

Na perspectiva do mercado, o trabalho é um reflexo da organização social da produção e distribuição dos serviços, que poderá refletir a própria imagem institucional e os setores públicos, privados e de produção dos serviços, no mundo do trabalho.

O trabalho também é definido como

(...) estrutura técnica isolada e auto-determinada, situação em que seus recursos, inclusive o humano, reduzem-se a componente-objeto do processo. Neste caso, os agentes de trabalho não poderiam dispor-se de sujeitos ou como atores sociais e o termo trabalhador indica a subjetivação da pessoa e a sujeição completa do indivíduo em ação (SCHRAIBER; MACHADO, 1997, p. 286).

Na visão positivista, o trabalho em saúde é conceituado como “um conjunto de coordenações de ações, é o sistema de produção de saúde...” (VAZ, 2002, p.53). Enquanto que na perspectiva dialética, o “trabalho em saúde é um trabalho essencial para a vida humana e é parte do setor de serviços. É um trabalho da esfera da produção não-material, que se completa no ato de sua realização” (PIRES, 1998, p. 159).

Mota (2004) traz uma discussão sobre a obra de Donangelo no qual afirmava que o trabalho define o sentido e o lugar dos indivíduos e da sociedade. Lima (2008) como prática técnica e social. Outrossim, no âmbito social, o trabalho em saúde é a estrutura técnica que interage com o social e o trabalhador, resultando na micro-física das ações (processo de trabalho) (SCHRAIBER; MACHADO, 1997).

Com a reorganização dos serviços da atenção básica à saúde, em particular com a implantação do Programa de Saúde da Família (PSF), o trabalho em saúde deverá desenvolver-se e expandir-se por meio de ações inter e transdisciplinares. Porém, mais de uma década após, segundo Machado (2005), na conjuntura atual o trabalho em saúde apesar de ter alargado o seu objeto do individual para o coletivo, essas ações inter e transdisciplinares ainda não estão solidificadas no processo de trabalho das ESF.

Entretanto o que vem a ser ações inter e transdisciplinar? Almeida Filho (1997) discute interdisciplinaridade como interação de diferentes disciplinas científicas que se impõem as outras enquanto campo integrador e coordenador transdisciplinaridade como integração de diferentes disciplinas.

Por conseguinte, um trabalho interdisciplinar é quando os trabalhadores de saúde trazem o seu saber para somar a outro saber científico dominante. Já o trabalho transdisciplinar

quando o saber dos trabalhadores busca a horizontalização, autonomia teórica para a construção de um novo saber.

Nessa perspectiva, é que Pires (1998) afirma que o trabalho em saúde é hoje, majoritariamente, um trabalho coletivo, realizado por diversos profissionais de saúde e também de outras áreas de atuação. E, esse trabalho compreende tanto o campo da saúde pública quanto privada, como também no campo hospitalar e na Saúde Coletiva⁴.

Embora muito já se tem discutido sobre o trabalho multi e trans-disciplinar, isso não quer dizer que já chegamos ao ideal, até porque o trabalho em saúde ainda continua compartimentalizado. Para Pires (1998), não existe um planejamento coletivo; o médico ainda é o agente central do processo assistencial em saúde, as relações em equipe e, inclusive, do usuário com cada profissional em separado ainda são conflituosas, os prontuários⁵ são preenchidos separadamente, o que poderá desintegrar e desmembrar as necessidades de saúde do indivíduo durante a atenção à saúde de forma não integral, características tipicamente de modelo biologizante, flexneriano⁶.

Em contrapartida, há instituições de saúde, principalmente da rede privada, que têm desenvolvido mudanças na organização do trabalho, no momento em que médicos, enfermeiros, psicólogos, nutricionistas, entre outros, trabalham enquanto uma equipe, cooperativamente, desde avaliações e procedimentos até orientações aos sujeitos desse processo.

Na realidade, acredita-se que o prontuário deve deixar de ser do médico e passar a ser do usuário, com explicação de medidas terapêuticas - de toda a equipe de saúde – que deverão ser eficazes, e a socialização dos problemas de saúde deve se sobrepôr à submissão, o que levará à desconstrução do poder hierárquico, pois os saberes se entrelaçam e poderão romper fronteiras, diante do trabalho em equipe.

Assim deve ser o trabalho em saúde da Saúde Coletiva, em que a universalidade, a hierarquização, a integralidade e a intersetorialidade aproximam o trabalhador de saúde e o usuário dos serviços, seja público ou privado.

⁴ **Saúde Coletiva:** “corrente de pensamento, movimento social e prática teórica... Fundamenta-se na interdisciplinaridade como possibilitadora da construção de um conhecimento ampliado da saúde e na multiprofissionalidade como forma de enfrentar a diversidade interna ao saber/fazer das práticas sanitárias” (NUNES, 1994, p. 19).

⁵ **Prontuário-** um documento onde se fazem anotações a respeito do sujeito durante o seu processo saúde-doença. As anotações podem ser feitas por qualquer profissional de saúde desde que siga as normas corretas de procedimento e valorize a ética e o sigilo profissional.

⁶ **Modelo Flexneriano** – caracteriza-se pelo seu cunho curativista, hospitalocêntrico e privatista (SILVA; LIMA, 2005). Modelo pautado na prática médica, no diagnóstico e terapêutica, onde a prevenção e a reabilitação são secundárias. Privilegia a doença e a morte contra a saúde e a vida (AROUCA, 2003).

Para Merhy (2002), o trabalho em saúde é um trabalho vivo em ato, dependente dos saberes e conhecimentos dos trabalhadores de saúde. Portanto, o trabalho em ato é a melhor tecnologia em saúde que possui o trabalhador.

Um outro ponto em pauta para discutirmos o trabalho em saúde é entendermos como se dá o processo de trabalho em saúde.

Para Pires (1998), o processo de trabalho dos trabalhadores em saúde tem como *finalidade* – a ação terapêutica de saúde; como *objeto* – o indivíduo ou grupos de doentes, sadios ou expostos a riscos, que necessitam de ações curativas, preventivas e de promoção da saúde; como *instrumental de trabalho* os instrumentos e as condutas que representam o nível técnico do conhecimento que é o saber de saúde; e o *produto final* - que é a própria prestação da assistência de saúde produzida no mesmo momento que é consumido.

Todavia, os agentes produtores e consumidores têm carência de ações macro e micro politicamente constituídas, que se polarizam alternadamente em trabalho vivo ou morto⁷. Para tanto, os espaços macro e micropolítico compreendem o tamanho do campo de governabilidade que se compõe desde o espaço de gestão da unidade de saúde até às gestões municipal, estadual e federal (PIRES, 1998).

Um trabalhador de saúde ao se encontrar com um usuário estabelece uma micro política do processo de trabalho onde o modelo de atenção que for utilizado vai desencadear um processo de fazer saúde. Outrossim, deverá estabelecer uma relação de interdependência e o trabalho vivo vai se transfigurar, processar uma nova realidade nos sujeitos tanto produtores quanto consumidores.

E, neste sentido, a intersecção entre trabalho e os gestores municipal, estadual e federal comporão o campo macro político onde a política econômica neoliberal, a política de saúde e de recursos humanos poderão produzir uma forma de trabalho privatizado que é explorado para inventar novos processos de trabalho - muitas vezes combatido pela política de Recursos Humanos do SUS, que está relacionada às condições de trabalho e aos seus aspectos sociais e legais.

⁷ **O trabalho morto** aquele que não é dinâmico, não interage, é produto, como matéria prima ou final, concluído. Enquanto que o trabalho vivo é dinâmico, interage com o artesão e a matéria prima, com ferramentas (MERHY, 2002). Todavia, segundo o autor, o trabalho morto pode se tornar vivo e vice-versa, dependendo do momento da ação.

2.2 POLÍTICA DE RECURSOS HUMANOS PARA O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

2.2.1 CONDIÇÕES DE TRABALHO: da infra-estrutura à capacitação.

Com o advento do Programa de Saúde da Família (PSF), a partir de 1994, o mercado de trabalho tem se expandido muito no Brasil. Segundo dados do Ministério da Saúde, o Brasil em 2003 possuía 35,7% de cobertura do PSF. Em 2005, o Programa ampliou sua cobertura para 44,4% em todo o Brasil, correspondendo a 78,6 milhões de pessoas, o que representa um crescimento no mercado de trabalho para diversas categorias, desde o nível elementar até ao superior (BRASIL, 2006c).

Na Bahia, o crescimento do PSF teve maior expressão a partir de 2001. Hoje o Programa de Agente Comunitário de Saúde (PACS) encontra-se 100% implantado nos 417 municípios e 35 % da população está coberta pelo PSF (MENDONÇA; SOUZA, 2005).

Todavia, segundo Pierantoni, Varella e França (2004, p.60),

as transformações no mundo do trabalho, por um lado, e a implementação da política setorial, que envolveu mudanças expansionistas de cobertura e abertura de postos de trabalho (via implantação do Programa de Saúde da Família) por outro, aprofundam tensões e questões pré existentes.

Como vemos, estas nuances na mudança refletem uma dicotomia entre a política neoliberal e a política de promoção à saúde ao buscarem interesses opostos quanto ao trabalhador de saúde. Até porque, o neoliberalismo procura intervir o mínimo possível na regulação do trabalho mediante a terceirização, e o PSF é uma estratégia que se traduz no trabalho que busca a transdisciplinariedade, a continuidade das ações por meio de estabilidade no trabalho e, conseqüentemente, a formação de vínculo com a comunidade.

Dentre as tensões e questões, Pierantoni, Varella e França (2004, p. 60) ainda destacam:

- a) desigualdades de ofertas do mercado educativo para formação profissional na área da saúde [...];
- b) intensificação e privilegiamento das modalidades de contratação no Sistema Único de Saúde sem amparo legal, gerando um alto índice de precarização em todo o país;
- c) precária estrutura e capacidade gestora tanto do setor educativo como de prestação de serviços da área da saúde[...].

Por conseguinte, observamos que essas tensões possibilitam a reflexão no que diz respeito a aplicabilidade dos princípios do SUS como a integralidade da assistência articulada ao vínculo com a comunidade, a universalidade, a equidade, a humanização no atendimento e a participação social.

Entretanto, a Norma Regulamentadora (NR) 17 aborda um outro aspecto das condições de trabalho, uma vez que inclui os aspectos relacionados aos levantamento, transporte e descarga de materiais, mobiliário e equipamentos e às condições ambientais do ambiente de trabalho. Assim, para avaliar as condições de trabalho é importante fazer uma análise da ergonomia do trabalho (BRASIL,1990).

Segundo a NR 17, o mobiliário, os assentos e os equipamentos do ambiente de trabalho devem ser planejados ou adaptados para proporcionar ao trabalhador condições de boa postura, visualização e operação. Por fim, as condições de trabalho devem estar adequadas às características psico-fisiológicas dos trabalhadores, com o objetivo de proporcionar assim boas condições de trabalho.

Outro aspecto que envolve a condição de trabalho é a capacitação. A Bahia, na agenda estadual de saúde (2004-2007) da Secretaria de Saúde do Estado da Bahia (SESAB), tem como em um dos seus compromissos a implementação da política de gestão do trabalho e de desenvolvimento do trabalhador do setor saúde, cujos objetivos se destacam: implementar a reestruturação organizacional e técnico pedagógica da Escola de Formação Técnica em Saúde – ESTF; implantar a Escola Estadual de Saúde Pública, com as condições para o pleno **desenvolvimento das estratégias da capacitação dos trabalhadores da saúde; desenvolver projetos de educação profissional de nível básico e técnico, voltados prioritariamente para os trabalhadores que atuam sem qualificação específica na área do SUS; capacitar profissionais da saúde em áreas estratégicas do SUS em consonância com a rede de pólos de educação permanente em saúde** (destaque nosso); e desenvolver instrumentos para a gestão e regulação do trabalho na SESAB (BAHIA, 2004 a, p. 84-89).

No que diz respeito a essa capacitação, em 2004 foi criado o Pólo de Educação Permanente com objetivo de propor prioridades, métodos e estratégias para a formação e educação permanente dos recursos humanos do Sistema Único de Saúde na esfera correspondente, assim como em relação à pesquisa e à cooperação técnica entre essas instituições.

Por isso, é fundamental que entendamos que a política de educação e desenvolvimento em saúde para o SUS lançou mão do conceito de Educação Permanente em Saúde, para substituir a noção de Educação Continuada. A Educação Continuada configura a soma de constante acumulação de conhecimentos, (enquanto a Educação Permanente em Saúde) se dá entre o repensar o processo de formação e o repensar o processo de trabalho.

De acordo com o Ministério da Saúde, “os Pólos constituem mecanismo fundamental às transformações do trabalho no setor da saúde, para que o trabalho seja lugar de atuação técnica competente, mas, também, de ação crítica e propositiva (até então, são mais de cem por todo país)” (BRASIL, 2006a, p. 49).

Na Bahia, existem oito Pólos de Educação Permanente a partir de critérios geográficos, tendo como referência a regionalização adotadas pelo Plano Diretor de Regionalização (PDR). Cada Pólo está localizado na sede das macro-regiões, assim distribuídas: Nordeste (Salvador), Centro-leste (Feira de Santana), Sudoeste (Vitória da conquista), Norte (Juazeiro), Oeste (Barreiras), Extremo sul (Eunápolis). A macrorregião Sul contudo sedia dois pólos locorregionais (Jequié e Ilhéus/Itabuna).

O Pólo de Educação Permanente da Bahia foi aprovado na Comissão Intergestora Bipartite (CIB) em janeiro de 2005; ele propõe ser uma estratégia para recomposição das práticas de gestão e atenção à saúde, na perspectiva de transformar o modo de fazer e organizar o trabalho, ao tomar como referencial as necessidades de saúde das populações, uma relação de aprender a prática no serviço (BAHIA, 2004b).

Contudo, esse Programa de Educação Permanente, ao ser implementado, deve estar pautado nas necessidades de qualificação dos trabalhadores de saúde, dos usuários e da educação popular em saúde, definidas a partir da realidade de cada município, traduzidas em planos, projetos e agendas (PINTO; BARBOSA FILHO, 2005).

Na realidade, é preciso que atentemos para uma real necessidade de descentralizar e disseminar capacidade pedagógica no interior do setor, fazendo do SUS uma rede-escola. Entretanto, é preciso investir intensamente na formação de facilitadores de educação permanente em saúde, que estejam em todas as instituições integrantes dos Pólos (BRASIL, 2006a).

2.2.2 ASPECTOS SOCIAIS DO TRABALHO: da (des)valorização ao reconhecimento.

O Trabalho é muito mais que uma relação técnica de produção; é um suporte privilegiado de inscrição na estrutura social (RAMALHO; SANTANA, 2004).

Neste sentido, Lessa (2003) reforça que o trabalho tem uma função social que possibilitará atender à necessidade primária, que é indispensável na transformação da natureza em bens materiais (...). Assim, entendemos que essas necessidades poderão ampliar a valorização e o reconhecimento do trabalhador – cidadão inserido no contexto político - social-econômico.

Na conjuntura atual, não só observamos, mas também vemos documentados nos estudos de Ramalho e Santana (2004) que a insegurança passou a fazer parte do cotidiano do assalariado com vínculo formal de emprego. Formas precárias de trabalho de sub-contratação agora são normas, incorporando-se às práticas das empresas, o que inclusive reforçam a fragilidade da instituição sindical, representação legítima dos trabalhadores.

Conforme os estudos de Nascimento Sobrinho (2004), Pochmann (2002), Bezerra (2004), Nogueira, Baraldi, e Rodrigues (2004), e a partir da nossa experiência, vemos que essa é a realidade de diversas equipes de saúde da família uma vez que trabalhadores sentem-se inseguros porque em sua maioria são contratados, sem filiação sindical e submetem-se a situações diversas para manterem uma “certa estabilidade” no trabalho. Diante dessa realidade, vemos cada vez mais o crescimento do desemprego e, até mesmo, a alta rotatividade dos trabalhadores no PSF, o que contribui para a instabilidade e a insegurança no trabalho.

Para tanto, é importante a organização e mobilização dos trabalhadores em saúde em prol das condições de trabalho e direitos trabalhistas – associações e/ou sindicatos. Politicamente, é preciso que os sindicatos lutem para se desvencilhar de práticas marcadas pelo grande porte das instituições empregadoras e pela falta de organização nos locais de trabalho, no sentido de reverter a diminuição da sindicalização e a uma dificuldade de competir em velocidade e adequação aos impasses trazidos pelo tempo. Diante de tal situação, com o crescente desemprego e, o trabalho informal tornaram-se alternativas para os excluídos do mercado formalizado (RAMALHO; SANTANA, 2004).

Como exemplo do não engajamento dos trabalhadores enquanto categoria mobilizado e organizada na luta sindical exemplificamos a categoria de enfermagem. Budô (2001) afirma

que a maioria dos enfermeiros mantém os sindicatos de modo meramente simbólico e isto talvez seja em consequência da insegurança vivenciada pelos enfermeiros gerada pela falta de estabilidade no trabalho.

A diminuição da filiação sindical desses trabalhadores é um obstáculo para que o movimento sindical desempenhe seu papel de enfrentamento ao patronato na busca de melhores condições de vida e trabalho e também de mobilização dos trabalhadores no combate à exploração da mão de obra e às contradições sociais (BARROS, et al. 199?).

Para tanto, as condições de vida do trabalho nesse contexto político-econômico e social, é muitas vezes reflexo das formas emergentes de gestão a exemplo da administração participativa, trabalhador-gestor. Ou seja, “aquela filosofia ou política de administração de pessoas, que valoriza sua capacidade de tomar decisões e resolver problemas; aprimora a satisfação e a motivação no trabalho. (...) contribui para melhor desempenho (...)” (destaque nosso) (MAXIMINIANO, 1995, p. 190).

A satisfação e a motivação no trabalho, pontuadas por Maximiniano, poderão levar a reflexões e debates desde o ambiente acadêmico ao popular, proveniente das novas necessidades industriais, tecnológicas, ambientais, mercadológicas e das demandas internas dos recursos humanos.

No Brasil, a partir década de 1990, com objetivo melhorar o desenvolvimento das empresas e da sociedade, novas formas de gestão do trabalho, flexibilização, terceirização foram implantadas (RAMALHO; SANTANA, 2004).

Assim,

(...) com a implementação da proposta neoliberal de reforma estrutural do Estado em direção ao Estado Mínimo, foi intensificada, no SUS a política da flexibilização das contratações e de precarização das relações de trabalho, utilizando-se diversos modelos de vínculos de trabalho adotados pela União, Estados e Municípios. A terceirização de serviços passou a ser efetuada sem a observância da legislação, induzindo a propagação do trabalho precarizado (BRASIL, 2006a, p.46).

A terceirização “é um processo planejado de transferência de atividades para serem realizados por terceiros” (PAGNONCELLI, 1993, p. 10). Para este autor, o que leva as instituições, tanto públicas quanto privadas, a implantarem a terceirização é aprimorar a qualidade, produtividade e a competitividade. Entretanto, vemos é que a terceirização poderá ser uma estratégia do empregador em não se comprometer com o profissional, considerando-o

muitas vezes como de utilidade descartável, e a qualquer momento que ele não corresponder com às expectativas poderá ser desvinculado da instituição, com ônus muito menor.

Por sua vez, o setor público brasileiro também aderiu a terceirização nos setores da construção e conservação de rodovias, coletas de lixo, transporte público cobranças de impostos, Centro de Processamento de Dados (CPD) (PAGNOCELLI, 1993), com destaque na Saúde – Sistema Único de Saúde, inclusive no âmbito de serviços técnicos-profissionais, que paulatinamente têm se tornado uma prática universal adotada em hospitais privados e/ou públicos, e até mesmos em serviços da atenção básica à saúde como o PSF (NOGUEIRA, 2003).

Tal realidade foi encontrada na pesquisa de Nascimento Sobrinho (2004) sobre *Condições de trabalho e saúde dos Médicos em Salvador*, ao apontar o crescimento do trabalho, relacionado à terceirização e precarização do trabalho médico, tanto no setor público quanto no privado. Ramalho e Santana (2004), argumentam que os terceirizados são trabalhadores de um “terceiro”. Seria esse terceiro uma cooperativa? uma Organização Social de Interesse Público (OCIP)⁸? ou em indicação clientelista (amizade e/ou política) entre determinados trabalhadores de saúde/gestores/políticos nas instituições públicas de saúde?

O estudo de Bezerra (2004), *Programa Saúde da Família: encontro e desencontro no labirinto da implantação*, registra que no PSF a seleção dos trabalhadores de saúde (médicos, enfermeiros, auxiliares e técnicos de enfermagem) para compor as Equipes de Saúde da Família (ESF), em um município baiano, além da indicação política também foi realizada por uma cooperativa.

Essa discussão é reforçada por Nogueira (1999, p. 448) para quem “(...) a terceirização e cooperativização parecem, em muito locais, serem a única alternativa disponível que resta ao gestor, embora isto acabe, infelizmente, dando um sentido pejorativo que se associa ao título de funcionário público”.

Assim é que, a Secretaria de Gestão e da Educação em Saúde (SGTES) criou o Programa Nacional de Desprecarização do Trabalho no SUS – Desprecariza SUS, com objetivo de buscar soluções para a precarização dos vínculos de trabalho nas três esferas de

⁸ A recente promulgação da lei que permite reconhecer as Organizações Não Governamentais como Organizações Sociais de Interesse Público (OSCIP) e com as quais faculta aos órgãos de Estado estabelecer termos de parceria criou uma via inédita e muito promissora para a implementação de políticas de saúde fora dos mecanismos administrativos estatais. Desde logo, as OSCIPs passaram a ser candidatos naturais para participar na implementação de programas de caráter comunitário tais como o PACS e o PSF (...) (BRASIL, 2006a).

governo (BRASIL, 2006b). O Desprecariza SUS é uma política de governo que busca alternativas pactuadas entre gestores e trabalhadores para ultrapassar os problemas decorrentes do processo do trabalho no SUS (BRASIL, 2006b).

Por outro lado, para os trabalhadores do SUS, flexibilizar passou a ser sinônimo de submeter-se a vínculos de trabalho que são mais autônomos e mais temporários, embora possam importar num aumento imediato da sua renda monetária. Mas, há muitos casos em que a flexibilização gera o trabalho informal e não bem remunerado, como se vê acontecer com os agentes comunitários de saúde (NOGUEIRA, 1999).

No que diz respeito à informalidade no trabalho, ela pode ser justificada pela maciça flexibilização das relações de trabalho geradas no âmbito intrínseco e extrínseco das instituições, que compreendem desde as formas de gestão (flexibilização, terceirização, subcontratação) até a política neoliberal do Estado.

A informalidade, de acordo com Lira (2002, p. 143), está associada às ocupações nas quais as relações de trabalho não obedecem à legislação trabalhista, ou seja, “em se tratando de legislação fiscal, o que caracterizaria essas ocupações seria a ilegalidade, pois estão à margem do sistema tributário”.

Tavares (2005, p. 15) complementa afirmando que “informalidade é apreendida pelo aviltamento ainda maior do trabalho assalariado submetido aos processos de terceirização, pela ausência dos direitos trabalhistas vigentes em relações de trabalho que têm sido metamorfoseadas em relações mercantis (...)”.

Afirma, ainda, o autor que o trabalho informal não se restringe à sobrevivência, mas as outras formas de força de trabalho como as cooperativas e o trabalho domiciliar, as quais vinculam-se ao capital nas esferas de produção e da circulação de mercadoria.

No SUS, o surgimento das cooperativas de profissionais de saúde deu-se na segunda metade dos anos 1990. Nesse sentido há dois tipos de cooperativas no SUS, as Gerenciadoras e as Gerenciais. A primeira não só fornece força de trabalho, mas assume a gestão de uma ou mais unidade de saúde da rede. Enquanto a segunda é formada por agentes terceirizados que tanto realizam a prestação de serviços de saúde quanto a gerência de algumas unidades de saúde (NOGUEIRA, 2003). Por sua vez, segundo Tavares (2005, p. 73), “a cooperativa, quando constituída por uma associação ‘espontânea’, conforma um mecanismo de exploração criado pelos trabalhadores para ser utilizados pelo capital”.

Assim,

o suposto trabalho autônomo é executado (...) sob rigoroso controle e sob maior exploração. Trata-se de uma falsa autonomia, marcada pelo desalariamento e pela precariedade, na qual o tempo de trabalho continua a ser uma categoria dominante (TAVARES, 2005, p. 57).

Todavia, não podemos finalizar o assunto sem nos reportarmos a valorização dos trabalhadores-SUS, discutida desde a NOB-SUS. Tal valorização deverá direcionar-se para a equidade, para a universalidade dos planos de carreira, com equivalência dos cargos ou empregos, na gestão partilhada das carreiras e da educação permanente (BRASIL, 2006a).

O Ministério da Saúde (BRASIL, 2006a) valoriza e reconhece a formação dos trabalhadores ao caracterizar a necessidade de elevação da escolaridade e dos perfis de desempenho profissional para possibilitar o aumento da autonomia intelectual dos trabalhadores, domínio de conhecimento técnico-científico, capacidade de gerenciar tempo e espaço de trabalho, de exercitar a criatividade, de interagir com os usuários dos serviços, de ter consciência da qualidade e das implicações éticas de seu trabalho.

Como vimos, até o momento a precarização do trabalho possui múltiplas vertentes, dentre elas, as formas de contratação e vínculo profissional. Vertentes tais que mesmo diante dos aspectos jurídicos-legais conseguem burlar o sistema, desrespeitando o direito do cidadão.

2.2.3 ASPECTOS LEGAIS DO TRABALHO: da política de recursos humanos ao direito do trabalho.

Segundo a Organização Internacional do Trabalho (OIT) o trabalho alicerça-se na promoção de emprego com adequada proteção social e respeito aos direitos do trabalhador no trabalho, que se realize com diálogo social (NOGUEIRA; BARALDI e RODRIGUES, 2004).

Do ponto de vista da administração pública,

proteção social não significa, tão-somente, o pleno gozo de direitos laborais. O fato de existir a cobertura social legalmente exigida, com direitos e benefícios garantidos ao trabalhador, não é suficiente para caracterizar o trabalho como regular. Na administração pública, a contratação sem concurso público foi implementada por meio da terceirização de serviços. Nesse caso, o trabalho é considerado precário: o trabalhador foi admitido sem concurso público e, portanto, seu vínculo com o Estado não tem base legal (BRASIL, 2006a, p. 18).

Diante desse tipo de relação trabalhador SUS com instituição empregatícia é visível que o trabalhador SUS encontra-se sem proteção social, ou seja, desprovido de direitos e

benefícios (licença maternidade, férias anuais, décimo terceiro, aposentadoria) e vulnerabilizado por contratos precários, com tempo limitado, criando um sentimento de instabilidade no trabalhador.

Desse modo, para melhor compreendermos a inserção do trabalhador SUS – em particular na atenção básica de saúde – no PACS/PSF/policlínicas e outros, e seus aspectos legais do trabalho, faz-se necessário abordarmos sobre a Política de Recursos Humanos (PRH) contextualizando-a com o cenário político econômico no Brasil.

Os anos de 1960-1970 destacaram-se por uma política de saúde onerosa, biologizante, com predominância à valorização de tecnologias duras⁹; o trabalhador, o usuário e os serviços de saúde estavam sob a responsabilidade da iniciativa privada ou conveniados, IAPS¹⁰ e INAMPS¹¹. “A concepção para a área de Recursos Humanos, acompanhava a mesma política que era definida para os serviços de saúde do País. A administração e organização dos RH eram centralizadas, até porque as instâncias federal e municipal eram responsáveis pela seleção, contratação, exoneração, dispensa, treinamento, desenvolvimento e avaliação de todo pessoal que administrava; e as ações executadas de forma verticalizada, definidas em manuais. (CORNETTA; PEREIRA ; LÊFÈVRE, 2001).

Posteriormente, o Plano do Conselho Consultivo de Administração de Saúde Previdenciária (Conasp) apresentou o seguinte diagnóstico: a política de recursos humanos e de salários é desestimuladora; não há sistema de avaliação e premiação por mérito; muitos profissionais praticam dupla militância, com empregos no setor público e privado; mecanismos administrativos são centralizados, burocratizados e complexos (BRASIL, 2006a).

Dessa forma, o Conasp, frente a essas situações, elaborou algumas estratégias tais como: a eliminação da dupla militância; o estabelecimento de planos de cargos e carreiras; e o desenvolvimento de programas de educação continuada. Atualmente, “a implantação de planos de uma carreira para o setor da saúde tem sido referida (...) como fundamental, não somente para o desenvolvimento gerencial dos serviços de saúde, mas, para a consolidação do SUS” (BRASIL, 2006a, p. 23).

⁹ **Tecnologias Duras:** são tecnologias envolvidas no trabalho em saúde que envolve equipamentos tecnológicos do tipo máquinas, normas, estruturas organizacionais (MERHY, 2002).

¹⁰ **IAP** - Instituto de Aposentadoria e Pensões, trata-se na unificação das CAP, a direção cabia a um funcionário executivo, e a contribuição dos empregadores era um percentual sobre o lucro da empresa (COHN; ELIAS, 2005).

¹¹ **INAMPS** – Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social, cujos recursos para a previdência e assistência médica originavam-se da contribuição dos assalariados, os quais, juntamente com sua família, tinham o direito de usufruir desta assistência (COHN; ELIAS, 2005).

O que apreendemos é que todas essas discussões sobre PRH, PCCS, formas de contratação, dupla militância, educação continuada provêm de diversas conversações e debates políticos nas esferas municipais, estaduais, federais até mesmo internacionais, como o acontecido, em novembro de 1986, em Ottawa, Canadá, na *Conferência Internacional sobre Promoção a Saúde*, com discussões baseadas nos avanços alcançados a partir da *Declaração de Alma-Ata*, objetivando a promoção da saúde. Para tanto, são necessários paz, habitação, educação, alimentação, renda, ecossistema estável, recursos sustentáveis, justiça social e equidade (BRASIL, 2001), ampliando-os às questões do trabalho, do meio ambiente e da saúde.

Cuidar do meio ambiente natural englobam mudar os modos de vida, de trabalho e lazer [...] A organização social do trabalho deverá contribuir para a constituição de uma sociedade mais saudável (grifo nosso) A promoção da saúde gera condições de vida e trabalho seguras, estimulantes, satisfatórias e agradáveis (BRASIL, 2001, p. 21).

No âmbito nacional, nesse mesmo ano, ocorreram a *VIII Conferência Nacional em Saúde* e a *I Conferência Nacional de RHS*. A *VIII Conferência Nacional de Saúde* em seu relatório final apontou a necessidade de uma política de recursos humanos que assumisse as seguintes diretrizes: isonomia salarial entre as mesmas categorias de profissionais nas esferas de governo; remuneração condigna aos profissionais da área da saúde; cumprimento da carga horária contratual e incentivo à dedicação exclusiva; e compromisso dos servidores com os usuários (CORNETTA; PEREIRA e LÈFÈVRE, 2001).

Outrossim, o processo de descentralização associado à isonomia salarial

reuniu nas unidades de saúde, além dos próprios servidores municipais, servidores federais e estaduais, assim, as equipes de saúde mantêm vínculos diversos e gerenciamento unificado. Esses servidores da União e dos Estados que atuam nos Municípios, conhecidos com ‘municipalizados’, vivem uma situação de instabilidade, pois a sua ‘municipalização’ não se fez acompanhar de norma regulatória que ordenasse seus vínculos e sua relação com a gestão municipal (BRASIL,2006b, p. 26).

Historicamente nas três *Conferências Nacionais de Recursos Humanos em Saúde* (BRASIL,1993; 2003) são destacados alguns avanços e retrocessos em relação à política de gestão do trabalho e de formação e desenvolvimento dos trabalhadores de saúde do SUS, descritos a seguir.

A *I Conferência Nacional de Recursos Humanos em Saúde*, realizada em 1986, propôs uma agenda para o movimento da Reforma Sanitária no tocante à política de gestão do

trabalho, formação e desenvolvimento dos trabalhadores de saúde e a implementação do SUS. O relatório dessa I Conferência passou a servir de referência de base às discussões e produções técnico-científicas que se seguiram (BRASIL, 2005). Essa I Conferência se “desdobrou em temas: valorização profissional; preparação de recursos humanos; e compromisso social – nova ética para os trabalhadores de saúde” (MACHADO, 2005).

Vale salientar, que, em dezembro de 1990, Fernando Collor de Mello assinou a Lei 8142 que, determinou como pré-requisitos, que para o município receber os recursos do Fundo Nacional de Saúde era necessário ter uma comissão de elaboração do Plano de Carreira Cargos e Salários (PCCS), previstos a prazo de dois anos para sua implantação (BRASIL, 2006b).

A *II Conferência Nacional de Recursos Humanos em Saúde*, realizada em 1993, analisou a saúde do povo brasileiro do ponto de vista de suas características e paradoxos, o processo de implementação do SUS e a sua relação com os trabalhadores nas dimensões da formação e do desenvolvimento e da gestão do trabalho (BRASIL, 2005).

A *X Conferência Nacional de Saúde*, realizada em 1996, consolidou as propostas, relativas aos trabalhadores, oriundas das conferências anteriores, e propôs uma Norma Operacional Básica (NOB) referente à gestão do trabalho no SUS, por considerar que esse instrumento de gestão vinha sendo utilizado para efetivar a implementação das ações de descentralização, financiamento e controle social do sistema (BRASIL, 2001).

A NOB - RH¹² e a *II e III Conferências de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde* oportunizaram o andamento da PRH. Uma vez que a política nacional aprovada pelo Conselho Nacional de Saúde, em 2003, e pela *XII Conferência Nacional de Saúde* está orientada para garantir uma gestão de qualidade para, finalmente, implementar a NOB-RH/SUS.

Essa política contém as seguintes propostas (BRASIL, 2005):

- a) satisfação com o trabalho e fixação dos profissionais em áreas prioritárias, com queda efetiva da rotatividade;
- b) aprofundamento da gestão no âmbito dos micro-processos de trabalho, na esfera das relações pessoais e profissionais dos trabalhadores de saúde com os usuários;

¹²A **NOB- RH**, Norma Operacional Básica de Recursos Humanos, “em sua versão preliminar tem como principais eixos: o financiamento dos Rh, política capacitação permanente, PCCS, o papel dos entes públicos envolvidos e o papel da rede sócio assistencial privada” (BRASIL, 2006a, p. 3).

- c) valorização, nos PCCS do SUS, dos perfis profissionais generalistas e das práticas interdisciplinares no trabalho em equipe, por meio de adicionais de desempenho e resultados alcançados na saúde da população;
- d) reorientação do ensino em todas as escolas de saúde pelo enfoque na integralidade e humanização em saúde, por meio de diretrizes adequadas à lógica e às necessidades do SUS.

Em 2004, o Ministério da Saúde (BRASIL, 2006b) constituiu a Comissão Especial para a Elaboração de Diretrizes para um Plano de Carreira, Cargos e Salários para o SUS, composta, de forma paritária, por trabalhadores e gestores. Essas diretrizes destinam-se a todos os trabalhadores do SUS, que, direta ou indiretamente, se inserem no trabalho em saúde desenvolvido pelas instituições que compõem o Sistema e que detêm – ou não – formação específica para o desempenho de funções atinentes ao setor da saúde.

Como vemos, é importante entender que

o plano de carreira é o conjunto de normas que disciplinam o ingresso e instituem oportunidades e estímulos ao desenvolvimento pessoal e profissional dos trabalhadores de forma a contribuir com a qualificação dos serviços prestados pelos órgãos e instituições, constituindo-se um instrumento de gestão da política de pessoal (BRASIL, 2006b, p. 29).

As Diretrizes de um Plano de Carreira, Cargos e Salários para o SUS (BRASIL, 2006b, p. 9) foram concebidas de maneira a garantir ao trabalhador da Saúde:

- a) carreiras unificadas no SUS, que garantam as mesmas condições de acesso, desenvolvimento e direitos aos trabalhadores das três esferas de governo, por meio da elaboração de planos com estruturas semelhantes [...];
- b) perspectivas de desenvolvimento na carreira, com política de ingresso, evolução e avaliação de desempenho pautadas em uma relação de trabalho justa e responsável;
- c) construção de uma maior identificação pessoal com o sistema de saúde, incentivando a consolidação de uma cultura própria dos trabalhadores e fortalecendo o sentimento de pertencimento e compromisso.

Entretanto, nesse mesmo ano, um estudo, realizado na Universidade Estadual do Rio de Janeiro e Universidade Federal de Minas Gerais, denominado *Capacidade Gestora de Recursos Humanos em Instâncias Locais de Saúde em Municípios com População Superior a 100 mil Habitantes* (PIERANTONI; VARELLA e FRANÇA, 2004) sobre a capacidade gestora de recursos humanos em instâncias locais de saúde em municípios acima de cem mil habitantes demonstrou que dos 150 municípios que declararam estrutura de RH na Secretaria Municipal de Saúde somente 25% têm PCCS para a saúde; 44% não têm o PCCS, em 30% existe um PCCS geral da prefeitura para todos e 1% não respondeu.

Nessa perspectiva da Política de Recursos Humanos é salutar discorrermos sobre o direito do trabalho, “o ramo da ciência jurídica que regula o contrato de trabalho entre empregado e empregador, e as conseqüências dele decorrente” (CHIARIONI, 2005, p. 60). Porém, este autor faz referência a um novo enfoque social concebido por princípios e leis, cujo objetivo imediato é ter em vista o bem comum, auxiliar e satisfazer convenientemente às necessidades vitais do indivíduo e de sua família, às pessoas físicas, dependentes do produto de seus salários.

Nesse particular, apresentaremos o quadro 1 a seguir, que pontua os tipos de vinculação institucional dos trabalhadores do SUS e o respaldo jurídico para cada um deles.

QUADRO 1 Características das Alternativas de Vinculação Institucional dos Trabalhadores do SUS.

Características	Empregado público de Secretaria de Saúde	Autônomo de cooperativa contratada por Secretaria Municipal de Saúde	Assalariado de entidade não lucrativa conveniada com a Secretaria de Saúde.
Regime de Trabalho	CLT	Autonomia	CLT
Base Legal	EC. 19; Lei 9962/2000	Leis de cooperativas	Lei 9790/99
Direitos Legais (licença, abonos, férias etc)	Garantidos Legalmente	Equivalentes têm de ser negociados com gestor do SUS e dentro da cooperativa	Garantidos Legalmente
Regime de Previdência	Provavelmente geral (de acordo com a lei que criar este quadro de pessoal no legislativo local)	Geral (com base na contribuição de autônomo)	Geral (mesmas regras de qualquer outro empregado do setor privado)
Processo seletivo e suas conseqüências	Concurso pode ser simplificado	Regras ditadas ou acordáveis com o gestor local	Regras ditadas ou acordáveis com o gestor local
Vantagens e desvantagens para o trabalhador	Direitos garantidos; carreira relativamente estável.	Direitos não garantidos, Estabilidades dependentes de condições interinstitucionais.	Direitos garantidos; Estabilidade dependente de condições interinstitucionais.
Questões Gerais	Problemas de compatibilidade com piso salariais e enquadramento. Requer uma lei geral de emprego público e outra específica para quadro de empregos criados.	Necessidades de haver constante processo de negociação com o gestor para garantir pagamento de encargos sociais. No caso de cooperativas do PSF, os ACS podem estar em posição de poder subalterno.	Dificuldade de identificar entidade idônea em cada município. A tarefa de administração de pessoal é pesada e pode desviá-la de suas finalidades específicas.
Avaliação final do ponto de vista da política	É a linha que traduz as diretrizes de expansão dos quadros próprios do setor público, segundo a perspectiva da Reforma Administrativa do Estado, em substituição gradual aos quadros de servidores estatutários.	Alternativa melhor que a informalidade pura, mas pressupõe grau importante de mobilização política por parte dos trabalhadores.	Em muitos locais, essas entidades não existem ou não gozam da confiança dos gestores.

FONTE: NOGUEIRA, Roberto Passos. Alternativas de Vinculação Institucional para os trabalhadores do SUS. IN: _____. **Observatório de recursos humanos em saúde no Brasil: estudo e análise.** Brasília: Ministério da Saúde, 2003, 460p.

Como podemos perceber, o vínculo institucional configura-se uma fragilidade em alguns pontos. Dentre eles, o regime de CLT diante da fragilidade da compatibilidade do piso salarial, enquanto que na cooperativa, a fragilidade está na instabilidade, e os direitos a todo tempo negociados.

No contexto atual, no qual a informalidade e a terceirização estão imbricadas com o neoliberalismo, vemos cada vez mais o fortalecimento das cooperativas e o desvencilhamento dos direitos trabalhistas, paradoxalmente respaldada por NOB-RH, e por políticas de governo como o Desprecariza-SUS (BRASIL, 2005) demonstra como essa realidade é universal e excludente para o trabalhador-SUS.

3 METODOLOGIA

3.1 TIPO DE ESTUDO

Trata-se de um estudo qualitativo, uma vez que busca “trabalhar com o universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes, o que corresponde a um espaço mais profundo das relações, dos processos e dos fenômenos que não podem ser reduzidos à operacionalização de variáveis (MINAYO, 1994, p. 22).

Assim, o objeto deste estudo – *relações de trabalho dos trabalhadores de Saúde da Atenção Básica*, ao pesquisar os sujeitos nas suas relações de trabalho no âmbito das condições de trabalho trazem implicações sociais e legais, o que justifica a pesquisa qualitativa uma vez que implicam questões que perpassam crenças, valores, gestos, atitudes, linguagem verbal e não-verbal, o latente e o manifesto, elementos essenciais de análise para as questões deste estudo.

3.2 CAMPO DE ESTUDO

O estudo tem como campo de investigação as USF/UBS no município de Cruz das Almas. De acordo com o Plano Diretor de Regionalização (PDR), Cruz das Almas faz parte da Macro-região Nordeste da Bahia e da microrregião de Santo Antonio de Jesus, sede da 31ª Diretoria Regional de Saúde (DIRES).

Há várias versões explicando a origem do nome da cidade: a primeira atribui à existência de um cruzeiro na antiga "estrada de tropas", onde o povo se reunia a noite para fazer novenas, invocar os santos e "rezar pelas Almas". Outra explicação da gênese do nome da cidade, é de saudosismo pátrio de alguns fundadores portugueses, que teriam batizado com o nome de sua terra natal, a Cruz das Almas Lusitana (BAHIA, 2006).

Cruz das Almas possui 151 Km² de área, distante 146 km de Salvador, 70 km de Feira de Santana e 45 km de Santo Antônio de Jesus, principais cidades da região. Limita-se com os municípios de São Felipe, Sapeaçu, Muritiba, Maragogipe e Governador Mangabeira, (conforme a figura 1).



FIGURA 1 Mapa de Localização de Cruz das Almas Fronteira com Municípios Vizinhos (<http://www.cruzasalmas.com.br>, acesso 20 jul. 2007).

A população está estimada em 57.556 habitantes (IBGE/2005), com percentual de urbanização de 72,72% e densidade demográfica de 381,16 habitantes / km² (IBGE, 2001). Nos últimos 30 anos, a população urbana quase triplicou, com um crescimento de 215%, apesar de a população rural permanecer praticamente inalterada (BAHIA, 2006).

A agricultura é a grande impulsionadora da economia municipal, destacando-se a cultura do fumo, de frutas cítricas e de mandioca. A Agroindústria Fumageira, que emprega o maior contingente de mulheres do Estado, destaca-se por representar um setor produtivo de boa rentabilidade e empregabilidade (BAHIA, 2006).

Em relação a sua rede de serviços em saúde, é constituída por 22 instituições de saúde, caracterizadas a seguir no quadro 2.

QUADRO 2 Distribuição das Unidades de Saúde Conveniadas com o SUS do Município de Cruz das Almas/BA, 2006.

Tipo de Unidade de Saúde	Órgão Mantenedor	Localização	Instância Gestora
Hospital Nossa Senhora do Bom Sucesso	SUS	Z. Urbana	Município
Ambulatório Municipal Dr. Fernando Carvalho de Araújo	SUS	Z. Urbana	Município
Centro de Atenção Psicossocial – CAPS	SUS	Z. Urbana	Município
Unidade de Transfusão Sangüínea – HEMOCRUZ	SUS	Z. Urbana	Município
USF Suzana/Areal	SUS	Z. Urbana	Município
USF Escola de Agronomia	SUS	Z. Urbana	Município
USF Dona Rosa	SUS	Z. Urbana	Município
USF Antonio Roberto de Oliveira	SUS	Z. Urbana	Município
IPER (Instituto de Pediatra do Recôncavo)	SUS/filantropia	Z. Urbana	Município
II Centro de Saúde	SUS	Z. Urbana	Município
Posto de Saúde do Engenho	SUS	Z. Rural	Município
Posto de Saúde da Embira	SUS	Z. Rural	Município
Posto de Saúde do Combé	SUS	Z. Rural	Município
Posto de Saúde da Lisboa	SUS	Z. Rural	Município
Posto de Saúde da Boca da Mata	SUS	Z. Rural	Município
Posto de Saúde da Gurunga	SUS	Z. Rural	Município
Posto de Saúde dos Poções	SUS	Z. Rural	Município
Posto de Saúde do Caminhoá	SUS	Z. Rural	Município
Posto de Saúde do Tua	SUS	Z. Rural	Município
USF João Nascimento Borges – Araçá	SUS	Z. Rural	Município
USF Sapucaia	SUS	Z. Rural	Município
USF da Pumba	SUS	Z. Rural	Município

Obs: As unidades de saúde destacadas em negrito foram campos de estudo desta pesquisa.

Conforme o quadro 2, o município de Cruz das Almas possui 22 unidades de saúde, destas, sete são USF, sendo quatro localizadas na zona urbana e três na zona rural que são as USF Pumba, USF João Nascimento Borges e USF Sapucaia. Entretanto, há nove postos de saúde, todos eles localizados na zona rural. Os postos de Saúde são assim denominados por

serem pontos de atendimentos itinerantes, especificamente, em pequenos povoados com população rarefeita, o que inviabiliza a formação de Unidade de Saúde da Família devido a ampla distribuição geográfica e baixa densidade populacional, como é o caso do Posto de Saúde Tua, de Caminhoá, de Poções, de Gurunga, de Boca da Mata, de Lisboa, de Combé, de Embira e de Engenho. Todas as 22 Unidades de Saúde têm como instância gestora municipal o SUS.

No Município há um Centro de Especialidades Médicas para atenção à média complexidade – Ambulatório Municipal, que oferece serviços de exames e diagnósticos, bem como Ambulatório de Oncologia, Hematologia, Nefrologia e Endocrinologia, além do Centro de Atenção Psico-social (CAPS), onde são atendidos os usuários na atenção à saúde mental.

O estudo foi realizado no Ambulatório Municipal Dr Fernando Carvalho de Araújo, CAPS, USF Areal, USF Escola de Agronomia, USF Pumba, II Centro de Saúde, Posto de Saúde Tuá. Na escolha dessas unidades levamos em consideração os critérios de inclusão para o estudo, ou seja, unidades tanto zona urbana como rural, além do Posto Tuá por ser uma unidade móvel (um ônibus adaptado com local para consulta médica e odontológica) que desloca-se para prestar assistência à saúde em diversas regiões da zona rural do município de Cruz das Almas com trabalhadores de saúde, médico, enfermeiro, técnico de enfermagem, dentista e outros.

A cobertura de PSF tem aumentado entre o período de 2004 a 2007, conforme o figura 2.

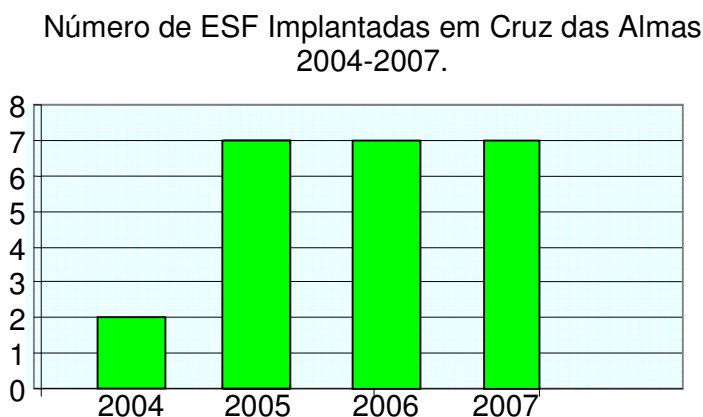


FIGURA 2 Número de Equipes de Saúde da Família implantadas em Cruz das Almas - BA. Cruz das Almas 2004-2007.

FONTE: CRUZ DAS ALMAS, 2006a /doc.2.

Na figura 2 vemos que em 2004 havia em Cruz das Almas duas (02) ESF e no período de um ano cresceu para sete (07) equipes, e esse número se manteve até agosto de 2007.

Conseqüentemente, houve uma ampliação da atenção básica a partir da implantação do Programa de Saúde da Família que saiu de uma média de 15% da cobertura total da população em 2001 para uma média de cobertura de 43,65 % em 2005 e mantém-se até os dias atuais.

Atualmente há 6.182 famílias cadastradas que são assistidas pelas ESF (BAHIA, 2006), conforme a tabela 1.

TABELA 1 Distribuição de Agentes Comunitários de Saúde por Equipe e Cobertura populacional do Programa de Saúde da Família. Cruz das Almas / BA, 2006.

DISTRIBUIÇÃO DE EQUIPES COBERTURA DO PROGRAMA DE SAÚDE FAMÍLIA – 2006			
PSF	Nº de Agentes Comunitários	Cobertura populacional (nº famílias cadastradas por equipe)	Localização
USF Araçá	06	615	Zona Rural
USF Pumba	08	1.057	
USF Sapucaia	04	426	
USF Alberto Passos	08	1.031	Zona Urbana
USF Suzana/Areal	10	1.244	
USF Sindicato/ Dona Rosa	10	1.011	
USF Escola de Agronomia	08	935	
Total	54	6.319	

FONTE: CRUZ DAS ALMAS, 2006b /doc.3.

Na tabela 1, vemos que Cruz das Almas possui 54 agentes comunitários de saúde no Programa de Saúde da Família, 36 deles trabalham na zona urbana e 18 na zona rural. Na zona rural há um número menor de famílias cadastradas por equipe, convergindo com dados do IBGE (2006).

Quanto ao quantitativo de trabalhadores de saúde do município de Cruz das Almas, apresentamos no quadro 3 a seguir sua distribuição por categorias profissionais e tipo de vínculo empregatício.

QUADRO 3 Distribuição dos Trabalhadores de Saúde na Atenção Básica por Categoria Profissional e Tipo de Vínculo, do Município de Cruz das Almas – BA, Maio/2007.

CATEGORIA PROFISSIONAL	QUANTIDADE	VÍNCULO EMPREGATÍCIO
Agente Comunitário de Saúde (ACS) *	132	Concurso (Efetivado)
Agente Administrativo	11	Contrato e concurso
Auxiliar de Consultório Odontológico	03	2 contratos e 1 convênio
Atendente Enfermagem * *	01	1 concurso
Auxiliar de Consultório	03	1 concurso, 2 contratos
Auxiliar de Enfermagem	09	3 concursos, 1 convênio, 5 contratos
Cirurgião Dentista	03	2 contratos 1 convênio
Cozinheiro	01	Contrato
Digitador	01	Contrato
Enfermeiro	10	Contrato
Medico Generalista	08	Contrato
Medico Pediatra	01	Contrato
Medico Psiquiatra	01	Contrato
Psicólogo	01	Contrato
Técnico de Enfermagem	03	Contrato e concurso
Serviços Gerais	11	Contrato e concurso
Vigilante	01	Contrato
TOTAL	200	----

* Os ACS passam a ser efetivados a partir da vigoração da Lei Federal 11.350 de 5 de Out.2006 (BRASIL, 2006c).

* * apesar de ser uma categoria extinta.

De acordo com o quadro 3, atualmente, nas unidades de saúde na Atenção Básica de Cruz das Almas há 200 trabalhadores de saúde, distribuídos nas seguintes categorias profissionais: ACS (132), agentes administrativo (11), serviços gerais (11), enfermeira (10) e médico (10).

Como vemos, o maior contingente de trabalhadores é representado pelos ACS. Quanto ao vínculo empregatício, todos os 132 ACS são concursados. As demais categorias como o “atendente de enfermagem”, alguns auxiliares e técnicos de enfermagem, serviços gerais, auxiliar de consultório e agentes administrativos alguns são concursados, outros contratados. Categorias profissionais como o enfermeiro, médico, psicólogo, psiquiatra, digitador, cozinheiro, cirurgião dentista são exclusivamente contratadas por processo seletivo simplificado. Entretanto, há um (01) cirurgião dentista que atua na rede SUS com convênio com a Universidade Federal do Recôncavo.

Devido à falta de padronização na nomenclatura pelos trabalhadores de saúde, consideramos concurso a forma de admissão na qual os trabalhadores de saúde foram submetidos a uma prova escrita.

3.3 SUJEITOS DO ESTUDO

Os sujeitos do estudo são os Trabalhadores de Saúde que atuam na Atenção básica e os Gestores de Saúde municipal categorizados em dois grupos:

O **Grupo I** – formado por 16 trabalhadores de saúde das UBS/USF, tanto da zona urbana quanto rural, que trabalham há mais de um ano nessas unidades de saúde. Esse critério de inclusão deu-se por entendermos que tal tempo possibilitaria aos trabalhadores reconhecerem minimamente as suas condições de trabalho, as suas relações de trabalho e os seus direitos trabalhistas.

Entretanto, houve uma participação menor dos trabalhadores de saúde com escolaridade elementar. Acreditamos que talvez por se sentirem receosos em responder às questões referentes ao cotidiano no trabalho, ou pela sua fragilidade de vínculo empregatício, tenham se mostrado receosos em participarem do estudo.

O **Grupo II** – composto por dois informantes-chave¹³, um representante do sindicato e um gestor.

Por ser um estudo de abordagem qualitativa, “a amostragem ideal é aquela que reflete a totalidade do problema investigado em suas múltiplas dimensões” (MINAYO, 1992, p. 102). Assim, os 18 sujeitos foram considerados uma amostragem ideal para o objeto investigado, pois refletem inteiramente a pretensão do estudo, quando levamos em consideração, embasada em Minayo (1992), os seguintes aspectos:

- a) privilegiamento de sujeitos sociais que detenham atributos que pretendemos investigar;
- b) a amostragem ideal foi aquela que permitiu uma certa reincidência das informações, sem desprezar informações ímpares cujo potencial explicativo foi levado em consideração;
- c) os sujeitos do estudo foram diversificados, para possibilitarem a apreensão de semelhanças e diferenças.
- d) além dos critérios da inclusão para seleção dos sujeitos referidos anteriormente.

Os sujeitos do estudo estão caracterizados no quadro 4 a seguir:

¹³ **Informantes – chave:** pessoas que, supomos, tenham conhecimento mais específico e abrangente da questão a ser investigada (NASCIMENTO, 1997). Nesse estudo foram representados por um coordenador de saúde bucal e por um líder sindical do SINDSaúde.

Quadro 4 Caracterização dos Sujeitos do Estudo (Trabalhadores de Saúde) e Informantes-Chave. Cruz das Almas – BA, Ago, 2007.

Nº ENT	ID	SEX	OCUPAÇÃO PROFISSIONAL	TA	VÍNCULO EMPREGATÍCIO	CH	SB
Ent. 1	41	F	Enfermeiro	1 ano 6 m	Contrato	40h	3.000,00
Ent .2	34	F	Enfermeiro	1 ano	Contrato	40h	3.435,00
Ent .3	36	M	Agente vigilante	1 ano 6m	Contrato	40h	369,00
Ent .4	28	F	Técnico de enfermagem	2 anos	Contrato	40h	410,00
Ent .5	42	M	ACS	9 anos	Concurso (efetivado)	40h	410,00
Ent .6	25	F	ACS	8 anos	Concurso (efetivado)	40h	410,00
Ent .7	45	F	Auxiliar de Serviços Gerais	1 ano 8m	Contrato REDA	30h	470,00
Ent .8	30	F	Enfermeiro	2 anos 6 m	Contrato	40h	3.000,00
Ent .9	53	F	Auxiliar de Enfermagem	1 ano	Concurso	36h	670,00
Ent.10	35	M	Médico	1 ano	Contrato	40h	6.030,00
Ent.11	24	F	Técnico de Enfermagem	1 ano 2 m	Concurso	40h	512,00
Ent.12	43	F	Auxiliar de Serviços Gerais	1 ano	Contrato REDA	40h	550,00
Ent.13	25	M	Enfermeiro	1 ano	Contrato	40h	3.000,00
Ent.14	34	F	Médico	1 ano 11 m	Contrato	40h	6.030,00
Ent.15	40	M	Médico	1 ano 1m	Contrato	40h	6.030,00
Ent.16	26	F	Recepcionista	1 ano 8 m	Contrato	40h	440,00
Ent.17	28	M	Dentista e Coordenador de Saúde Bucal	3 anos	Contrato	20h	3.000,00
Ent.18	48	F	Contador	1 ano	Contrato	20h	

Legenda: Nº ENT = número do entrevistado; ID= idade; SEX = sexo; TA = tempo de atividade profissional; CH = carga horária; SB = salário Bruto.

Neste Quadro 4, temos 18 sujeitos entrevistados. Desses, são 16 trabalhadores de saúde (grupo I), a maioria é do sexo feminino, a média de idade é de trinta e cinco anos, quatro são enfermeiros, três médicos, um vigilante, uma recepcionista, duas auxiliares de serviços gerais, dois agentes comunitários de saúde, um auxiliar de enfermagem e dois técnico de enfermagem; e dois informantes-chaves (grupo II). A maioria dos entrevistados tem tempo de atividade profissional superior a um ano e seis meses; desses 18 entrevistados, quatro são concursados e 14 contratados. Os salários brutos variam de R\$ 410,00 reais a R\$ 6.030,00 reais.

3.4 TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE COLETA DE DADOS

Para a coleta os dados utilizamos a técnica de entrevista, “um processo de interação social entre duas pessoas na qual uma delas, o(a) entrevistador(a), tem por objetivo a obtenção de informações por parte do outro, o entrevistado” (HAGUETTE, 1999, p. 86).

A entrevista traz

[...] a possibilidade de a fala ser reveladora de condições estruturais de sistemas de valores normas e símbolos [...] e ao mesmo tempo tem a magia de transmitir através de um porta voz, as representações de grupos determinados, em condições históricas sócio-econômicas e culturais específicas (MINAYO, 2004, p. 107).

Todavia, optamos pela **entrevista semi-estruturada**, por possibilitar uma combinação entre perguntas fechadas e abertas, permitindo a(o) entrevistada(o) discorrer sobre o tema proposto (MINAYO, 2004).

As entrevistas foram realizadas no período de julho a agosto de 2007, orientadas por roteiros (Apêndices A e B), instrumentos que permitiram nortear as falas, sistematizar as questões e facilitar os entrevistados discorrerem seqüencialmente sobre o assunto. Durante as entrevistas utilizamos um gravador, mediante a autorização do(a) entrevistado(a), como forma de garantir o registro de depoimentos com mais credibilidade. Cada entrevista durou em média trinta minutos.

No sentido de atender a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 1996), sobre as Diretrizes e Normas Reguladoras de pesquisa envolvendo seres humanos, o projeto foi encaminhado ao Comitê de Ética em Pesquisa / CEP-UEFS sob o protocolo nº 70/2007, recebendo parecer aprovado pelos membros do CEP em 18 de junho de 2007. Mediante esse parecer, realizamos as entrevistas precedidas da leitura e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE (Apêndice D).

O roteiro da entrevista para o Grupo I – Trabalhadores de Saúde (Apêndice A) permitiu que os entrevistados discorressem sobre os temas:

- condições de trabalho;
- aspectos sociais do trabalho;
- aspectos jurídicos do trabalho;
- avanços e retrocessos nas relações de trabalho.

Para o Grupo II, os informantes-chave, o roteiro (Apêndice B) foi pautado nos seguintes aspectos:

- direitos trabalhistas;
- processo de educação permanente;
- processo de seleção, admissão e exoneração;
- configuração do PCCS.

Os depoimentos estão inseridos nos textos produzidos pela pesquisadora acompanhados da identificação no final de cada fala. Cada entrevistado recebeu uma identificação numérica por ordem crescente de cada entrevista realizada; ou seja, entrevistado 1, leia-se (Ent.1), entrevistado 2, leia-se (Ent.2) e assim sucessivamente. Os trechos das entrevistas muitos deles estão destacados em negrito no sentido de demarcar os aspectos a serem dados maior visibilidade à análise.

A segunda técnica de coleta utilizada foi a **observação**, entendida como aquela em que o(a) entrevistador(a) “utiliza os sentidos na obtenção de determinados aspectos da realidade, não consiste em apenas em ver e ouvir, mas também em examinar fatos ou fenômenos que se deseja estudar” (MICHEL, 2005, p. 48).

O tipo de observação escolhida foi a **sistemática** (Apêndice C), aquela que, segundo Rudio (1986), é realizada em condições controladas para se responder a propósitos que foram anteriormente definidos.

Durante os meses de julho e agosto de 2007, fizemos as observações em seis unidades de saúde da atenção básica (destacados em negrito no quadro 2), localizadas tanto na zona urbana quanto rural, porém escolhidas aleatoriamente. Observamos fatos e fenômenos ligados aos aspectos jurídicos trabalhistas, condições e relações de trabalho. O roteiro da observação objetivou acompanhar situações sobre a relação de trabalho entre a Secretaria Municipal de Saúde e os seus trabalhadores de saúde, focalizada nos aspectos:

- condições de trabalho (aspectos ergonômicos, higiene, iluminação, ventilação, periculosidade e salubridade no ambiente de trabalho; uso de equipamento de proteção individual; atividades desenvolvidas, satisfação do trabalhador no PSF, PCCC e outros).

A terceira técnica de coleta de dados foi a **análise documental**. “Trata-se da consulta aos documentos, aos registros pertencentes ao objeto de pesquisa estudado para fins de coletar informações úteis para o entendimento e análise do problema” (MICHEL, 2005, p. 39).

Na busca de obter maiores informações do objeto estudado, seguimos o caminho metodológico sugerido por Minayo (2004), e a partir daí organizamos o material com representatividade (aquele como representação do universo pretendido), homogeneidade e pertinência, ou seja, os oito (08) documentos analisados foram selecionados por se adequarem à discussão dos dados uma vez que abordam situações sobre relação de trabalho. Estes documentos são aqui destacados:

- Doc. 1** Relatório da Primeira Conferência Municipal de Saúde Cruz das Almas 2007;
- Doc. 2** Plano Municipal de Saúde 2006 – 2009;
- Doc. 3** Relatório de gestão 2006;
- Doc. 4** Relatório de gestão 2005;
- Doc. 5** Edital 001/2007, Edital 001/2007, Processo Seletivo Simplificado (2007);
- Doc. 6** Edital de concurso público 01/2005;
- Doc. 7** Contrato de prestação de serviço ;
- Doc. 8** Lei Municipal, nº 11.350;

Nos trechos dos documentos analisados eles estão citados e identificados com seus respectivos números, tendo a seguinte configuração: documento 1, leia-se Doc. 1, colocados entre parênteses (Doc. 1) e assim sucessivamente.

3.5 MÉTODO DE ANÁLISE DE DADOS

A análise ou o tratamento do material empírico tem como objetivo ultrapassar a incerteza, enriquecer a leitura e integrar as descobertas, levando em consideração diferentes dimensões de análise ao articular a teoria e os dados empíricos no entrecruzamento de comunicações, na observação de condutas, nas concepções, idéias e valores e na ação particular, coletiva e social (ASSIS; JORGE, 2006).

Para tanto, foi necessário exercitar a escuta, a observação e integrá-las com o saber de outras Ciências como a Psicanálise, Ciências Sociais e Humanas e também as Ciências da Saúde. Entretanto, embasada em Minayo (2004), buscamos articular os dados empíricos da observação com essas Ciências com objetivação, atentando para que não sobressaísse apenas a opinião da entrevistadora e assim suprimisse a fala do(a) entrevistado(a).

O nosso compromisso durante a observação não se pautou na mera descrição dos fenômenos, mas também na observação da linguagem verbal e não-verbal e da subjetividade, apesar de entendermos que a observação não pode ser separada pela imparcialidade.

Por isso, fizemos a opção pelo método de análise de dados, a análise de conteúdo, que

relaciona com estruturas semânticas (significantes) com estruturas sociológicas (significados) dos enunciados. Articula a superfície dos textos descrita e analisa com os fatores que determinam suas características: variáveis psicossociais, contexto cultural, contexto e processo de produção de mensagem. (MINAYO, 2004, p. 203).

Assim, sistematizamos nossa trajetória fundamentada em Minayo (2004) e Triviños (1987), desdobradas em três etapas:

1ª) Ordenação de Dados

Fase que compreende a organização do material teórico, o qual pode ser reformulado e o *corpus* da investigação determinado, ou seja, a especificação do campo no qual o(a) pesquisador(a) fixa sua atenção (TRIVIÑOS, 1987).

Nesse contexto, procedemos a ordenação dos dados coletados através da transcrição do conjunto das entrevistas gravadas, organizando-os em dois grupos:

Grupo I – Trabalhadores de Saúde que atuam na Atenção Básica

Grupo II – Informantes – chave, composto por gestor e representante do sindicato.

2ª) Classificação dos Dados

Os dados são classificados, de acordo com Triviños (1987), a partir da descrição analítica, que ocorre no momento em que o *corpus* é submetido a um estudo aprofundado; procedimentos como a codificação, a classificação e a categorização são básicos nesse momento do estudo.

A fase de interpretação inferencial é aquela em que

a reflexão, a intuição, com embasamento nos materiais empíricos, estabelecem relações... aprofundando as conexões das idéias, chegando... a propostas básicas de transformações nos limites das estruturas específicas e gerais (TRIVIÑOS, 1987, p.162).

Assim, com a reflexão possibilitada pelo levantamento teórico realizado neste estudo, juntamente com as vivências trazidas durante a observação com o olhar centrado não apenas no conteúdo manifesto, mas também no latente, classificamos os dados a partir da **leitura exaustiva** e repetida das entrevistas / documentos, observações, articulando-os com as

questões da pesquisa. Em seguida fizemos uma **leitura flutuante** deixando-nos impregnar pelo seu conteúdo, o que nos permitiu maior clareza nas idéias centrais sobre relações de trabalho. Em seguida, fizemos um recorte das falas em unidades de registro através de palavra(s) ou frase(s) e identificamos os **núcleos de sentido** contidos nas falas dos entrevistados e nas observações realizadas nas seis Unidades de Saúde estudadas.

Os núcleos de sentido emergidos nas falas dos trabalhadores de saúde foram:

- condições de trabalho;
- qualidade de vida diante as condições de trabalho;
- direitos trabalhistas;
- avanços e retrocessos na relação SMS e trabalhadores de saúde da Atenção Básica.

Enquanto que os núcleos de sentido levantados pelos informantes-chave abrangeram:

- Configuração do PCCS;
- Processo de seleção, admissão, exoneração do trabalhador de saúde;
- Educação permanente;
- Direitos trabalhistas.

Após a identificação dos núcleos de sentido, os dados empíricos foram sistematizados nos quadros 5 e 6 a seguir:

QUADRO 5 Síntese das Falas dos Entrevistados do Grupo I – Trabalhadores de Saúde da Atenção Básica de Cruz das Almas / BA, ago / 2007.

Núcleos de sentido	Ent. 1	Ent. 2	Ent. n...	Ent. 16	Síntese horizontal¹⁴
Condições de trabalho Qualidade de vida diante as condições de trabalho Desconhecimento dos direitos trabalhistas Avanços e retrocessos na relação SMS e trabalhadores					
Síntese Vertical¹⁵					

¹⁴ **Síntese horizontal:** leitura das sínteses de cada núcleo de sentido pela totalidade de entrevistados. Identificando as convergências, divergências, o diferente e o complementar entre os entrevistados.

¹⁵ **Síntese vertical:** leitura das sínteses da totalidade dos núcleos de sentido concernentes de cada entrevistado.

QUADRO 6 Síntese das Falas dos Entrevistados do Grupo II – Informantes-Chave – Cruz das Almas / BA, ago/2007.

Núcleos de sentido	Ent. 1	Ent. 2	Síntese horizontal
Configuração do PCCS Processo de seleção, admissão, exoneração do trabalhador de saúde. Educação permanente Direitos trabalhistas			
Síntese Vertical			

O Quadro 5 representa os dados (falas) dos trabalhadores de saúde da Atenção Básica, grupo I ; o quadro 6 os informantes – chave, representante do grupo II. Em seguida, a partir das sínteses vertical e horizontal de cada quadro, construímos a análise a partir dos depoimentos dos entrevistados e das observações atentando, na medida do possível, para as situações de convergências, divergências, as diferenças e as complementaridades de cada núcleo de sentido, o que nos possibilitou a criação de três categorias de análise.

Categoria 1 – Interação do Trabalho e a qualidade de vida: (des)valorização e (in)satisfação do trabalhador da Atenção básica de Saúde

Nesta categoria 1, analisamos o sentido e significado do trabalho para a qualidade de vida do trabalhador, considerando aspectos ligados à valorização e motivação no trabalho.

Categoria 2 – Condições de Trabalho: “veja até que ponto chegamos a trabalhar”

Na categoria 2, destacamos as condições de trabalho para os trabalhadores de saúde, a partir das questões de insalubridade, riscos no trabalho, capacitação e treinamento, demanda do serviço, estrutura e organização do serviço.

Categoria 3 – (Des)Precarização do Trabalho no SUS: “que direitos?”

A categoria três envolve uma série de questões relacionadas aos direitos sociais e trabalhistas, PCCS e vínculo trabalhistas, dentre outros.

3ª) Análise final dos dados

A análise dos dados das entrevistas, as observações e a leitura dos documentos obtidos na Secretaria Municipal de Saúde de Cruz das Almas foram articulados com o referencial teórico. Foi realizado a triangulação dos dados, “uma estratégia de investigação voltada para a combinação de métodos e técnicas” (MINAYO; ASSIS e SOUZA, 2005, p. 15).

Nessa etapa, buscamos compreender a realidade dos trabalhadores de saúde de Cruz das Almas sobre vários ângulos; primeiro buscamos conhecer a dinâmica e o funcionamento da relação de trabalho da Secretaria de Saúde e das unidades da atenção básica através da observação sistemática. A *posteriori*, com os documentos em mãos, articulamos com as entrevistas e as observações e, sustentados no referencial teórico da pesquisa buscamos responder as questões da pesquisa interrelacionando-as com os objetivos desta pesquisa.

Enfim, destacamos as falas dos entrevistados, que foram inseridas no corpo do trabalho e transcrita *ipsi literis*, identificando o grupo e o número da entrevista. Apresentamos como exemplo: Trabalhadores de Saúde, número do entrevistado , obedecendo a ordem crescente para cada entrevista realizada (Grupo I, Ent. 7) e gestor de saúde, número da entrevista (Grupo II, Ent 1).

Quanto aos documentos analisados, procedemos de modo semelhante de acordo com a identificação definida no item 3.4 do percurso metodológico desta pesquisa, exemplificando melhor; a partir do documento numerado (Doc. 1), (Doc. 2) e assim sucessivamente. Sustentamos nossa análise em autores que dialogam com as diversas interfaces da relação de trabalho e com as diferentes falas, gestos e atitudes dos sujeitos entrevistados, que constituem nossos dados empíricos.

Confrontamos os dados teóricos com os empíricos através da articulação das falas convergentes, complementares, diferentes e divergentes dos trabalhadores de saúde entre si e os gestores de saúde.

No próximo item, delineamos o caminho da construção do nosso objeto de estudo a partir das falas dos trabalhadores de saúde e dos informantes-chave quando buscamos dialogar sobre a Inserção do Trabalho e a qualidade de vida: (des)valorização e (in)satisfação do trabalhador da Atenção Básica de Saúde; Condições de trabalho: “a gente está simplesmente sem chão”; e, por fim, a (Des)Precarização do Trabalho no SUS: “que direitos?”.

4 TRABALHO E A QUALIDADE DE VIDA: (des)valorização e (in)satisfação do trabalhador da atenção básica de saúde.

Quando pensamos em qualidade de vida logo nos reportamos às grandes campanhas de *marketing*, muitas vezes divulgadas em revistas e *outdoor*, que pregam que para se ter uma vida saudável é necessário praticar esportes, beber no mínimo oito copos de água por dia, alimentar-se bem, dormir em média oito horas diariamente, não beber, não fumar, disciplinar-se, divertir-se, namorar, relacionar-se com novas pessoas, dentre outros.

As primeiras definições sobre qualidade de vida (QV) tendem a se centrar apenas em avaliação de satisfação/insatisfação com a vida. A partir da década de 1990 a QV passa considerar a percepção da pessoa sobre seu estado de saúde desde o biológico ao emocional (SEIDL; ZANNON, 2004).

Já Piccini (2004) define QV como condição adequada de trabalho e de vida com respeito às necessidades de sobrevivência e, também, de realização. Numa abordagem social vemos que QV diz respeito à

satisfação das necessidades mais elementares da vida humana: alimentação, acesso a água potável, habitação, trabalho, educação, saúde e lazer; elementos materiais que têm como referência noções relativas de conforto, bem-estar e realização individual e coletiva (MINAYO; HARTZ, 2002, p. 4).

Neste sentido, compreendemos que qualidade de vida abre um leque de dimensões que perpassa pela avaliação, seja da estrutura física e/ou saúde, até o relacionar-se consigo mesmo e com a coletividade. Característica essa presente na Saúde Coletiva ao empregar tal dimensão para avaliar a QV através do índice de desenvolvimento humano (IDH) nos programas de saúde, dentre eles os programas que envolvam ações de materno-infantil, tuberculose, HIV/AIDS, dentre outros.

Apesar de não ser *a qualidade de vida o trabalho dos usuários desses Programas*, o objeto desse estudo, sutilmente nos reportamos ao aperfeiçoamento das tecnologias leve e leve-dura às pessoas portadoras de doenças crônicas como *parkinson*, câncer, artrite, hipertensão, diabetes, diante da maior longevidade, o que possibilita maiores discussões sobre a QV, não apenas para esses usuários, mas estendendo-se também para os trabalhadores que atuam nesses serviços de saúde.

Diante dos novos paradigmas sobre o processo saúde-doença relacionados aos aspectos econômicos, socioculturais, experiência pessoal e estilo de vida, o conceito de QV apresenta-se como “a percepção do indivíduo sobre a sua posição na vida, no contexto da cultura e dos sistemas de valores nos quais eles vivem, e em relação a seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações” (WOOL GROUP, 1995, p. 1405).

Entretanto, quando se fala em qualidade, na perspectiva empresarial, logo se pensa em gestão de pessoas, programa de gestão de qualidade total no trabalho, dentre outros. Como exemplo, explicitamos o modelo de administração japonesa que é caracterizado, segundo Ferreira, Reis e Pereira (2002), por uma administração participativa, na qual há uma supremacia do coletivo com a satisfação e responsabilidades influenciados por valores coletivos, e ênfase no trabalho em grupo, pautado tanto na cooperação como nas potencialidades humanas.

Vários programas de controle de qualidade e/ou qualidade de vida no trabalho têm sido implantados nas empresas e hospitais, dentre eles o estudo de Reis (2004) que buscou compreender os aspectos da sustentabilidade da gestão de qualidade total em um hospital universitário em Salvador-BA, cujas análises foram permeadas por questões políticas, condições de trabalho e motivação.

Mas, neste estudo, buscaremos discutir a outra face da qualidade de vida, não a da empresa, mas a do trabalhador como sujeito que entende a sua qualidade de vida, articulando o ambiente de trabalho e a saúde. Neste sentido, a qualidade de vida, para os trabalhadores que atuam na saúde, tem uma concepção ampliada de saúde que vai além da ausência da doença; e a saúde é considerada uma questão social, em contradição com a política do neoliberalismo que “fagocita” o trabalhador em adversas situações que interferem na sua qualidade de vida.

4.1 Sentido(s) e Significado(s)¹⁶ do Trabalho versus Qualidade de Vida

Para falarmos de qualidade de vida no trabalho é necessário esclarecermos que o trabalho faz parte do epicentro na vida das pessoas e de seu coletivo. É no trabalho que a maioria das pessoas ocupa seu tempo, uma vez que em muitas situações dois terços do tempo

¹⁶ **Sentido:** é o produto e resultado do significado que se transforma na medida que ocorre transformação na sociedade, que sejam políticas, econômicas, culturais, sociais, espirituais e éticas” (SILVA, 2006, p. 31).

Significado: “é a estrutura básica do sentido, construído dentro do campo da significação cíclico e contínuo” (SILVA, 2000, p. 131).

diário de uma pessoa é preenchido pelo trabalho. Cotidianamente, quando um trabalhador retorna para casa em conversa com familiares e amigos o tema central do diálogo sempre se relaciona aos assuntos concernentes ao trabalho. O trabalho para alguns é questão de sobrevivência, sofrimento e adoecimento; para outros, reflete satisfação, prazer, realização, identidade e prosperidade.

Segundo Rocha e Fritsch (2002, p. 59), o conceito de QVT baseia-se na “premissa de oportunizar” a melhoria na qualidade de vida das pessoas, abrangendo todos os aspectos deste viver: a pessoa, o trabalho, a família, o grupo social e o ambiente”. Nessa mesma direção, Lacaz (2000) entende que a QVT envolve aspectos econômicos (como salário, incentivos e abonos), aspectos de saúde física e mental, segurança, relações com organização do trabalho e humanização no trabalho.

Todavia, entendemos que a QVT pode ser influenciada positiva ou negativamente pelo ambiente de trabalho, pela necessidade de valorização, motivação, satisfação pessoal, custo de vida, condições de trabalho, relação com o outro (seja patrão, empregador, gestor, colega e/ou familiares). Entretanto, em contraposição a essa concepção ampliada, Minayo e Hartz (2002, p. 6) trazem um olhar biologicista sobre qualidade de vida em saúde ao colocar “sua centralidade na capacidade de viver sem doenças ou de superar as dificuldades dos estados ou condições de morbidade”. Essa idéia converge com o depoimento do entrevistado 11, ao afirmar que qualidade de vida é viver sem doenças, superando as condições de morbidade.

Nessa jornada a gente fica muito sedentária [...] eu sempre converso com as meninas daqui que a gente tá muito sedentarista e o risco que a gente corre de **doenças do sedentarismo, do diabetes, da hipertensão, doenças mentais** por estresse, excesso de trabalho, essas coisas [...] (Ent.11 / Grupo I).

Entretanto, os depoimentos dos entrevistados 5 e 9, sobre a qualidade de vida no trabalho, divergem desta concepção biologicista, a partir da visão ampliada da saúde enquanto uma questão social.

[...] para viver melhor no trabalho, você sabe que a gente diz que na Constituição diz que nós **devemos ter um salário digno e que dê assistência a saúde, educação, lazer, moradia e vestuário**, meu salário não dá para isso (Ent.5 / Grupo I).

[...] busco sempre uma melhoria de vida principalmente para os nossos filhos, uma melhoria de vida, de ter **uma possibilidade de ter uma alimentação melhor, de ter**

um lazer, hoje em dia você não tem isso, nos dias de hoje você não tem mais isso (Ent. 9 / Grupo I).

A qualidade de vida no trabalho, para esses entrevistados, está intrinsecamente ligada a aspectos econômicos como salário, além do lazer, alimentação, assistência a saúde, moradia e vestuário. A visão desses entrevistados, ao trazerem a qualidade de vida como “ter uma alimentação e lazer melhor”, é compatível com o significado dado por Lazzarato e Negri (2001) ao afirmarem que o trabalho emancipa, produz acréscimo do ser, quanto produtor de valor. Já para Marx (1982), a atividade é transformada em valor e o sujeito em estrutura.

Outrossim, conforme esses entrevistados, a qualidade de vida ainda precisa ser conquistada, não somente para o bem-estar pessoal, mas para o coletivo, na dimensão familiar, porque o trabalhador de saúde vê-se como o provedor, mantenedor, educador, aquele que promove possibilidades de acesso econômica aos filhos. Já o entrevistado 14 tem uma compreensão diferente sobre a qualidade de vida no âmbito do trabalho, no campo da saúde, ao personalizar-se enquanto ser individual para dar conta de “atender o outro” em “condições adequadas de um bom serviço”, apesar da irreabilidade da vivenciada na prática.

Qualidade de vida [...] é **estar bem para atender o outro** como você ter condições adequadas de trabalhar, como você ter condições adequadas de um ‘bom serviço’ ao paciente, isso, efetivamente, a gente realmente não tem (Ent. 14 / grupo I).

Todavia se questionarmos “o que é está bem consigo mesmo para atender o outro”, esse entendimento poderá perpassar por uma variedade de concepções vivas que compõem desde dispositivos de integralidade, como um valor caracterizado pela universalização do acesso aos serviços de saúde com dimensão de cidadania (MATTOS, 2001), até mesmo uma visão biologizante, ausência de doença.

Para Lacaz (2000, p. 2), a QVT deverá buscar

[...] uma participação do trabalho na empresa, na perspectiva de tornar o trabalho mais **humanizado**; trabalhadores são vistos como **sujeitos**, estando sua realização calcada no desenvolvimento e aprofundamento de suas potencialidades (destaque nosso).

O trabalho humanizado, considerando os trabalhadores enquanto sujeitos, é reforçado por Rocha e Fritsch (2002, p. 59), uma vez que a qualidade de vida no trabalho poderá

relacionar-se diretamente com as possibilidades concretas de no trabalho “as pessoas serem compreendidas como sujeitos humanos integrais e integradores, e de terem respondidas as suas expectativas, necessidades, desejos”, o que tem acontecido na realidade conforme a fala anterior do ent. 14 “(...) isso, efetivamente, a gente realmente não tem”.

No entanto, esses sujeitos humanos integrais e integradores precisam ser dotados de linguagem, consciência e cultura, capazes de decisão, escolhas, de criar estratégias e inventar. Para tanto, “o sujeito se situa junto com os outros, não para agir sobre, mas para entender-se e entender o que pode significar conhecer objetos, agir através deles ou também dominá-los” (MINAYO, HARTZ, 2002, p. 14).

Os entrevistados 2 e 14 explicitam concretamente o cotidiano dos trabalhadores de saúde, mediante situações adversas vividas por esses trabalhadores, conforme os depoimentos a seguir:

[...] sempre fica aquela coisa, “olhe dê o máximo que você pode, olhe **faça o que você puder para o município, mas o que a gente tem para te oferecer é isso aqui, se você quiser você fica, se não, tchau, bênção** e até a próxima”; normalmente é assim, pelo menos eu vejo dessa forma (risos). Mas, assim, se você for olhar a palavra **qualidade** deixa muito a desejar em vários aspectos (Ent. 14 / Grupo I).

Faltam algumas coisas mínimas para a gente trabalhar, mas que **a gente consegue levar**, coisas mínimas como arquivos, coisas para a gente trabalhar melhor, transporte para fazer visitas [...] às vezes **a gente vai com o nosso próprio carro** [...] O principal que falta é o carro, os outros materiais que faltam, como o glicosímetro, fica um tempo sem, mas depois aparece, compra. O tensiômetro que quebra e demora um tempo para chegar e depois chega [...]. Balança mesmo que a gente trabalha, aqui, está precisando de manutenção, não afere peso adequado, está com defeito, a gente trabalha com ela assim[...] os pacientes queixam muito do peso, que não é esse, a gente sabe que também não é esse mais ou menos **se fosse digital eles acreditariam mais, no que a gente diz** em relação ao seu peso. Minha demanda, é bastante [...] é grande a gente **não consegue atender a todos**, muitas pessoas, muitas famílias, quatro mil, para atender, só atende pelas manhãs [...] (Ent. 2 / Grupo I).

O entrevistado 14, no momento da entrevista, aparentemente demonstrou pesar e sentimento de angústia, apesar do riso, inclusive com uma mudança de tonalidade na voz, num desabo acelerado. Esse comportamento, segundo Boito Junior e Toledo (2003, p. 281), pode significar **sujeição, adequação à não liberdade** “[...] se manifesta tanto na ausência de qualquer liberdade que não a de adequar a subordinação às imposições gerais” (destaque nosso).

A sujeição e a adequação a não liberdade perpassam pela questão de alienação no trabalho, tornando os trabalhadores alheios e estranhos aos resultados de sua própria

atividade/trabalho. Neste sentido, Bobbio, Matteucce e Pasquino (2000, p. 20) afirmam que a alienação dos trabalhadores está relacionada a “tarefas puramente executivas e despersonalizadas na estrutura técnico hierárquica da empresa individual, sem nenhum poder nas decisões”.

Segundo Rocha e Fritsch (2002, p. 65), “a alienação e a insatisfação do trabalho, que de início poderão aumentar a produtividade, mas, posteriormente contribuem para deteriorizar a saúde mental do homem” quando associadas à falta de vínculo e à despersonalização no relacionamento da instituição/trabalhador de saúde, vindo a interferir direta ou indiretamente na qualidade de vida desse sujeito e da coletividade.

Como vimos anteriormente nos depoimentos dos entrevistados 2 e 14, a alienação é caracterizada pela normalidade diante as precárias condições de trabalho, seja pela falta de vínculo seja pela falta de insumos, e a insatisfação é caracterizada pela demanda excessiva, pela descridibilidade no trabalho perante a coletividade que o cerca.

Nesse aspecto, encontramos características do modo de produção flexível voltado para o crescimento econômico, apoiando-se na exploração do trabalho vivo. Esse modo de produção vai além das concepções de produção em série e em massa (fordismo), entretanto para defender-se desse sofrimento do trabalho há uma busca pelo trabalho coletivo (ANTUNES, 2005).

Por outro lado,

[...] observa-se através dos discursos funcionalistas e gerenciais, que a preocupação das empresas com a introdução de novas técnicas de gestão e desenvolvimento constante do pessoal, tem por objetivo maior alcançar ganhos de produtividade, e somente em última instância demonstram preocupação com o bem estar e as condições de trabalho das pessoas. (MONACO; GUIMARÃES, 1999, p.5).

O depoimento do entrevistado 14, além da referência sobre processos produtivos, complementa a questão da fragilidade do vínculo empregatício, “[...] faça o que você puder para o Município, mas a gente tem o que oferecer é isso aqui. Se você quiser você fica, se não tchau, bênção”, na nossa compreensão, poderá interferir na qualidade de vida do trabalhador. O estudo de Mônaco e Guimarães (1999) vem reforçar tal realidade, ao destacar que na Empresa de Correio e telégrafos há uma satisfação dos funcionários quanto a carreira e a segurança no emprego. Se um trabalhador não possui segurança no emprego, caracterizado

pela fragilidade do vínculo (“tchau e benção”) a satisfação no trabalho estará comprometida, bem como a qualidade de vida no trabalho.

Entretanto, o depoimento do entrevistado 8 contradiz os depoimentos dos entrevistados 2 e 14 ao afirmar que ele tem boa qualidade de vida “porque faz aquilo que gosta”, dando-lhe “bons fluidos”, apesar de encontrar dificuldades no transporte e na comunicação com a Secretaria Municipal de Saúde (SMS). Como vemos, a boa qualidade de vida no trabalho depende do próprio sujeito trabalhador, de forma individual e personalista, em contraposição aos outros entrevistados que acham que essa qualidade de vida no trabalho fica sob a responsabilidade da instituição. Um outro aspecto abordado é a “carga negativa” no ambiente de trabalho.

[...] acho que **a qualidade de vida no meu trabalho, ela existe porque eu faço no meu trabalho aquilo que eu gosto**. Acho que já lhe dá bons fluidos, fazer aquilo que você gosta. Não vou dizer que eu tenho estresse no meu trabalho porque eu não tenho! Como eu te falei, eu tenho uma área de trabalho, boa, eu tenho, materiais, que me dão condições de [...], lógico que as dificuldades (transporte, comunicação com a secretaria) que eu coloquei aqui é normal de estressar. Mas, assim, dentro de uma rotina normal eu acho que eu tenho 95% de saúde no meu trabalho (Ent. 8 / Grupo I).

Embora pareça um paradoxo, o entrevistado 8 traz ainda um sentimento ora de satisfação, porque diz gostar do que faz, ora de estresse quando analisa suas condições de trabalho, embora afirme ter qualidade de vida no trabalho. Como sabemos, o ambiente de trabalho é aquele onde o trabalhador desenvolve suas ações cotidianas do trabalho que vão desde o trabalho vivo em ato até a dimensão de relacionar-se com o outro, com a instituição, com o usuário e assim sucessivamente. Portanto, a QVT está inteiramente ligada com o espaço social, físico, ambiental, prazer e /ou desprazer, ao distresse ou eustresse do próprio ambiente de trabalho.

Seyle (1974) faz uma discussão sobre estresse, classificando-o como eustresse ou estresse positivo e o distresse ou estresse negativo. O eustresse caracteriza-se pela situação vivenciada por uma pessoa e que a impulsiona a tomar decisões, agir, rebelar-se, adaptar-se dentre outros; enquanto que o distresse apresenta-se em situações de angústia, raiva e fúria que poderão promover paralisia, depressão, queda de imunidade e uma diversidade de doenças de ordem física e emocional.

Na concepção do “trabalho vivo”, na perspectiva marxista, o sujeito é presente no tempo e está relacionado à cooperação e ao ato criativo constituído de elementos subjetivos e

integrantes. Enquanto que para Lazzarato e Negri (2001, p.76), trabalho vivo “é a chave para se analisar e compreender a produção”.

Por conseguinte, segundo Mônico e Guimarães (1999), quando um trabalhador sente-se bem no seu ambiente de trabalho, o ambiente não é considerado uma carga negativa e sim uma forma de realização pessoal, de construção de relacionamentos e amizades, além de habilidades, que levam esse trabalhador a ter qualidade de vida.

Os entrevistados 10 e 13 colocam a condição do ambiente e suas condições de trabalho, como necessárias para que o trabalhador tenha qualidade de vida, conforme destacamos nos depoimentos a seguir:

[...] estou num contexto social de uma realidade, tudo errado e não é só **aqui não adianta remar contra maré**, é complicada a gente fica meio chateado e **insatisfeito**. Mas só tem essa opção (silêncio) (Ent.10/Grupo 1).

[...] fico triste porque eu não vejo as coisas andarem, **muita coisa está errada, umas coisinhas bobas, o pessoal que está na frente, às vezes, não assume a responsabilidade de estar na frente, deixando a ponta meio solta. Eu já solicitei inúmeras vezes para a gente ter um telefone aqui para a gente entrar em contato com eles em caso de emergência, eu estou aqui na unidade com uma pilha de perfume cortante eu já solicitei para vim buscar. A proposta que me deram é que eu colocasse as caixas no fundo do meu carro e fosse levar. Então, como é que trabalha?** (Ent. 13 / Grupo I).

O prazer e o desprazer no trabalho são discutidos por Maslach e Leiter (1999), Lancman e Sznelwar (2004), numa perspectiva da relação de dor-desprazer-trabalho. Os autores fazem uma discussão sobre o desgaste físico e emocional no trabalho que tem como causa o excesso de trabalho, a falta de controle sobre o próprio trabalho, a inexistência de recompensa e desunião, a falta de equidade e o conflito de valor.

Os entrevistados 10 e 13 relacionam o prazer e o desprazer com o contexto social e o silêncio da Secretaria Municipal de Saúde às solicitações do trabalhador. Por outro lado, o entrevistado 7 atribui o prazer e o desprazer no trabalho a condições de ambiente de trabalho, comparado com

[...] o posto não era assim, quando eu vim trabalhar mesmo o **posto era todo feio**, não tinha piso, não tinha forro, não tinha nada, era um posto meio caidinho (risos) [...] agora quando a gente vê uma coisa organizada bonitinha, a gente se **sente melhor, mais valorizada**, é claro! (risos) Eu acordo, eu tenho que vim trabalhar mesmo, aí eu venho com amor. Bem, eu gosto do trabalho que eu faço, eu adoro (Ent. 7/ Grupo I).

Esse ciclo de dor-desprazer-trabalho é verbalizado pelo entrevistado 7, ao explicitar a mudança do ambiente de trabalho, tornando-se mais valorizado. Durante a observação, visualizamos que o ambiente de trabalho do entrevistado 7 era calmo; arrodado de um jardim, com cinco cômodos todos com piso e forro; água encanada da cisterna. Faltava mobiliário de escritório como mesa, cadeiras, caneta, armário; os prontuários ficavam “arrumados” em caixa arquivo; não havia fechadura no consultório médico; inexistência de materiais adequados para o desempenho das suas atividades; falta de filtro ou bebedouro; a aeração era comprometida locais quentes e o lixo era queimado. Existia apenas um consultório, um banheiro, o local de recepção com uma mesa escolar e duas cadeiras, um depósito, uma cômodo onde se guardavam as medicações e os prontuários, uma pia de cozinha, uma varanda, e um quintal com horta.

Ao abordarmos sobre as condições de trabalho, o entrevistado 7 diz ter boas condições de trabalho e que não há falta de material para o trabalho. No entanto observamos que quando os demais componentes da equipe chegavam à unidade, não haviam espaços e cadeiras para todos os trabalhadores da equipe se acomodarem; alguns ficaram em pé, inclusive um deles acomodou-se numa escadinha. O ciclo de dor-desprazer- trabalho é reforçado na fala desse entrevistado sobre as condições estruturais, ao afirmar que “o posto era todo feio... meio caidinho”, e quando o seu ambiente de trabalho foi modificado esse trabalhador passou a ter prazer, satisfação e reconhecimento tanto pela comunidade quanto pelos demais colegas de equipe.

No Relatório de Gestão 2005 da SMS de Cruz das Almas (2005a / Doc.4), são destacados os avanços para a qualidade de vida no trabalho, no ano de 2005, diante das reformas de vários postos da zona rural, como por exemplo a USF Pumba, I Centro de Saúde Municipal, USF Escola de agronomia dentre outros, formando total de nove unidades da saúde que foram submetidos à reforma e adequação estrutural de acordo com as necessidades. Além do mais, há projetos de criação de USF da Embira, treinamento da equipe do CAPS, aquisição de três veículos para assistência do programa de saúde da família, na realização de visitas domiciliares e atendimentos itinerantes.

Entretanto, o entrevistado 13, além questionar como pode trabalhar sem condições adequadas, também fica triste com as más condições de trabalho e sente falta da valorização e responsabilidade da Secretaria de Saúde diante do seu ambiente de trabalho.

Outra compreensão diferenciadas sobre QVT em relação ao entrevistado 13 é concebidas pelo entrevistado 3, ao atribuir sentidos/significados às determinações divina ou social.

Minha **qualidade de vida é boa porque quem tem Deus tem tudo**, não falta nada. **Eu sou um deles, eu tenho Deus no meu coração, para mim minha vida esta completa**, eu não ligo para riqueza, **o importante é estar com saúde e estar com Deus, ser feliz** e só isso, não precisa ser rico ganhar muito não (Ent. 3 / Grupo I).

No depoimento do entrevistado 3, a qualidade de vida independe das condições de trabalho, da relação com a SMS com a coletividade, o importante é ele ter Deus no coração “e quem tem Deus tem tudo”. Todavia, na concepção hegeliana a alienação apresenta-se quando o homem entende o trabalho como atividade espiritual de um sujeito absoluto (BOBIO; MATTEUCCI; PASQUINO, 2000). Diferente do entrevistado 10, que ao afirmar que “não adianta remar contra a maré” ficando chateado e insatisfeito. Assim, a alienação é gerada não só pelo estranhamento do trabalhador frente condições de trabalho, mas também pelo estranhamento das relações entre os homens, da sua essência humana. A resposta para esta alienação muitas vezes perpassa no nosso entendimento, pela apatia dos trabalhadores na condição de sujeitos coletivos, diante da falta de vontade para mudar a realidade que oprime o trabalhador.

Pesquisa de Lautert, Chaves e Moura (1999), tendo como sujeito enfermeiros em um hospital universitário, comprovou que 48% dos respondentes estavam estressados; e a sobrecarga de trabalho foi a primeira fonte de estresse na atividade gerencial dessa categoria. O estudo ainda mostrou que a sobrecarga de trabalho é reflexo das más condições de trabalho, o que tem gerado insatisfação no trabalho e a intenção de trocar de profissão.

Contudo, o Ent. 1, apesar de retratar situações de estresse vinculadas às más condições de trabalho, não tem intenção de trocar de profissão uma vez que gosta do que faz.

A gente cansa um pouquinho, estressa, porque é um trabalho que acaba estressando porque lidar com pessoas, se você não tiver equilíbrio, fica um pouquinho difícil. Eu mesmo saí tem uma semana mais ou menos, **fiquei uma semana em casa estressada com dor de cabeça, estressada com o serviço, não era assim que eu queria, eu saí para descansar e voltei mais cansada ainda**. Mas quando a gente tem aquela coisa certinha de férias programada todo ano, você já se programa o ano inteiro para aquilo, mas quando eles dizem não e você não tem aquela coisa certa você não fica tão a vontade quando você está para sair, eu me sinto assim que não sei as colegas, eu me sinto muito preocupada[...] Enfermagem é uma área que eu gosto muito, **eu não tenho vontade de trocar de profissão, eu estou fazendo o que eu gosto**. Talvez, por isso, eu acabo ficando, ajudando. Tem

problemas estruturais? Tem. Mas acaba relevando porque eu estou fazendo o que eu gosto como a gente se sente realizada pessoalmente e profissional, aí a gente tenta equilibrar isso para poder passar o melhor, eu estou fazendo o que eu gosto (Ent. 1 / Grupo I).

O depoimento do entrevistado 16 também se justifica pela “adoração” ao trabalho, inclusive com perspectiva de fazer uma faculdade.

[...] adoro trabalho aqui, adoro o que faço, pretendo fazer faculdade, trabalhar e me formar e trabalhar na minha função mesmo que escolhi (Ent, 16 / Grupo I).

O depoimento do Ent. 1 retrata claramente a experiência do trabalhador caracterizado pelo sofrimento psíquico e biológico, em consequência do distresse, possivelmente, proveniente das más condições de trabalho. Esta situação é caracterizada pelo sofrimento no trabalho, adaptando-se ao risco (de uma estafa, depressão) para enfrentar a “dor” do trabalho. Porém, segundo Dejours (1992), os trabalhadores elaboram procedimentos defensivos, os quais geralmente impedem a tomada de consciência das relações de exploração.

Como vimos neste depoimento, a partir do momento em que esse sujeito planeja sair de férias, e não consegue, vai “adaptando-se” à realidade até a sua alienação enquanto trabalhador, conseqüentemente, ele defende-se do sofrimento do trabalho, através da resistência psíquica à agressão. E, em consequência, talvez o medo de perder o “emprego”, o “cargo”, a “chefia”, é caracterizado pelo sofrimento-tarefa-reconhecimento, denominado por Dejours (1992) como psicodinâmica do trabalho.

Contrapondo-se a essa realidade, de acordo com Pizzoli (2005), o reconhecimento é o que dinamiza sentimentos de prazer, motivação, uma vez que a desvalorização, a falta de compensação, as más condições de trabalho e a falta de investimento na educação formal resultam em um processo de insatisfação do trabalhador.

Nesse sentido, os depoimentos dos Ent. 2 e Ent. 6 são convergentes sobre a necessidade do trabalhador em saúde ser acolhido ou valorizado profissionalmente, como um dos potencializadores da satisfação no trabalho.

Eu estou **querendo sentir o calor da coordenação e não consigo**, eu busco da comunidade. Eles é que dão o estímulo da gente fazer o nosso trabalho cada vez melhor (Ent. 2 / Grupo I).

O pessoal da minha área eu não tenho que reclamar, quanto a minha equipe eu me sinto valorizado, até o pessoal da própria Secretaria mesmo, alguns funcionários nos maltratam, nos sentimos discriminados, não sei por quê. **Nem sempre eu me sinto valorizado**, acho que a gente poderia fazer mais, mas a Secretaria não nos dá condição. Às vezes, a gente queria fazer muito mais, então **a gente sente desvalorizado** (Ent. 6 / grupo I).

Esses depoimentos, a respeito do reconhecimento da comunidade e da Secretaria de Saúde com relação ao trabalho, colocam a satisfação, a valorização, o acolhimento, o respeito do sujeito no sentido de sentir-se mais útil como essenciais para minimizar até mesmo o sofrimento e adversidades do trabalho.

A satisfação no trabalho poderá resultar na realização e no reconhecimento do profissional, mediante relações interpessoais e condições de trabalho efetivas já avaliadas em experiências no trabalho, interferindo no estado emocional agradável, diante motivação (DEL CURA; RODRIGUES 1999).

Neste sentido, Costa (2002, p.6) enfatiza que:

[...] essas satisfações, são também **repletos de significados**. Qualquer trabalho é possuidor de um prazer para o indivíduo e este estado de prazer pode ser quebrado a qualquer instante, transformando-se em desprazer (insatisfação) e sofrimento (destaque nosso).

O estudo de Buss (2002, p.98), realizado com trabalhadores de uma instituição de Ensino Superior, constatou que “o reconhecimento profissional é muito importante para assegurar a QVT. As pessoas sentem a necessidade de serem valorizadas e reconhecidas para trabalharem realizadas”. O depoimento do entrevistado 2 converge com o referido estudo porque, no momento em que o trabalhador não encontra a valorização e o reconhecimento pela SMS, ele busca uma valorização na comunidade que o estimula a trabalhar melhor, complementado pelo depoimento do entrevistado 6. Neste sentido, Buss (2002) complementa que o profissional competente precisa ser recompensado de acordo com o seu desempenho, assim, no momento que esse trabalhador não encontra a valorização da SMS, como recompensa ele a busca na sua equipe, o que o impulsiona a desejar “fazer mais” diante de uma valorização acolhedora.

Segundo Maeyama (2007, p. 17) esse “acolhimento tem o potencial de trabalhar as relações humanas existentes no processo de trabalho em saúde”. Por sua vez, para Merhy (1997a, p. 71),

o acolhimento significa humanização. Diz respeito, ainda, à escuta de problemas, dando-lhe sempre uma resposta positiva, responsabilizando-se com a resolução do problema. Por consequência, o Acolhimento deve garantir a resolubilidade que é o objetivo final do trabalho em saúde, resolver efetivamente o problema.

Contudo, para que haja essa resolubilidade nos serviços e ações de saúde é preciso que os trabalhadores de saúde se integrem ao seu ambiente de trabalho, já que de acordo com a concepção de Campos (2006b), o trabalhador de saúde é um sujeito histórico, que deverá estar integrado em seu ambiente de trabalho como “sujeito coletivo” ou seja, o trabalhador desenvolve capacidade reflexiva que o impulsiona a agir para melhorar seu ambiente de trabalho, sua relação de trabalho na perspectiva de co-responsabilidade como sujeito coletivo.

O Programa Nacional de Desprecarização do Trabalho (BRASIL, 2006b), a Política de Recursos Humanos (BRASIL, 2003) e o Pacto pela Vida (BRASIL, 2006d) buscam a valorização do trabalho e dos trabalhadores de saúde, o tratamento dos conflitos e a humanização das relações de trabalho (BRASIL, 2006b). Entretanto, tais políticas aparentemente não têm tido visibilidade entre os trabalhadores de saúde e os gestores, conforme o depoimento 15:

[...] eu acho que **deveria existir uma política de valorização** dos profissionais de saúde, não só a nível municipal, mas a nível federal mesmo porque não se pode falar em humanização da saúde se você não pode falar em Saúde Pública, se você não pode falar em uma equipe de saúde que é de fundamental importância (Ent. 15 / grupo 1).

De acordo com Pizzoli (2005), cada pessoa desenvolve forças de motivação que influenciam no seu trabalho, conforme seus valores. Essa motivação conecta o prazer à valorização ao trabalho, observadas nos depoimentos a seguir.

Eu me sinto **valorizada, nesse sentido, porque eles me escutam**, eles buscam atender o que eu estou precisando. Nem sempre conseguem, eu sei que é difícil, eu tenho que entender isso também (Ent. 1 / Grupo I).

Eu acho que sou valorizado, mas eu acho que quem **valoriza mais meu trabalho são os profissionais junto comigo e os pacientes daqui mesmo**. Já a Secretaria, eu não sei se eles estão de acordo com o meu serviço, se não eles não cortavam minhas horas extras (silêncio). Eu adoro o trabalho que eu faço aqui, gosto mesmo de coração, foi um lugar em que **eu aprendi muita coisa** [...] eu adoro fazer isso, porque a gente vê o retorno, o retorno que eu falo é a recuperação dos pacientes, a gente vê os pacientes que chega aqui e sai noventa por cento melhor do que era, e é isso que é gratificante (Ent.3 / Grupo I).

O depoimento do entrevistado 1 traz a valorização proveniente da escuta na relação com a Secretaria de Saúde, enquanto que o depoimento do entrevistado 3, apesar de ser valorizado pelos profissionais que trabalham com ele e os pacientes que assiste, questiona se a SMS está de acordo com o seu trabalho.

Paradoxalmente, este mesmo entrevistado 3 afirma que

[...] Quando de manhã eu penso no trabalho, eu **me sinto realizado porque sempre sonhei com um emprego**, eu nunca tive um emprego, esse foi meu primeiro emprego, eu me sinto realizado porque aqui eu me sinto em casa. (Ent. 3 / grupo I)

Convergindo com o depoimento do entrevistado 4:

[...] É o meu primeiro emprego, eu nunca tive um emprego, sempre desejei, [...] **essa porta aqui abriu aí eu sempre valorizo**, é uma coisa que sempre desejei ter, um trabalho; aí consegui, por isso eu **tenho motivação** (Ent. 4 / Grupo I).

A realização de um “sonho”, a partir de um emprego, poderá possibilitar o aprendizado, estimular as potencialidades, proporcionando uma motivação interna. Contrário a esses entrevistados, existem trabalhadores de saúde que diante das adversidades sentem desesperança e desmotivação no seu ambiente de trabalho, conforme depoimentos 8 e 9:

[...] eu **deixei de acreditar** nas coisas em relação a sua conquista, a benefícios, porque eu já tentei, todas as vezes que tentei junto com outras pessoas, sempre você ouve a mesma coisa [...] como eu posso dizer, **é uma ilusão!** Vamos acreditar numa ilusão! Aquilo que nunca vai existir, que não existe. A verdade é essa (Ent. 8 / Grupo I).

Olha, eu gosto do meu trabalho, mas como eu já estou caminhando para curva da esperança um pouco cansada e um pouco assim, **desmotivada, porque as vezes, a gente tem vontade de mudar determinadas coisas**, vê que você pode dar um pouco mais de si e você está meia presa (Ent. 9 / Grupo I).

As condições de trabalho podem ser veículo de motivação ou de desmotivação, depende da individualidade de cada trabalhador e das condições de trabalho em que ele está inserido. A desmotivação do entrevistado 8 possa por aspectos intrínsecos (motivacionais), pois o trabalhador não acredita mais em mudança, em relação a conquista e benefícios, e afirma que “é uma ilusão”, de acordo com o depoimento do entrevistado 9 que, apesar de gostar do que faz, também não tem perspectiva de melhorar as suas condições de trabalho.

Outro depoimento diferente na questão trabalho e qualidade de vida é a idealização que perpassa pelo trabalho de acordo com a fala do entrevistado 16:

Eu gosto de trabalhar com PSF [...]. Então eu me identifiquei muito em trabalhar com a comunidade com pessoas carentes, [...] no sentido mais amplo aspecto é um fator de felicidade para você, contentamento eu **sinto realmente feliz, mas ao mesmo tempo me sinto angustiado, quero fazer alguma coisa mas não tenho aquele mínimo para oferecer**, eu tenho que levar saúde, promover saúde, mas aí a **Secretaria de Saúde não está lhe dando condições de trabalho adequado para que eu possa desempenhar aquela função da maneira que eu queria, da maneira que eu gostaria**, na maneira que a comunidade merecia, merece receber. **Então isso gera uma angústia, então, um descontentamento a partir daí.** Então, reivindicar a gente sempre reivindica, solicitar por escrito, verbal, para tentar melhorar, mas fica depois de tudo você pegar a dificuldade e abater com as angústias tem um saldo positivo e a gente vai levando, mais ou menos por aí (risos). (Ent. 16, Grupo I)

Assim podemos concluir que para o trabalhador de saúde a qualidade de vida no trabalho envolve questões do sujeito coletivo que tem capacidade de escuta, é humano, às vezes alienado que busca ser valorizado, motivado, que também emerge de situações ora de distresse ora de eustresse e que tem sonhos e ideações que os motivam a continuar trabalhando diante de condições de trabalho tão desconfortáveis, conforme abordagem no item a seguir.

5 CONDIÇÕES DE TRABALHO: “veja até que ponto nós chegamos para trabalhar”

O trabalho em saúde é o produto do trabalho dos homens sobre o indivíduo e sua coletividade, no qual há relação simbiótica de tal modo que ambos possam satisfazer suas necessidades.

Entretanto, qual o valor que o indivíduo e a sua coletividade dão ao trabalho em saúde? Será que o valor que produz o trabalho de um médico é maior do que produz um trabalho de agente comunitário ou vigilante?

Para Harnecker (1983, p. 228), “a lei do valor é a lei que rege o intercâmbio das mercadorias no mercado que é regido, em última instância, pela quantidade de trabalho nelas incorporado. Se uma mercadoria vale duas vezes do que outra é porque ela contém o dobro de trabalho que a outra”.

Mas será que podemos aplicar este mesmo princípio para o trabalhador em saúde? A unidade de saúde da Atenção Básica tem maior valoração comparada a outras? Quais os interesses políticos, econômicos e / ou sociais em relação ao trabalhador e suas condições de trabalho? Por que algumas unidades de saúde da Atenção Básica têm melhores condições de trabalho, comparadas a outras no mesmo município? Qual é a valoração que a SMS tem dado aos seus trabalhadores?

Essas inquietações perpassam por toda a nossa vida profissional e, particularmente, vêm sendo reforçadas a partir das pesquisas de campo, levando-nos a refletir como sujeito epistêmico, aquele que, segundo Testa (1995), relaciona teoria e prática, com o objetivo de compreender o campo político e estratégico que o trabalhador de saúde tem vivenciado, através da análise desta categoria analítica: condições de trabalho: “Veja até que ponto nós chegamos para trabalhar!”.

Por conseguinte entendemos que condições de trabalho é a situação na qual o trabalhador de saúde desenvolve, desempenha seu trabalho, passando pelas questões de insalubridade, risco, trabalho equipe, ergonomia, capacitação, estrutura e organização do serviço. Nesta perspectiva, o Ministério da Saúde reforça e complementa que as condições de trabalho incluem aspectos relacionados ao mobiliário, aos equipamentos e às condições ambientais do posto de trabalho, assim como a própria organização do trabalho (BRASIL, 2006 d).

Os depoimentos dos entrevistados 14 e 15 são convergentes em relação à inadequação das condições de trabalho no que se refere as estruturas física e ambiental.

Complicado, minhas condições de trabalho. Eu não trabalho com condições ideais de trabalho, infelizmente. A gente trabalha num ambiente, na unidade, que eu trabalho, por exemplo, a sala tem alguns problemas estruturais, físicos, tipo o teto está é, enfim, algumas áreas precisando ter respostas, a maçaneta está com problema, o piso de entrada da recepção está [...], os tacos estão soltando, às vezes faltam papel toalha, às vezes falta papel maca, às vezes não tem material de curativo, às vezes falta medicação da atenção básica [...] (Ent. 14 / Grupo I).

Então, falar de condições de trabalho começa por aí, depois, a questão da própria unidade de saúde na zona rural, que **já não é uma unidade com uma estrutura ideal**, é uma casa adaptada, a gente não tem sala de vacina, não foi feito sala de vacina ainda, a gente já teve questões de água, tivemos que suspender atendimento por falta de água, não tinha um tanque para se ter essa água, em fim tem esses **problemas de estrutura física** [...] (Ent. 15 / Grupo I).

A partir destes depoimentos, vemos duas realidades parecidas, porém localizadas uma na zona urbana e a outra na zona rural. Quando tivemos oportunidade de observá-las, percebemos que ambas são casas adaptadas e não apresentam estruturas adequadas para o trabalho na área de saúde. De acordo com o Ministério da Saúde, uma estrutura física para as unidades de saúde deverá ter sala para recepção de pacientes e acompanhantes; sala de espera para pacientes e acompanhantes (1 a 3); consultório (2), – sendo um deles com sanitário –; sala de procedimentos (2); almoxarifado (1); consultório odontológico com área para escovário (1); área para compressor e bomba a vácuo(1); área para depósito de material de limpeza (DML)(1); sanitário (para usuários) (2); copa ou cozinha alternativa (1); sala de utilidades (1); área para reuniões e educação em saúde (1); abrigo de resíduos sólidos (1), – caso a UBS proceda a esterilização no local –; sala de recepção, lavagem e descontaminação (1); e sala de esterilização e de estocagem de material (BRASIL, 2006c).

O depoimento do entrevistado 1 mostra que as condições de trabalho e ambiente estão em desacordo ao preconizado pelo Ministério da Saúde.

Quanto à estrutura não muito adequada ao PSF, a gente não tem uma **sala para reunião** uma vez que a gente tem uma unidade que abrange 1.400 famílias e se a gente for fazer uma reunião acima de 20 pessoas a gente não comporta aqui [...] tem assim problemas estruturais de **geladeira que fica fora da sala de vacina**, que precisa de alguns consertos, porta quebrada, tem algumas coisas assim, **que acaba até atrapalhando o serviço**. Falta material, às vezes tem que tá **ligando do nosso celular** para solicitar, mas a qualidade mesmo da prestação do nosso serviço não chega a ser prejudicada o nosso serviço, mas acaba tendo um **pouco de insatisfação**, carro, por exemplo, a gente não tem, **na área temos planos acidentado**, sobe

ladeira, desce ladeira, falta esse suporte para gente. Também o maior problema que tem é justamente esse, o do transporte... **Quanto ao mobiliário**, não tenho tanto que reclamar não, o problema é o que eu preciso é uma balança para levar para uma visita domiciliar que a gente não tem, um nebulizador que foi emprestado e não foi devolvido. Mas assim, o que a gente precisa aqui em termo de mobiliário a gente tem (Ent 1 / Grupo I).

Como podemos ver nesse depoimento, as condições de trabalho “não são muito adequadas”, uma vez que a finalidade é meramente à prestação de serviço, muitas vezes sem se preocupar com as condições de trabalho, interferindo, na qualidade do serviço com repercussões tanto para o usuário quanto para os trabalhadores. A falta de transporte, telefone, carro e balança para o desenvolvimento do cuidado na visita domiciliar, conforme o mesmo entrevistado, atrapalha o serviço, ou seja, talvez o usuário não perceba, mas o trabalhador, às vezes, tenta minimizar as dificuldades ao fazer uma ligação do seu celular para resolver problemas tanto da unidade quanto dos usuários, o que gera insatisfação no trabalho. A partir das observações de campo, vimos que das seis (06) unidades da Atenção Básica visitadas apenas duas possuíam telefone; nas outras quatro (04) unidades os trabalhadores ligavam dos seus celulares para se comunicarem com a Secretaria de Saúde, e a SMS, por sua vez, também se comunicava com as UBS telefonando para o celular desse trabalhador de saúde.

O depoimento do entrevistado 1 ainda traz uma perspectiva de educação em saúde para as ações de saúde explicitada na Portaria 648 / GM de 28 de março de 2006(BRASIL, 2007g), sobre o processo de trabalho das equipes de Atenção Básica, com o objetivo de desenvolver ações educativas que possam interferir no processo saúde doença da população. A educação em saúde é uma atividade importante na construção de sujeitos coletivos, a partir da atuação das equipes de saúde da Atenção Básica. Por conseguinte, segundo Candeias (1997), a educação em saúde é uma das atividades voltadas para saúde e deve estar presente no local de trabalho, uma vez que poderá vislumbrar o mundo com outra visão no campo da saúde, além de despertar para um contexto social e político onde se inserem o indivíduo, a família e demais grupos da comunidade, em prol da consolidação do Sistema Único de Saúde.

Esse mesmo entrevistado 1 aponta uma outra situação de condições de trabalho à qual denomina de “problemas estruturais”, como “porta quebrada”, “geladeira fora da sala de vacina”, mas não vê “muito o que reclamar” do mobiliário. No decorrer do trabalho de campo, a tempo, observamos essa unidade e percebemos que na sala de vacina não havia uma ventilação adequada, por apresentar uma temperatura que aproximava-se de 30 a 35° c, sem qualquer aeração; o mobiliário da unidade era incompatível às condições de trabalho, com cadeiras de alturas não reguláveis e mesa pequena; a sala de vacina sem uma mesa para

exame; na sala de enfermagem há duas mesas para exames (clínico e ginecológico); o Depósito de Materiais de Limpeza (DML) sem ventilação, uma única sala com duas finalidades, ou seja, para curativo e esterilização de materiais, uma contradição às medidas de prevenção e controle de materiais e equipamentos com os procedimentos da sala de curativo, uma vez que manuseia feridas contaminadas. Vimos ainda a postura física dos trabalhadores de saúde totalmente inadequadas para o trabalho ali desenvolvido.

Destarte, ao contrário do que se pensa, a Ergonomia não é somente o estudo das mesas, cadeiras, e sim o estudo do porquê uns trabalhadores, diante das más condições de trabalho adoecem, outros não adoecem? O que esses trabalhadores fazem para não adoecerem?

Segundo Assunção e Lima (2003) a Ergonomia procura abranger todos os conhecimentos, desde os fisiológicos até os psicológicos, a fim de estudar o homem em situação real de trabalho e identificar os elementos críticos sobre a saúde e a segurança aí desencadeados, para propor recomendações de melhoria das condições de trabalho, bem como desenvolver instrumentos pedagógicos para qualificar os trabalhadores.

O depoimento do entrevistado 11 associa as condições de trabalho e saúde: “eu fico muito tempo em pé, tempo em pé, moro um pouco distante, então sempre a noite há **dor na coluna** (Ent.11 / Grupo I).

O estudo de Araújo (2004), com trabalhadores de uma empresa de *telemarketing*, sobre a saúde desses trabalhadores e suas condições de trabalho, mostrou que após o término diário das atividades, o trabalhador enquanto dormia, sonhava estar trabalhando, ficava mais nervoso, além de apresentar insônia e dores nas costas.

Por outro lado, alguns trabalhadores de saúde afirmam encontrar boas condições de trabalho.

Para mim ta bom, material para trabalhar eu tenho. Num falta e assim as condições do meu trabalho **são boas** o que eu faço tá bom (Ent. 7 / Grupo I).

Eu acho que minhas **condições de trabalho ta dentro até das minhas expectativas**. Na área de material para procedimentos em termos de espaço ta adequado ao programa, não tenho dificuldade quanto a isso. Lógico que não tenho 100% daquilo que você quer, mas dentro da medida possível de trabalho posso dizer que tenho 95% do que eu quero (Ent. 8 / Grupo I).

Com relação a infra-estrutura eu sempre elogio [...] boa infra-estrutura apesar que está precisando de algumas coisas, precisa de cadeiras , de algumas coisas mas ta regular [...] **não falta material** , medicamento, material para higiene, material oral [...] não tenho o que reclamar não (Ent.11 / Grupo I).

Os depoimentos 7, 8 e 11 são convergentes quanto às condições de trabalho: “boa condição”, “dentro das expectativas”. Segundo Relatório de Gestão 2006 (2006b/Doc.3) e o relatório de Gestão 2005 (2005a/Doc. 4), o município de Cruz das Almas, nos anos de 2005 e 2006, reformou uma unidade de saúde da sua rede e implantou seis unidades de saúde, em duas delas trabalham os entrevistados 7 e 11. Entretanto, durante as observações das unidades onde esses entrevistados trabalhavam, não foi possível visualizar quaisquer condições adequadas de trabalho, uma vez que a precariedade sobressai-se: umidade nas paredes, falta de mobiliário (e os poucos que ali se encontravam não seguiam os padrões da ergonomia); os consultórios sem sinalização; não havia autoclave nem estufa (os materiais eram esterilizados no Instituto de Pediatria do Recôncavo); e o Depósito de Material de Limpeza (DML) e Depósito de Material Esterilizado (DME) inadequados ou inexistentes.

Na perspectiva da gestão, as condições de trabalho, apesar das relações sociais favoráveis, ainda precisam avançar muito, em particular, em determinadas áreas e/ou serviços.

[...] o profissional aqui em Cruz trabalha em um ambiente bom, **a gente tem condições de trabalho**, não todas que a gente quer, a gente tenta ajudar da melhor forma possível, tem reclamações como ocorre em todas as secretarias, mas principalmente **na parte da odontológica fica muito a desejar [...] a gente tem um déficit de trezes profissionais [...]** (Ent. 17 / Grupo II).

Cruz das Almas tem sete (07) Unidades de Saúde da Família, mas apenas três USF têm equipe de saúde bucal. Segundo o entrevistado 17, são necessários 13 dentistas para complementar a rede da Atenção Básica. De acordo com o *Relatório de Gestão 2005 (2005a/doc.4)*, a Secretaria de Saúde de Cruz das Almas tem como meta implantar o Centro de Especialidades Odontológicas (CEO) em 2007, mas até o momento não foi implantado (setembro de 2007).

A organização da rede SUS em Cruz das Almas, *a priori*, é médico-hospitalocêntrica, com uma cobertura de USF (43,65 %); um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS); dois hospitais para atendimentos pediátricos – IPER; e a Santa Casa de Misericórdia para os demais internamentos. O *Plano Municipal de Saúde 2006-2009 (2006a / doc.2)* tem como meta a ampliação da cobertura de PSF e a atenção à saúde bucal, assim como o acesso às especialidades, isso para num período de dois anos (até aqui já se passaram quase dois anos e não foram observadas tais mudanças (continua a baixa cobertura de PSF e a não implantação de novas equipes de saúde bucal); os serviços de média complexidade são encaminhados em

sua maioria, ao ambulatório do IPER, à Santa Casa de Misericórdia, tendo-se a rede privada como a principal “porta de entrada” dos usuários ao serviço de saúde, onde é mais “fácil” o acesso ou, talvez, menos complicado.

Conforme os depoimentos dos entrevistados 6 e 10, as más condições de trabalho também estão relacionadas às questões de descrédito dos usuários no trabalho, a dificuldade de acesso aos serviços e ações de saúde e a “superlotação” do hospital.

Material como balança é equilibrado, mas falta, estou agora mesmo sem balança, [...] **As pessoas não acreditam muito no trabalho** da gente porque só conversar... mas a população quer ver mais, porque para ir a cidade marcar **uma consulta, e aí gasta seis reais, e aí não consegue porque tem gente na cidade que chega** três horas (da manhã) para marcar uma consulta. Quem sai daqui da roça as seis horas quando chegar lá vai achar o que mesmo? (Ent.6 / Grupo I).

[...] quando o ônibus quebra e eu não vou, eles vão ao ambulatório municipal onde **superlotam ao hospital** e de uma maneira ou de outra eles são atendidos. Quando eu vou lá, faço um trabalho de conscientização pra eles (Ent.10 / Grupo I).

O entrevistado 6 comenta das dificuldades que enfrenta, em relação ao descrédito do seu trabalho diante das más condições de trabalho, a falta de balança, a necessidades da população em querer mais que educação em saúde; eles querem ações de saúde também palpáveis, como a garantia ao seu acesso, por exemplo.

Por outro lado, Donabedian (1973) diferencia o acesso organizacional do acesso geográfico. O acesso organizacional refere-se a recursos que facilitam ou dificultam a chegada dos usuários no serviço de saúde para serem atendidas, bem como o “ajuste” dos profissionais e dos recursos tecnológicos empregados às carências desses usuários nos serviços de saúde. E o acesso geográfico refere-se à distância e ao tempo para chegar e obter os serviços de saúde.

Compreendemos acesso como a garantia que o usuário deve ter a assistência à saúde, seja na atenção primária, secundária ou terciária. Essa garantia abarca questões relacionadas à distância territorial, o tempo de locomoção, o custo de viagem, à capacidade de comunicação (aberta e clara) e as ações de educação em saúde.

O entrevistado 10 considera que a dificuldade de acesso à atenção básica deverá desencadear uma outra situação que é a “superlotação do hospital”. Nesta perspectiva, Cecílio (1997) faz uma discussão sobre a superlotação do hospital analisando os modelos técnico-assistenciais em saúde do piramidal ao circular, com “múltiplas portas de entrada”. Para este autor, por muitos anos o modelo técnico assistencial à saúde defendido pelo movimento

sanitário foi ilustrado pela pirâmide onde a base, por ser larga, representaria a “porta de entrada” do usuário ao serviço de saúde, e, assim, o acesso se daria pela Atenção Básica; ou seja, esse modelo piramidal garantiria o acesso e a hierarquização do serviço. Entretanto, os estudos de Cecílio (1997) e Donabedian (1973) têm mostrado que a atenção básica não tem contribuído com a vigilância à saúde; até mesmo os ambulatórios não conseguem se desenvolver enquanto referência técnica especializada da rede básica e, por sua vez, os hospitais são desumanizados, tanto para o trabalhador quanto para o usuário.

A concepção piramidal de Cecílio (1997) apresenta novos circuitos de integração, associa múltiplas alternativas de entrada e saída, abre possibilidades da “porta de entrada” ao serviço de saúde que pode ser através da escola, da farmácia do bairro, do quartel, do pronto socorro, da Atenção Básica, do hospital, das unidades especializadas. Todas essas “portas de entrada” garantiriam o acesso de cada cidadão ao tipo de atendimento mais adequado ao seu caso.

Por outro lado, o problema de acesso também atinge ao trabalhador de saúde, conforme depoimento a seguir:

Quando eu tenho que ir para reunião com a instrutora, eu tenho que “ir com meu bolso” e pagar seis reais, até para resolver problemas de trabalho eu tenho que pagar. Aqui na área eu tenho uma bicicleta que eu **comprei com o meu dinheiro** e não com a Secretaria. [teve uma bicicleta] em uma gestão aí atrás, faz oito anos, e nem existe mais (Ent. 6 / grupo I).

O entrevistado 6, ao abordar a questão do acesso, o coloca como uma das dificuldades sentidas por ele, apesar de residir perto da área de cobertura do seu trabalho, zona rural; periodicamente tem que participar de reuniões com a enfermeira na zona urbana. Por isso, o transporte é um dos limites para esse acesso às atividades na zona urbana. Contudo, para facilitar as suas atividades no trabalho, esse trabalhador tem que ter um transporte e, nesse caso, ou ele usa o ônibus ou uma bicicleta.

Segundo o Ministério da Saúde (BRASIL, 2007b), o agente comunitário deve morar no local de trabalho e sua área de atuação deve estar até, no máximo, seis quilômetros da sua residência; além do mais, o Município tem a responsabilidade de garantir um meio de transporte para o desenvolvimento das suas atividades. Outrossim, comumente é noticiado que alguns Municípios têm comprado desde bicicletas até animais de montaria para os ACS trabalharem.

Os depoimentos dos entrevistados 10 e 14 trazem um aspecto que, amiúde, interfere na integralidade da assistência em consequência das condições de trabalho:

[...] trabalhamos num carro móvel que atende a zona rural, algumas delas tem posto de saúde outras não [...] o ônibus está num estado de conservação ruim. Recentemente, quebrando isso atrapalha e muito o nosso andamento do serviço [...] **é ruim a gente começar um trabalho e ficar pela metade, a impressão que dá, falando bem claramente, que é mais um marketing político do que vontade de prestar um atendimento de qualidade ao agricultor, [...] Quando eu vou lá, faço um trabalho de conscientização pra eles. Falta de adesão ao tratamento, uso errado de medicação, o que tem de medicação errado[...]** (Ent.10 / Grupo I)

[...] **nós estávamos até o mês passado sem glicosímetro, sem nenhuma glicemia capilar por, também, questões burocráticas administrativas,** mas agora e agora que a gente vai reorganizar para tornar a colher a glicemia dos diabéticos. **Então é realmente, é complicado, mas eu gosto, apesar de todas as dificuldades.** Claro que tem um lado que **me faz sentir desconfortável,** mas tem o lado bom, que é a recompensa que o paciente [...] (Ent 14 / Grupo I).

O carro móvel referido pelo entrevistado 10 é um ônibus adaptado composto de dois “consultórios (médico e odontológico)” que, naquele momento, não se encontrava funcionando devido uma série de problema mecânicos. Durante a coleta dos dados, tivemos a oportunidade em observar as condições de trabalho que, naquele momento, apresentavam-se em precaríssimas condições de uso (sujidade; iluminação, aeração e ventilação desfavoráveis pelas condições inseguras e atos inseguros a serem desenvolvidos pelos trabalhadores de saúde). No espaço designado para o consultório médico, por exemplo, colocaram um ar condicionado, sem condição de operacioná-lo devido a falta de um electricista que pudesse acompanhar a equipe onde quer que ela fosse para fazer o serviço elétrico e assim conectar o aparelho à energia elétrica do local do atendimento. A equipe de saúde que presta cuidados ou atendimento nesse ônibus é formada por uma técnica de enfermagem, um enfermeiro, um médico e um dentista. Não há um trabalhador responsável pela higienização no carro após o atendimento nas localidades. O ônibus é varrido por um outro trabalhador da Secretaria, após todo o atendimento daquele dia. Para complementar, segundo relato da equipe de trabalho, o ônibus raramente é lavado e quebra constantemente.

Vivenciamos a experiência de ser transportada nesse carro móvel, juntamente com toda equipe. No decorrer da viagem percebemos que, além de um grande ruído durante todo o trajeto (ida/retorno), não existia assento para todos, tendo alguns trabalhadores se acomodado em posições desconfortáveis, amontoando-se sobre os demais, gerando desconforto e insegurança nas curvas e nas freiadas bruscas. O motorista, por sua vez, comentou sobre a

falta de manutenção do ônibus, exemplificada com a “alavanca da marcha” que o machucava ao segurá-la, “espetava” (SIC). A sensação que tivemos no ônibus foi muito desagradável, desconfortável, balançava demasiadamente, podendo acarretar problemas para a saúde como náuseas, vômitos, enjoos, cefaléia, estresse e outros; a porta do ônibus apresentava um defeito que impedia de fechá-la totalmente; a viagem tornou-se cansativa, visto que o ônibus parou várias vezes para conduzir algumas pessoas que iam ser consultadas no posto. Ao final do percurso, sentimos uma sensação desconfortável nos ouvidos causada pelos ruídos, corpo dolorido e estado de humor alterado. Uma situação inusitada, ao retornarmos para a SMS, após o atendimento à saúde foi que o ônibus quebrou, parou de vez; e isso, para alguns trabalhadores, foi motivo de festa, já que assim ficariam “algumas semanas sem viajar” (SIC).

Assim, são essas circunstâncias que se refere o entrevistado 10 ao relatar sobre o estado de má conservação do ônibus. Isso demonstra que a cada vez que o ônibus quebra, há uma descontinuidade da assistência à saúde e, conseqüentemente, uma perda da sua integralidade. Segundo Starfield (2002), a integralidade da Atenção Básica de saúde deverá garantir o ajustamento dos serviços de saúde às necessidades de saúde dos usuários. Portanto, no momento que há a descontinuidade da assistência à saúde, as doenças preveníveis poderão não ser evitadas e a QV ser colocada em risco.

O mesmo entrevistado 10 afirma que esse tipo de situação seria um *marketing* “político,” uma forma de divulgar que a SMS facilita o acesso, ao levar assistência à saúde até às comunidades carentes e distantes.

O entrevistado 14 também ressalta que a falta de material reflete na descontinuidade da assistência, isso fica evidente quando diz: “a gente vai reorganizar para tornar a colher”. Quando na verdade, o trabalho em saúde deveria garantir uma assistência contínua e integral.

Como vimos nos depoimentos anteriores, a descontinuidade da assistência à saúde compromete a integralidade, uma vez que seus princípios, segundo Mattos (2001), dependem da prática profissional, da organização do serviço e das respostas governamentais aos programas de saúde. Portanto, os serviços de saúde devem atender a demanda de saúde de uma população e também estar organizada para suprir as necessidades dos cidadãos para atingir essa integralidade.

Quando um trabalhador não encontra condições de trabalho favoráveis para exercer suas atividades, seu trabalho tende a ser fragmentado, desarticulado. Fragmentado porque como ter atitude mais abrangente se falta material humano, material de consumo, falta

condições de trabalho? Como articular a demanda espontânea e a programada se não tem fitas de glicosímetro? Como fazer a avaliação de saúde dos diabéticos muitas vezes sem parâmetro de acompanhamento da dosagem de glicemia capilar uma vez que essa situação pode desencadear a evasão do programa, o aumento do número de internações ou complicações neurológicas devido a quebra da integralidade?

Para se alcançar a integralidade da atenção à saúde é necessário construir uma rede de serviços que garanta a continuidade das ações e serviços de saúde, o trabalho em equipe, a garantia de acesso, onde a cura – prevenção; individual e coletiva não sejam dicotomizadas, mas integradas.

Outra situação retratada nos depoimentos diz respeito à analogia entre condições de trabalho e relação com a SMS, conforme os depoimentos dos entrevistados 2 e 8:

[...] Na verdade, dentro do possível, eu tenho a assistência que eu necessito agora, a não vejo essa ligação boa de perto entre a gente da rede básica e os coordenadores da rede básica. Essa relação boa de um vê o trabalho do outro como é que está andando, tá meio que solto [...] (Ent. 2 / Grupo I).

Então às vezes eu tenho que atropelar um pouco as coisas por essa falta de comprometimento das pessoas, eu acho que às vezes falta no PSF, o PSF com essa falta de comprometimento com outros setores não funciona, não como deveria [...] dentro do possível, eu tenho a assistência que eu necessito; agora, a interligação às vezes é insuficiente. Eu preciso de algo mais, às vezes eu estendo a mão, não encontro a outra para te puxar (Ent.8 / Grupo I).

Nos referidos depoimentos são relatadas situações limitantes entre a Secretaria de Saúde e o trabalhador de saúde. O entrevistado 2 diz que há falta de “ligação” entre a rede básica e a SMS; já o entrevistado 8 vê uma “falta de comprometimento com os outros setores”. Essa desarticulação intersetorial tem sido uma realidade de vários municípios brasileiros onde os diversos setores como ação social, educação e saúde geralmente realizam ações desarticuladas e isoladamente e, quando buscam ações intersetoriais em sua maioria são ações pontuais. As escolas promotoras de Saúde são exemplos de projetos que apresentam como uma das suas premissas fundamentais, a educação para a saúde com enfoque integral, e a construção e manutenção de ambientes saudáveis e a articulação com serviços de saúde. Entretanto, a maior desafio é justamente a garantia da sustentabilidade da intersetorialidade.

Os depoimentos 1 e 15 convergem para discussão ao afirmarem que as más condições de trabalho expõem os trabalhadores a riscos não somente nas questões que envolvem condições insalubres, mas também, nas questões de periculosidade.

A gente trabalha de casa em casa conversando com as pessoas, não só isso, mas existe risco, com ladeira passo sozinha, meu **maior risco é de assalto**. Outro dia eu mesmo eu fui, com trinta minutos antes teve um assalto e eu passo sozinho. (Ent. 6 / Grupo I).

[...]começar em se tratando de um trabalho rural a gente tem que sair aqui da sede da até se deslocar até a zona rural, então já começa o problema aí: **o veículo não tem manutenção, põe em risco até a vida de gente, tem problemas de suspensão, tem pneus que são carecas, vasamento de óleo, não tem busina, impressionante na zona rural um carro sem busina porque precisa né, porque não tem sinalização você tem que ter busina e tal**. Então, a gente atravessa a BR 101 que é uma BR federal, e isso já um fator preocupante porque o carro já interrompeu graças porque nunca em cima da BR (risos) normal já interrompeu motor e a gente parar ligar, funcionar e tal. Na verdade esses veículos não têm manutenção adequada, as vezes nem tem manutenção, é super demorado para ter manutenção, não têm um manutenção preventiva, não, só quando se tem um problema existe, o motorista comunica ao setor responsável, aí deixa pra depois, para depois e enquanto tiver andando o carro e dando para transportar gente então vai levando até que fique uma coisa que não dê mais para segurar ou então acontecer um problema mais sério, como aconteceu agora, sério no sentido do veículo, bateu o motor, então resolveram mandar para a oficina, então é necessário chegar ao extremo para se tomar uma medida (risos) (Ent.15 / Grupo I).

Numa perspectiva biologicista, o risco, para Iriart (2004, p.37), é “a probabilidade de ocorrência de um dano causado por agentes físicos, químicos, biológicos ou ergonômicos”. Nesta relação de causa-efeito, os riscos podem ser identificados no mapa de risco, para proteger o trabalhador das intoxicações, das perdas auditivas, das dermatoses, das asma ocupacionais, das silicoses, dentre outros. Entretanto, os depoimentos dos entrevistados 6 e 15 trazem uma nova percepção de risco no trabalho com uma perspectiva ampliada de saúde, mergulhada no social, onde a violência, a má distribuição de renda, a miséria trazem risco para a saúde do trabalhador. Portanto, “a visão que os trabalhadores possuem sobre riscos é um componente fundamental para o sucesso das práticas de comunicação de riscos e educação em saúde e segurança no trabalho” (IRIART, 2004, p. 41).

Quando o trabalhador relata que “meu maior risco é de assalto”, entre tantas situações de risco como adoecer por LER/DORT, intoxicação, adquirir uma doença crônica, dentre outros, demonstra que as dimensões culturais, sociais, morais, políticas e históricas estão sendo valorizadas por esse trabalhador. Em consonância com o entrevistado 6, o depoimento do entrevistado 15 atribui como risco no seu trabalho a falta de manutenção preventiva no veículos que os transportam da SMS ao PSF na zona rural.

Um avanço identificado na SMS, de acordo com o *Relatório Gestão 2005* (2005a / Doc.4), foi a compra, em 2005, feita pela Secretaria, de alguns carros novos para realizar o

deslocamento dos seus trabalhadores de saúde para o PSF, entretanto, segundo depoimento do entrevistado 15, não há manutenção preventiva, expondo os trabalhadores de saúde a risco de acidentes, podendo até levar à morte ou a danos físicos irreversíveis.

Diferente dos depoimentos dos entrevistados 6 e 15, o entrevistado 11 tem uma preocupação com outro tipo de risco, o mental.

Na área de saúde é sempre a gente sofre do risco de se contaminar, com materiais perfuro e aqui no CAPS é o risco assim que eu vejo é o **risco mental** por que é paciente que vive em constantes conflitos e querendo ou não mesmo se a gente se preparar a gente pode absorver aquilo. Eu acho que teria mesmo a necessidade de ser acompanhado por um profissional, um psicólogo, no caso, e ainda a gente não tem uma pessoa para ajudar a gente se adaptar com esses conflitos, acho que é a única necessidade nesse momento (Ent.11 / Grupo I).

O risco mental, para o entrevistado 11, refere-se à situação do trabalhador de saúde adoecer mentalmente em consequência do ambiente de trabalho. Araújo (2004) estudou sobre aspectos psicossociais do trabalho e distúrbios psíquicos, entre os trabalhadores de enfermagem, e encontrou uma prevalência significativa de distúrbios psíquicos menores nesses trabalhadores diante do ambiente e das exigências do trabalho.

Há ainda, um outro tipo de risco que os entrevistados 5 e 9 destacaram, o risco de contaminar-se devido às más condições de trabalho.

Olha, a **insalubridade está relacionada porque nós trabalhamos com pessoas portadoras de vários tipos de doença como tuberculose é, hanseníase é, micose e outros tipos de doença** é nós temos contato direto com as pessoas porque nós visitamos as famílias, viu? Nós temos contato direto e **corremos esse risco de adquirir determinada doença dessas**. Então eu acho justo, a insalubridade dos agentes comunitários de saúde (Ent. 5 / Grupo I)

Quanto às **condições de trabalho, o espaço físico eu acho que não é adequado** no caso a gente que trabalha com imunobiológicos não é adequado. Temos material, **o ambiente, não tem pia, de ter tem, mas é muito pequeninha**, a torneira é de (faz gesto de abrir), não é aquela de pedal (faz gestos torneiras que abram com o braço) e aquela que fecha com a mão mesmo, acaba descontaminando e contaminando ao mesmo tempo, o porta toalha é aberto, não tem lugar onde ele fixa, o sabão em pedaço, o balde é sem tampa não tem pedal, a iluminação é inadequada, não tem janela, são quatro paredes e uma porta somente. Agora sim, que eles colocaram o ar condicionado porque o tempo, o calor e também quando ficava fechado a temperatura alteava muito e aí colocaram um ar condicionado. Aí conseguiu controlar a temperatura mais um pouco. (Ent. 9 / Grupo I).

O entrevistado 9, no seu depoimento, demonstra uma consciência sobre a realidade dos riscos inerentes às condições do seu ambiente laboral, acompanhada de um conhecimento

técnico sobre as normas técnicas recomendadas pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). Todavia, durante a observação na unidade onde esse trabalhador atuava, não se utilizava qualquer equipamento de proteção individual, assim como também, de lavagens das mãos antes e depois de cada procedimento. Os trabalhadores de saúde alimentavam-se dentro da sala de vacina, os banheiros estavam sem papel higiênico e papel toalha; o sabão utilizado para lavar as mãos era em barra (contra indicado); saco de lixo de supermercado nos baldes, muitos deles sem proteção (destampados), outros não tinham pedal; uso de um único estetoscópio por diversos trabalhadores sem assepsia; sala de procedimento sem maca; e os trabalhadores sem fardamento.

Dados da Assistência Nacional da Vigilância Sanitária – ANVISA informam que 1% a 3% de toneladas de lixo urbano por dia são produzidos por estabelecimentos de saúde, desse total 20 a 25 % representam risco a saúde (BRASIL, 2006c). Cada município precisa criar um Plano de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde (PGSS) e este deve estar disponível também para o trabalhador de saúde.

O trabalhador de saúde precisa conhecer os riscos à saúde aos quais ele, sua comunidade e seu meio ambiente estão se expondo. O Ministério da Saúde (BRASIL, 2006c) estabelece que o lixo hospitalar é constituídos por resíduos potencialmente infectantes (presença de agentes biológicos, sangue), resíduos químicos (medicamentos), resíduos radioativos, resíduos comuns (gaze, luva, gesso, papel), assim como os objetos pérfuro-cortantes (bisturi, agulhas, ampolas, vidro e outros).

No nosso entendimento, as más condições de trabalho também perpassam pelas condições éticas conforme depoimentos 14.

[...] as dificuldades é a estrutura da unidade em relação a medicação, curativo, eu já cheguei a fazer um procedimento de drenagem de um material purulento sem anestésico com consentimento do paciente ele não tinha dinheiro do transporte para vir aqui em baixo para poder fazer, a gente não tinha uma ampola de lidocaína, aí ele pediu 'doutora, pelo amor de Deus, faça para mim porque eu não agüento mais'.
Veja aqui até que ponto nós chegamos para trabalhar (Ent.14 / Grupo I)

Os princípios éticos como benevolência, não maleficência, justiça e autonomia estão presentes no cotidiano dos trabalhadores de saúde e nas suas condições de trabalho. O trabalhador, ao realizar um procedimento fora das condições ideais mesmo com consentimento do usuário, leva-nos a refletir sobre os princípios éticos diante da necessidade

emergente e gritante do alívio da dor do paciente ou das possíveis complicações que essa atitude poderia causar.

Morin (2002, p. 106) traz essa discussão sobre a Ética do gênero humano que comporta a trilogia indivíduo – sociedade – espécie, é o que ele denominou de antropo-ética. A antropo-ética instrui-nos a trabalhar para a humanização da humanidade “(...) desenvolver a Ética da solidariedade, da compreensão e ensinar a ética do gênero humano”. Essa perspectiva da “consciência além da individualidade”, faz-nos compreender um pouco melhor a dimensão das palavras deste trabalhador 14:

Com certeza não me sinto confortável, é aquela velha história que se essas pessoas se não tiver a gente o caminho delas vão ser muito mais complicado, muito mais difícil, **a gente acaba, na verdade, dando aquele velho jeitinho brasileiro**, a não vamos da um jeitinho para tentar fluir melhor, tentar fazer fluir o trabalho, mas na verdade **a gente sabe que não é a melhor postura** que uma vez que o gestor vê, que a unidade está funcionando mesmo em situações adversas, ele acha que aparentemente está tudo tranqüilo, quando na verdade não está [...] (Ent. 14 / Grupo I).

Diante da reflexão do trabalhador sobre sua postura profissional perante a trilogia indivíduo-sociedade-espécie que ora pensa e age além da individualidade, ora angustia-se por não saber se tal ação é “a melhor postura”, vemos que esse é o momento em que o sujeito coletivo confronta consigo mesmo, questiona sobre condições de trabalho apesar dos conflitos e das contradições. Concretamente, esse sujeito reencontra-se com a essência humana, como vemos no seu depoimento a seguir:

Apesar de tudo eu gosto, não me arrependo de nada que tenho feito com relação ao PSF, já fiz algumas besteiras, algumas acho que poderia ter feito de outra forma, acho que a gente acaba é **parando para pensar** que o pouco que **a gente faz ainda é muito para essa pessoas**, e ela são esse feedback para a gente. Uma besteira, uma coisa insignificante, poxa meu Deus **eu mudei a vida daquela pessoa** aquilo ali, às vezes o paciente vai para consulta perguntar uma coisa idiota, idiota virgula, idiota para gente que está no dia a dia; para ela é uma coisa extremamente importante, a gente pode mudar a vida daquela pessoa, né, assim a gente diz “Ah! Eu não quero saber não vou atender, não tem papel não tem água”. Sabe, a depender da situação só se foi uma situação inegociável, na maioria da situação a gente consegue dar um jeito. Não sei se é a melhor saída, mas **até agora a gente ta conseguindo sobreviver** (Ent. 14 / Grupo I).

A realização do trabalhador em saúde diante das condições de trabalho são encontradas no que ele pode fazer pelo outro, pelo paciente, isso talvez supere o sofrimento no trabalho. Mendes e Abrahão (1996) realizaram um estudo numa empresa pública de

telecomunicações e identificaram que o sofrimento no trabalho também se relacionava com o surgimento de dificuldades nas relações com os pares e hierarquia no nível afetivo, político e social. Semelhantemente aconteceu com o entrevistado 14 que reflete sobre sua postura em não trabalhar diante as más condições de trabalho ele diz: “não vou atender, não tem papel não tem água”, mas com a expressão de sofrimento, ele diz que está conseguindo sobreviver.

Na nossa experiência profissional vimos muitos trabalhadores de saúde, principalmente os de escolaridade superior, se submeterem a certas condições precárias de trabalho; porém, assim que encontram um outro trabalho que ofereça melhores condições de trabalho ele opta para aquele sem qualquer sentimento de culpa ou menor receio. Por outro lado, a dor e o sofrimento no trabalho é ter que deixar para trás a construção de um vínculo com seus colegas de trabalho e com a comunidade a sua volta.

Um outro aspecto apontado pelos sujeitos deste estudo que interfere nas condições de trabalho está relacionado à educação permanente. Ao serem questionados sobre o Pólo de Educação Permanente dos 17 entrevistados; apenas um já tinha ouvido falar sobre o assunto, mas não conhecia a proposta.

O município de Cruz das Almas faz parte da microrregião de Santo Antonio de Jesus, e juntamente com outras microrregiões como Santo Amaro, Serrinha, São Félix, Conceição do Coité, Ribeira do Pombal, Catu, Cardeal da Silva, Camaçari, Alagoinhas e Salvador compõem o Pólo da Macroregião Nordeste.

As estratégias a serem priorizadas pelo Pólo Macronordeste abarcam a formação, aprimoramento e capacitação para os trabalhadores do SUS. Em 26 de março de 2004 foi constituída uma comissão para elaborar o projeto de conformação desse Pólo e a condução de Seminários de integração, com discussões e apreciações da proposta preliminar do Pólo da Macronordeste (BAHIA, 2004c).

A comissão foi formada por representantes da Secretaria Municipal de Saúde de Salvador e de Alagoinhas, Universidade Federal da Bahia, Universidade Católica do Salvador, Fundação Bahia para o Desenvolvimento das Ciências, 1ª e 2ª Diretoria Regional de Saúde, Escola de Formação Técnica em Saúde, Escola Estadual de Saúde Pública, Faculdade de Tecnologia e Ciência, e pelo Movimento Popular de Saúde (BAHIA, 2004 c).

Esse mesmo documento explicita que a Agenda Estadual de Saúde, no mesmo ano de implantação do Pólo Macronordeste, apresentava a ausência de espaços formadores de

Recursos Humanos e a implementação de metodologias inovadoras nos processos de educação permanente como desafios a serem superados na Bahia.

Embora haja toda uma conformação do Pólo de Educação Permanente para Cruz das Almas os trabalhadores de saúde entrevistados desconhecem a existência do Pólo e muito menos conhecem suas propostas, conforme depoimentos dos entrevistados 10 e 13.

Nunca ouvi falar. Se existe eu não sei do que você esta falando (Ent. 10 / Grupo I).

E existe isso aqui? Eu não sabia que existia aqui não. Do tempo que estou aqui, só teve um curso muito carente. Olhe, nos outros municípios que eu trabalhei a gente tinha capacitações constantemente, de dois em dois meses, de seis em seis meses. Muito carente aqui, apesar de estar **tão perto de Salvador, eu não sabia que existia esse pólo de educação permanente. Não conheço** (Ent. 13 / Grupo I).

O desconhecimento e a possível falta de articulação do Conselho Gestor do Pólo de Educação Permanente no município de Cruz das Almas podem ser atribuídos à (in)visibilidade desse Pólo para os trabalhadores de Saúde. O Conselho Gestor do Pólo Macronordeste composto de 19 conselheiros, dentre eles o diretor da 31ª Dires, sediada em Cruz das Almas e um representante dos usuários do Conselho Municipal de Saúde da microrregião de Cruz das Almas, tem como uma das suas funções convocar uma plenária ou colegiado de gestão com o objetivo de formular as políticas de educação permanente para a macro região.

Em nossa vivência, como pesquisadora e enfermeira, observamos que muitos conselheiros dos conselhos municipais de saúde não representam as suas entidades ou instituições. Dificilmente vemos um conselheiro que reuniu as propostas de sua instituições ou entidades para levar até o conselho e da mesma forma compartilhar com os demais membros da instituição ou entidade sobre as deliberações do Conselho Municipal que representa.

Segundo Gerschman (2004), poucos conselheiros atribuem ao Conselho o papel de controle social e os conselheiros dos Conselhos Municipais de Saúde exercem uma função de interesses particulares e ainda usufruem dos direitos de cidadania social das comunidades de origem.

Quanto às capacitações aos trabalhadores de saúde da Atenção Básica, o depoimento do entrevistado 13 diverge dos documentos 1, 3 e 4 Relatório da I Conferencia Municipal de Saúde em Cruz das Almas (2007a/doc.1), Relatório de Gestão 2006 (2006b/doc.3), Relatório

de Gestão 2005 (2005a). O Relatório de Gestão 2005 de Cruz das Almas (2005 a /doc.4) informa que no ano de 2005 foram realizadas capacitações para ACS sobre hipertensão, Diabetes, Saúde da Criança, Saúde da Mulher, Saúde Reprodutiva, Saúde Mental, Sistemas de Informação em Saúde; Seminário sobre Queimaduras; Seminários sobre Saúde Bucal; Capacitação em Curativos especiais; Capacitações realizadas na 31ª DIRES.

O Plano Municipal de saúde 2006-2009 (2006a/doc.2) traz como ação importante para o recursos humanos a capacitação em vacina para todos os enfermeiros e técnicos de enfermagem da atenção básica. *O Relatório da I Conferência Municipal de Saúde em Cruz das Almas 2007* (2007a /doc.1), cita como avanço nas condições de trabalho a proposta de capacitação dos recursos humanos, seja na área técnica ou na humanização do atendimento. Por outro lado, não encontramos registro sobre ações desenvolvidas de educação permanente em 2006 e nenhum dos entrevistados fez menção a treinamentos em 2007, exceto o representante sindical que disse:

[...] o máximo que o Recurso Humano já fez, pelo menos oito meses que estou aqui no IPER, o máximo que fez foi algumas palestras sobre stress, qualidade de vida, uma psicóloga veio em uma ocasião fazer uma palestra, mas a quantidade de servidores que tinha foi tão mínima que eles não tem nem interesse, a verdade é essa, certo, muitos deles não tem interesse, nem em participar (Ent. 18 / Grupo II).

Durante a observação da dinâmica da Secretaria de Saúde de Cruz das Almas, percebemos que no setor de Recursos Humanos não há uma política municipal de recursos humanos, que o setor de RH da Secretaria de Saúde, naquele momento, era meramente figurativo, com atribuições de arquivar documentos e digitar contratos, e as demais atribuições ficariam sob responsabilidade do RH da prefeitura.

Todavia, um avanço nas condições de trabalho para os trabalhadores de saúde da Atenção Básica de Cruz das Almas é que o Gestor Municipal de Saúde tem se preocupado com a educação permanente conforme o depoimento do entrevistado 17.

[...] Educação permanente a gente teve reunião aos uns quinze dias e a secretaria de saúde solicitou um processo de educação permanente até mesmo o próprio entre os próprios coordenadores [...] eu vejo sempre tendo capacitações de enfermeiros, sempre tendo capacitações de médico, e nunca teve capacitação para dentista, ou técnico de higiene bucal, ou ACD, mas é uma coisa que acho que foge até da ossada dela [secretária de saúde], por que deveria ser uma coisa vinda do estado, e não vejo o estado atuando no município, fazendo palestra, o que eu vejo alguma coisa relacionado a odontologia é no conselho em Salvador (Ent. 17 / Grupo II).

Barreto Junior e Silva (2004) afirmam que a principal atribuição do gestor estadual é articular os sistemas municipais, articular as redes. Entretanto, questionamos se essas atribuições vêm sendo desenvolvidas, já que as Diretorias Regionais deixaram de atuar na Atenção Básica e que as regionais não conseguem compreender suas atribuições no âmbito de condições de trabalho. O Pólo de Educação Permanente Macronordeste não tem tido visibilidade; as Unidades da Atenção Básica de Cruz das Almas vêm funcionando em situações adversas de trabalho, as unidades visitadas sem alvará sanitário de funcionamento. Onde está a atuação da Dires como articuladora de sistemas municipais, de rede de co-gestão, de rede de debates, de rede de construção de Cidadania na qual trabalhadores de saúde possam se apoiar, em sua regional, para assessorar e estudar caminhos para consolidação de uma Política de Recursos Humano Municipal voltado para o empoderamento do trabalhador frente às condições de trabalho e saúde?

6 (DES)PRECARIZAÇÃO DO TRABALHO NO SUS: “que direitos?”.

No Brasil, de acordo com o Ministério da Saúde (BRASIL, 2007b), até 2006 já haviam sido implantadas 26.729 Equipes de Saúde da Família (ESF) e 15.086 Equipes de saúde Bucal (ESB), tendo um total de 219.492 Agentes Comunitários de Saúde.

Assim, a Atenção Básica representa a ampliação de novas vagas de emprego para serviços gerais, recepcionistas, técnicos de enfermagem e higiene bucal, enfermeiros, médicos, cirurgião dentista, agente comunitários de saúde, dentre outros, destacadas a seguir na Figura 3.

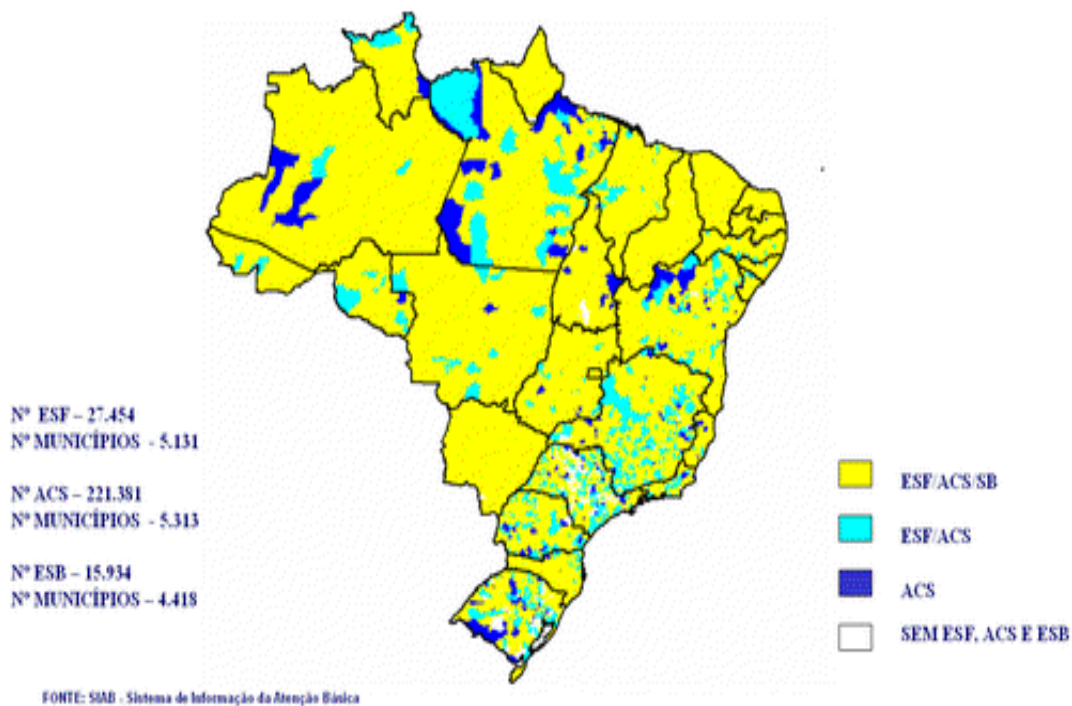


FIGURA 3 Situação de Implantação de Equipes de Saúde da Família, Saúde Bucal e Agentes Comunitários de Saúde, BRASIL, jul. /2007

Como podemos ver, no Brasil ainda existe localidades sem ESF/ACS/ESB, mas, em contrapartida, em todos os estados e capitais brasileira há presença da tríade ESF/ACS/ESB, totalizando, até julho de 2007, 27.454 ESF, 221.381 Agentes Comunitários de Saúde e 15.934 ESB (BRASIL, 2007j).

Contudo, mesmo com a ampliação de Recursos Humanos na Atenção Básica, o processo admissional desses trabalhadores tem se caracterizado pela sua precarização, isso

porque o SUS vem se estruturando e expandindo-se nos municípios nas diversas formas de contratação de trabalhadores. “Em 2002, segundo o Ministério da Saúde (BRASIL, 2006b, p.15), chegou-se a mais de 1 milhão de empregos, sendo que 66,3% são de responsabilidade municipal”. Em compensação, de acordo com o Ministério de Trabalho e Emprego (MTE), no Brasil, em 2004, havia quase 20 milhões de empregados sem carteira assinada, na Bahia mais de 1 milhão, e em Salvador 365.842 pessoas; o que representa o 4º lugar entre as seis regiões metropolitanas do país (BRASIL, 2007a).

Por outro lado, o Ministério da Saúde (BRASIL, 2006b, p.17) argumenta que o trabalho precário, segundo as entidades sindicais, “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”.

Nessa direção, a precarização do trabalho, neste estudo, perpassa por questões de vínculo trabalhistas, admissão, plano de carreira cargos e salários, direitos trabalhistas e sindicais, discutidos a seguir.

6.1 TRABALHADOR DO SUS NA ATENÇÃO BÁSICA NO MUNICÍPIO DE CRUZ DAS ALMAS / BA: formas de admissão e vínculo empregatício

Várias são as formas de admissão e vínculo do trabalhador, entretanto, os únicos que garantem proteção social são os estatutários e o celetista. Para entendermos um pouco mais sobre o assunto é necessário esclarecermos que no município de Cruz das Almas atualmente (setembro 2007) há três formas de admissão do trabalhador de saúde da Atenção Básica: concurso público, contrato temporário e cargos nomeados pelas autoridades para o exercício dos cargos comissionados.

Martins (2002, p.19) conceitua o Contrato de Trabalho por tempo determinado como “o pacto dependente de termo certo, da execução de serviços especializados ou de acontecimentos suscetíveis de previsão aproximada”. Conforme esse autor, o Contrato de Trabalho por tempo determinado foi aprovado pela Lei Federal 9.601/98, segundo o qual, os direitos dos empregados são regidos pela Consolidação das Leis Trabalhistas (CLT) e legislação especial; com duração no máximo de dois anos e não pode ser aplicado a funcionários públicos.

Nesse sentido, em 25 de maio de 2007, o Prefeito Municipal de Cruz das Almas, através da Secretaria Municipal de Saúde, torna público a abertura do *Processo Seletivo Simplificado para contratação de Pessoal por tempo determinado para atender a necessidade Temporária* (2007b/doc.5), a disposição de vagas, carga horária, salário e habilitação para profissionais de saúde que atuarão na média complexidade e Atenção Básica.

Martins (2002, p.21) ainda comenta que a CLT precisa ser modernizada porque, em certos aspectos, é ultrapassada; e que a Lei do Contrato de Trabalho por Tempo Determinado “é positiva no sentido de permitir maior flexibilização das relações trabalhistas, de modo a adaptar-se à atual realidade do mercado de trabalho, dando respaldo legal às contratações de empregados e diminuição de encargos sociais.”.

Será realmente “positiva” essa Lei de Contratação? Será que a Lei realmente deve adaptar-se ao mercado neoliberal excludente? Prestigiar a necessidade menor de intervenção do Estado nas relações trabalhistas seria a melhor opção para o trabalhador?

Pochmann (2007, p.197) afirma que, com a implantação das reformas neoliberais no Brasil, constatou-se o aparecimento do dessalariamento e a geração de postos de trabalhos precários. “Entre 1989 e 1990 a quantidade de desempregados ampliou de 1,8 milhão para 7,6 milhões (...) e 3,2 milhões de trabalhadores assalariados perderam o emprego”.

O dessalariamento e a geração de postos de trabalhos precários também é notório no município de Cruz das Almas, no qual os Trabalhadores de Saúde da Atenção Básica submetem-se às mais adversas condições de trabalho, que compreendem desde os aspectos sociais até os direitos trabalhistas.

A lei nº 10.507, de 10 de julho de 2002 (BRASIL, 2007b/ Doc.5), ao criar o trabalho de Agente Comunitário de saúde (ACS) diz no art. 4º que esse trabalhador prestará os seus serviços ao gestor local do SUS, mediante vínculo direto ou indireto. Entretanto, com a Lei Federal nº 11.350 /06 (BRASIL, 2007c / Doc. 8), os ACS conquistaram a efetivação da regulamentação do seu vínculo empregatício, vetando-se a contratação temporária e a utilização da terceirização de serviços. A Lei estabelece que os ACS e os Agentes de Combate a Endemias (ACE) devem ser contratados pelo município ou por regime estatutário ou celetista, a depender da lei municipal. Essas conquistas são resultados da mobilização e organização social da categoria em prol da desprecarização dos seus vínculos de trabalho.

Concretamente, esta Lei Federal nº 11.350 (BRASIL, 2007c/Doc.8), conforme depoimento do entrevistado 5, encontrava-se em processo de regulamentação, apesar da admissão desses trabalhadores terem sido um exame de seleção e não concurso:

[...] tá sendo considerado o **processo seletivo**, hoje tá sendo considerado como concurso. Hoje o Agente Comunitário pra poder ser admitido pelo gestor tem que passar pelo concurso, um concurso seletivo (Ent.5 / Grupo I).

A lei nº 11.350 de 05 de outubro de 2006 (BRASIL, 2007c /Doc.8) regulamenta a Emenda Constitucional nº 51 / 2006, e assim, cada município deverá aprovar uma Lei Municipal para a criação de cargos ou empregos públicos como os ACS e os ACE. Caso eles tenham feito uma seleção pública, ficarão isentos de prestar nova seleção, se o município comprová-la. O depoimento do entrevistado 5, descreve como será a seleção para esses novos agentes de saúde (ACS / ACE).

[...] Ele vai ter que prestar um concurso seletivo, vai ser aberto para todo mundo inscrito e vai passar por todos os processos de treinamento que todos nós passamos. Eu acho interessante, porque **já houve município em que o Agente Comunitário era um cargo político, alguém tinha que indicar**. Alguém indicava alguém da comunidade para trabalhar ali como Agente Comunitário. Hoje não, hoje é praticamente impossível que se faça isso (Ent. 5 / Grupo I).

O entrevistado 5 relata à realidade de diversos municípios brasileiros que têm como “cabide eleitoral” a promessa de emprego, gerando um círculo vicioso de troca de favores. A regulamentação da Lei Federal 11.350 objetiva a desprecarização do trabalho do ACS/ACE e dos trabalhadores que estejam vivenciando o processo de precarização do vínculo emancipando o círculo sujeito-eleitor-trabalhador.

O Edital de Concurso Público 01/205, (até então o último realizado em Cruz das Almas foi em 2005), (2005b / Doc.6), disponibilizou as seguintes vagas para os trabalhadores de saúde: 40 vagas para técnico de enfermagem; quatro (04) para técnico de higiene dentária; cinco (05) para cirurgião dentista; quatro (04) para enfermeiro de Saúde Pública; quatro (04) para médico clínico; e dois (02) para psicólogos. Disponibilizaram ainda para saúde e as demais secretarias da prefeitura 20 vagas para agentes administrativos, 30 vagas para agente de vigilância e 13 para motorista de veículos leves.

Após dois anos, a Prefeitura de Cruz das Almas abriu um processo seletivo simplificado por tempo determinado através do (Edital 001/2007) (2007b/Doc.5) realizado em

2007 no qual disponibilizou as seguintes vagas para os trabalhadores de saúde da Atenção Básica: onze (11) para enfermeiros do PSF / PACS, um (01) enfermeiro psiquiatria, oito (08) para médicos do PSF, três (03) para dentistas do PSF, um (01) psicólogo para o CAPS.

A seguir apresentamos um quadro comparativo sobre a disponibilidade de vagas, carga horária e oferta de salários nessas duas modalidades de admissão e vínculo empregatício.

QUADRO 7 Disponibilidade de Vagas, Carga Horária e Oferta de Salários nas Duas Modalidades de Admissão e Vínculo, em Cruz das Almas, BA. nov. 2007.

CARGO	CH ¹	CH ²	VG ¹	VG ²	SALÁRIO ¹	SALÁRIO ²
Enfermeiro (Saúde Pública)	20h	40h	04	11	710,00	3.000,00
Médico Clínico	20h	40h	04	08	400,00	6.350,00
Dentista	20h	40h	05	03	800,00	3.000,00
Psicólogo	20h	40h	02	01	710,00	2.000,00

Legenda: CH¹ = Carga Horária do Concurso; CH²= Carga Horária da Seleção; VG¹ = Vagas disponibilizadas no concurso; VG²= vagas disponibilizadas na seleção; SALÁRIO¹ = salário do concurso; SALÁRIO² = salário da seleção.

Neste quadro 7 é notório que o salário da seleção é muito mais atrativo comparado com do concurso, embora a carga horária seja o dobro ainda assim é mais vantajoso. As vagas para seleção são maiores que para o concurso. Esse panorama não é só característico de Cruz das Almas, mas de muitos municípios brasileiros, onde a precarização do trabalho é metamorfoseada nas perdas ou retrocesso de certos direitos sociais e previdenciários.

Ao questionarmos sobre os seus direitos trabalhistas, o entrevistado 10 apontou o seguinte:

Que direitos? Eu nunca ouvir falar disso aqui no PSF. Eu assinei um contrato de prestação de serviço, não existe direito trabalhista, deveria existir pelo que eu vi do formato original do problema no site do ministério da saúde, mas na prática não existe. O contrato de prestação de serviço é muito frágil, eu não tenho garantia nenhuma e a qualquer momento que qualquer pessoa e a pessoa da secretaria quiser ou achar por bem pode me dispensar sem eu ter direito a absolutamente nada [...] Mas eu estou num contexto social de uma realidade, tá tudo errado e não é só aqui não adianta remar contra maré, é complicado, a gente fica meio chateado e insatisfeito. Mas só tem essa opção... (silêncio) (Ent. 10 / Grupo I).

O entrevistado 10 nega a existência de direitos trabalhistas na forma de admissão à qual ele foi submetido. Diante da fragilidade do vínculo trabalhista notamos a descrença do trabalhador de saúde numa possível mudança, seja através da luta social ou de outras alternativas, porque ele expressa um sentimento de insatisfação, mas também de conformidade quando afirma “não adianta remar contra a maré”.

O depoimento do entrevistado 18 converge com o segundo depoimento do entrevistado 5 em relação à fragilidade do vínculo trabalhista, caracterizado pela presença de contratações no círculo sujeito-eleitor-trabalhador, e ao mesmo tempo revela um descumprimento da Lei Federal 11.350 / 2006 (BRASIL, 2007 c/Doc.8) e a Emenda Constitucional Nº 51 / 2006 que obriga a criação de uma lei municipal que regularmente cargo ou empregos públicos para os ACS / ACE.

[...] Então, o que normalmente acontece é isso, **existe um concurso público**, né?, cada um presta a sua prova, e os que passaram no concurso aguardam à convocação, né?, então, vai por ordem de classificação. **Agora não deixa de ter contratos também, na área de saúde principalmente [...]** Esses contratos são no período máximo de 1 ano [...] **pra ser franca, pelo que eu vejo, por indicação. Não existe assim um processo seletivo, entendeu?** [...] sim contratações, às vezes **nem há tanta necessidade, mas por motivos eleitorais**, né? Existem essas contratações (Ent. 18 / Grupo II).

O entrevistado 18 ratifica a formas de admissão do município, dentre elas estão o concurso público e a contratação. Por outro lado, a EC nº 191 / 998 (BRASIL, 2007d) no artigo 37, Inciso IX, afirma: “a lei estabelecerá os casos de contratação por tempo determinado para atender a necessidade temporária de excepcional interesse público”. Nessa perspectiva, é preciso que a comunidade e, em particular, o Conselho Municipal de Saúde fiquem atentos para defender os interesses dos cidadãos enquanto trabalhador de saúde, e não os interesses meramente político-eleitor.

Quando nos referimos ao interesse político-eleitor ele é compreendido como a troca de favores entre o empregador e o empregado. O empregador pode ser o político, o gestor, o possível candidato à eleição, enquanto que o empregado é o sujeito que estabelece ligação emocional, moral com o empregador, empenhando sua palavra, o voto individual, coletivo e familiar em troca de emprego, “biscate”, trabalho, um serviço, uma fonte de renda.

No decreto de Lei nº 5.452, de 1º de maio de 1943 (BRASIL, 2007e), referente ao regime da CLT no *caput* do art.442, “o contrato individual de trabalho é o acordo tácito ou expresso, correspondente à relação de emprego”.

Há também o regime de contrato temporário; criado para suprir uma demanda emergencial no mercado neoliberal; para a classe de trabalhadores temporária tem sido cada vez mais presente no cotidiano dos serviços de saúde, desde trabalhadores com escolaridade elementar até universitários.

Até junho de 2007, levantamos na Secretaria Municipal de Cruz das Almas a distribuição dos seus Recursos Humanos (RH), que soma um total de 200 trabalhadores. Desses, 56 deles são contratados para prestação de serviço na Atenção Básica sem qualquer tipo de vínculo empregatício, configurando-se um dos aspectos da precarização do trabalhador de saúde no município estudado.

Um novo regime de trabalho temporário foi aprovado em 25 de maio de 2007, com a Lei nº 19, mas diferencia-se ao explicitar que no contrato de trabalho deve ter escritos os riscos profissionais; proíbe a sucessão de contratados; a fixação dos trabalhadores deve ser no máximo de dois anos para o contrato de utilização; a realização dos exames admissionais, periódicos e ocasionais ficam sob a responsabilidade do empregador; e o contratante deverá assegurar formação profissional desse trabalhador temporário (BRASIL, 2007f).

O Modelo de contrato de prestação de serviço do Trabalhador de Saúde de Cruz das Almas (2007c/Doc.7) é ilustrado com o número de contrato, os dados de identificação do contratante e contratado, e a Lei 8666 / 93 e a Portaria 648 / GM que subsidiam o contrato. Entretanto, ressaltamos em que em nenhum momento do contrato, seja no texto ou em anexo, seguem explicações ou esclarecimentos sob tal Lei ou Portaria. As demais cláusulas do contrato referem ao preço, prazo, fiscalização, recebimento, valor, dotação orçamentária e empenho, e por último, os aspectos referentes à rescisão de contrato. Observamos que o documento, até o momento, não atende às regulamentações do novo regime temporário de trabalho que entrou em vigor em junho de 2007.

A portaria 648 / GM / 28/03/2006 (BRASIL, 2007g) aprova a Política Nacional de Atenção Básica e estabelece revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o PSF e PACS. Esta portaria trata das responsabilidades de cada esfera do governo quanto à Atenção Básica, da infra-estrutura e dos recursos necessários, do financiamento e do processo de trabalho das equipes da Atenção Básica, das atribuições da equipe e de cada profissional das equipes de saúde bucal, saúde da família e ACS (BRASIL, 2007g).

Já a Lei Nº 8.666 de 21/6/93 (BRASIL, 2007h) estabelece normas gerais sobre licitações e contratos administrativos pertinentes a obras, serviços, inclusive de publicidade, compras, alienações e locações no âmbito dos Poderes da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios. Quanto à espécie de contrato administrativo, pode ser contrato de obras, contrato de serviços, contrato de fornecimento, contrato de concessão.

Os contratos de serviços são aqueles que visam a atividade destinada a obter determinada utilidade concreta de interesse para Administração, como por exemplo, treinamento e aperfeiçoamento de pessoal, assessoria técnica e auditorias financeiras (BRASIL, 2007h, p. 28). Não visualizamos, nessa modalidade de contrato, os serviços desenvolvidos pelos trabalhadores da Atenção Básica conforme pontuado na Portaria 648/GM / 28/03/2006 (BRASIL, 2007g), do mesmo modo vimos que esses trabalhadores desconhecem seus direitos trabalhistas.

Nesta perspectiva, os depoentes 2 e 16 vêm reforçar que eles não têm direitos por ser prestadores de serviço/contrato.

Férias, 13º salário, eles alegam que como a gente é prestação de serviço, não tem esses direitos, aí eles ficam nessa, eles dizem que não tem, a gente tenta conversar sem conseguir, e é ruim. Por exemplo, eu já tenho dez anos trabalhando, nessa área [...], tem dez anos trabalhando, dez anos com as mesmas respostas, prestação de serviço não tem direito (Ent 2 / Grupo I).

[...] no PSF, por ser contratado, a gente não tem muitos direitos trabalhistas, o que a gente tem aqui é o salário base que vem com desconto, não temos folgas, férias, essa coisa toda [...] Em relações aos nossos direitos, nós nem sabemos quais são todos os nossos direitos, mas, assim, de alguns que a gente tem conhecimento. Eu fico um pouco triste porque a gente sabe que a gente tem os direitos que ainda não nos dão (Ent.16 / grupo I).

O entrevistado 2 afirma que não tem direito trabalhistas por ser prestador de serviço e também porque “eles [SMS] dizem que não tem”, a mesma constatação é com a explicitada pelo entrevistado 16, que tem a condição de regime de trabalho na forma de contrato de trabalho, caracterizado como não detentor de direitos trabalhistas. Mas será que os trabalhadores de saúde de Cruz das Almas conhecem seus direitos trabalhistas? Vejamos os depoimentos a seguir:

Eu acredito que eu sou pouco leigo sobre de quanto eu tenho direito. Eu acho que na formação da gente deveríamos ser mais abordado, eu não sei até aonde eu tenho direito apesar de ser contratado [...] (Ent. 13 / Grupo I).

[...] em relações aos nossos direitos **nós nem sabemos quais são** todos os nossos direitos, mas assim, de alguns que a gente tem conhecimento. Eu fico um pouco triste porque a gente sabe que a gente tem os direitos que ainda não nos dão [...] (Ent.16 / Grupo I).

Os entrevistados 13 e 16 demonstram desconhecimento sobre os seus direitos trabalhistas. Todavia, tanto aos trabalhadores de cargos comissionados quanto aos trabalhadores de regime especial de trabalho são assegurados os direitos e as vantagens pelo Regime Geral de Previdência Social, com os que garantem direitos similares ao da CLT (NOGUEIRA; BARALDI e RODRIGUES 2004). O entrevistado 2, revela essa realidade vivenciada pelos entrevistados 13 e 16, ao abordar que, além de não conhecer os seus direitos, “fica de mãos atadas pra tentar lutar contra isso”.

A gente não sabe nem para onde lutar, porque lá na lei prestação de serviço, não tem direito, tudo escrito, a gente fica de mãos atadas pra tentar lutar contra isso aí, **a gente sempre senta, conversa**, mas não temos isso aí, infelizmente (ENT 2 / Grupo I).

Diante desse contexto, consideramos que a fragilidade do vínculo também perpassa pela falta de mobilização política, pelo desconhecimento dos conhecimentos e o posicionamento cordato frente à precarização do trabalho não apenas desses trabalhadores de saúde no município estudado, mas também presente em muitos trabalhadores brasileiros.

Por outro lado, o entrevistado 18, uma das lideranças sindicais, ratifica a ausência de direitos para os contratados:

Os contratados, é como eu te disse, **eles não tem direitos a nada disso** certo?, só aquele contrato num período determinado de um ano. Que poderá ser ou não ser renovado, ser renovado é bater um novo contrato, e aquilo que eu tinha te dito, não tem direito por lei, nem a décimo, nem a férias (Ent.18 / Grupo II).

Assim, tanto os trabalhadores de saúde como a liderança sindical entendem que não há direitos trabalhistas para os trabalhadores contratados. Em parte eles têm razão pois “os direitos de um trabalhador celetista contratado sem concurso não podem ser argüidos em tribunal, porque o contrato que lhe deu acesso ao serviço público é juridicamente nulo” (NOGUEIRA; BARALDI e RODRIGUES, 2004, p.92). Contudo, as autoras complementam que todos os trabalhadores de cargo público têm direito ao décimo terceiro salário, ao salário família para os dependentes, à remuneração de serviços extraordinários, ao gozo de férias remunerados, à licença de gestante, ao adicional de remuneração para atividades insalubres.

No entanto, é preciso que esses trabalhadores se mobilizem, se organizem e se instrumentalizem no reconhecimento dos seus direitos trabalhistas, uma vez que não podemos retroceder as questões da CLT e do SUS.

Diante a nulidade jurídica do contrato irregular, mais o desconhecimento dos direitos trabalhistas, os depoimentos dos entrevistados 2 e 3 trazem um novo enfoque da precarização do trabalho, a insegurança.

[...] **sem vínculo nenhum** mesmo, ele com a gente e a gente com o município. Isso é horrível! Péssimo! É triste demais, **é uma insegurança**, é ruim, a gente gostaria de estabilidade, um local para trabalhar melhor (Ent. 2 / grupo I).

Quando a gente assina o contrato eles dizem assim, “oh! o contrato é de um ano, mas a gente pode colocar você para fora a qualquer momento”. Aí eu me **sinto muito inseguro, eu fico querendo, assim, fazer um empréstimo, fazer um financiamento**, mas, quando eu penso que eles dizem que a gente pode ser colocado para fora a qualquer momento, eu penso duas vezes antes de fazer (Ent. 3 / Grupo I).

A falta de vínculo gerando insegurança no trabalho, é mencionado associado a sentimentos de tristeza referidos pelos entrevistados 2 e 3, também e complementado pelo mesmo entrevistado 3, uma vez que interfere nos seus projetos de vida no momento que diz pensar duas vezes antes de fazer algum empréstimo.

Ainda sobre a questão da admissão do trabalhador de saúde da Atenção Básica no município de Cruz das Almas / BA, o entrevistado 17 afirma que a

[...] seleção simplificada para os prestadores de serviço 40 horas. De acordo com a necessidade de contratação a gente vai chamando ou para vinte ou para quarenta horas, para PSF é de 40 horas e às 20 horas só para ambulatório ou para carro móvel. No início quando foram feitos os contratos no início de 2005 nessa gestão foram feitos por nomeação, então a gente enviou os currículos, foram feitas análises e chamado por essa seleção curricular, então teve algumas leis alguns probleminhas aí por contratação e teve que regularizar todo mundo; aí, esses nomeados **tiveram que fazer parte do processo simplificado foram exonerados e recontratados pelo concurso simplificado** [...] (Ent. 17 / Grupo II).

A seleção simplificada é o mesmo que processo seletivo simplificado por tempo determinado já explicitado anteriormente. Trata-se de uma forma de contratação de precarização do trabalho. Durante a observação de campo, nos dias próximos a “seleção simplificada”, observamos a inquietação e até mesmo uma aparente angústia de alguns trabalhadores da rede municipal de saúde sobre a seleção em si, sobre os critérios de avaliação, tipo de pagamento da inscrição (informaram que teriam que doar 15 quilos de

alimentos não perecíveis), quem seriam os examinadores da seleção, qual seria a situação dos trabalhadores, caso não fossem aprovados na seleção, os sentimentos de descontentamento e outros.

No depoimento do entrevistado 8 ele relata o processo de realização da seleção simplificada.

[...] para regular a situação dos profissionais que estavam trabalhando, abriram as inscrições do concurso, não foi só para as pessoas que estavam trabalhando, a gente fez este concurso, vieram pessoas de outros lugares, pessoas que trabalhavam no conselho regional de saúde, e fez uma entrevista com a gente e além disso a gente também apresentou a documentação, o currículo que foi pontuado pra se ter uma classificação e dessa classificação é aqueles que atingiram a classificação dentro das vagas continuaram, entendeu? Eu fui uma das pessoas que continuaram [...] as inscrições, elas foram abertas, colocadas no Rádio [...] para qualquer pessoas que estivesse capacitado pra assumir o cargo [...] foi feito pra médicos e enfermeiros de PSF (Ent.8 / Grupo I).

Para assegurar a transparência e a democracia em um processo simplificado é necessário um edital com algumas informações básicas como: nome do órgão responsável pela seleção, as leis, os decretos que fundamentam o processo seletivo, o período, local e hora das inscrições, o número de vagas oferecidas, os documentos necessários, a taxa de inscrição, como será o processo de seleção, (em Cruz das Almas foi entrevista e análise de currículo) e divulgação do resultado com a classificação.

Segundo o entrevistado 8, a seleção simplificada seria tanto para “regular a situação dos profissionais, que estavam já trabalhando no SMS, como também para as pessoas de outros lugares”. Entretanto, nada de concreto sobre os direitos trabalhistas foram assegurados até o instante.

[...] recentemente fizemos um concurso, o REDA, o município resolveu fazer um concurso para profissionais porque foi passado pra gente que teriam que fazer uma regularização do município pensando nisso, no município foi feito o REDA pra resolver essa questão. Não a questão de nós profissionais, o que foi passado pra gente que nós teríamos benefícios para isso, inclusive nós chegamos a questionar que se uma vez era concurso, nós teríamos direito a férias, a décimo terceiro e outras vantagens trabalhistas e ninguém sabia responder e ficou subtendido que ficaria como estava, ficou tudo bem aberto, não ficou nada concreto e subtendeu-se que não teria nada mesmo (Ent. 15 / Grupo I).

A admissão dos trabalhadores de saúde realizada na SMS, em julho de 2007, foi realizada conforme descrevemos nos parágrafos anteriores, entretanto, cada entrevistado chama esta forma de admissão de uma forma, ora chama de “seleção simplificada”

(entrevistado 17), ora de “concurso” (entrevistado 8), ora de “um concurso, o REDA” (entrevistado 15). Todos eles estão falando da mesma coisa, porém com terminologias diferentes. Com isso notamos que os trabalhadores de saúde da Atenção Básica além de desconhecerem seus direitos, desconhecem as formas de admissão que garantem esses direitos.

O depoimento do entrevistado 15 está de acordo com o do entrevistado 8, sobre a “regularização”, mas não é a regularização dos direitos de trabalho, e sim de uma regularização junto ao Tribunal de Contas do município diante da exigência impostas ao município pela Lei de Responsabilidade Fiscal.

Estudo realizado por Girardi e Carvalho (2003, p.184), sobre a contratação e qualidade do emprego no PSF, retrata que a flexibilização é o primeiro motivo citado pelos municípios para a adoção de formas precárias de contratação de profissionais. Neste sentido, “as restrições impostas pela Lei de Responsabilidade Fiscal são apontadas por 54% dos entrevistados. Menores custos e problemas de instabilidade no financiamento do PSF são citados por 37% e 35% dos municípios”.

A Lei nº 101 de Responsabilidade Fiscal, 04 de maio de 2000 (BRASIL, 2007i), estabelece normas de finanças públicas voltadas para a responsabilidade na gestão fiscal. No seu artigo 19 refere que a despesa total com pessoal não poderá exceder o percentual de 60% da receita corrente líquida. Se a despesa total com pessoal exceder a 95% do limite são vedados a criação de cargo, emprego ou função; provimento de cargo público, admissão ou contratação de pessoal a qualquer título.

A precarização do trabalho perpassa por questões como o desconhecimento das “leis que regem o seu próprio ambiente de trabalho”, conforme veremos no depoimento a seguir:

[...] **A gente entende muito pouco**, então como eu te falei a gente fez um ‘concurso do REDA’, então, se você me perguntar se eu tenho direito a 13º salário, férias, eu vou te dizer que eu não sei. **Mas eu não sei porque eu não procurei saber, eu já procurei aqui, as pessoas que organizaram, a Secretaria de Saúde, as pessoas não sabem, ou querem dizer eu não sei [...]. Então se você me perguntar se eu tenho algum tipo de direito diferente que eu tinha como contratado, que ainda sou contratado nessa transição, eu não sei te dizer, sinceramente não sei.** É lamentável porque você **como brasileiro, como cidadão, você desconhece as leis que regem o seu próprio ambiente de trabalho.** Isso é horrível...! (risos) (ENT 15 / Grupo I).

Para Meio (2007), a cidadania é o exercício pleno dos direitos e deveres dos trabalhadores num contexto onde os mesmos direitos e deveres são garantidos e respeitados.

Conhecer e exercer seus direitos de trabalho é um ato de cidadania que todo trabalhador precisa desenvolver. Mas, o que fazer quando um trabalhador busca respostas aos seus direitos e não as encontram? Como o trabalhador poderá se defender dos efeitos deletérios do capitalismo neoliberal?

Um das estratégias e, ao nosso ver a participação social, que vem como efeito “rebote” ao desemprego e à despreciação do trabalho. Segundo Pochmann (2007), nos anos 1990 houve uma desaceleração na sindicalização, sendo completado por Ramalho e Santana (2004) ao afirmarem que no quadro geral da ação e organização dos trabalhadores o processo de contratação acaba enfraquecendo as práticas e ações coletivas, “minando” o poder sindical.

Ainda, tratando do vínculo trabalhista e a admissão por contrato ou seleção simplificada, o entrevistado 1 afirma que

[...] quando a gente leu o edital tinha inscrito o seguinte: **esse contrato pode ser rompido por ambas as partes em qualquer momento em qualquer tempo**. Então pra gente não é uma garantia. [...] Enquanto profissional **a gente não tem décimo terceiro, a gente não tem férias remunerada. O que a gente tem realmente é um descanso de quinze dias no final do ano e mais quinze quando a gente precisar** [...] (Ent.1/ Grupo 1).

O direito cabível ao trabalhador depende do tipo de vínculo empregatício que ele tem. Atualmente, tanto o trabalhador estatutário quanto o trabalhador CLT têm garantia de insalubridade, de décimo terceiro salário, de salário-família, de férias anuais, de licença maternidade, dentre outros; porém, os celetistas têm incorporado a tais direitos, o seguro desemprego, o fundo de garantia e o aviso prévio. Divergindo dos depoimentos até o momento apresentados os entrevistados 7 e 9 afirmam ter os direitos trabalhistas assegurados no entanto, eles são estatutários.

[...] Eu **tenho todos os direitos**, tenho licença prêmio, tenho licença maternidade, férias, falar em direito é o direito normal que todo mundo tem, eu também tenho. Tenho licença maternidade, todo mundo deve ter, licença maternidade, a férias. Eu acho que é um direito que todo mundo tem, é trabalhador, deve ter. É obrigatório, férias licença maternidade, né? (Ent.7 / Grupo I).

Temos direitos não tenho que reclamar, só a licença, só o problema é licença prêmio que as **vezes as pessoas não dão, seguram um pouquinho**, não sei se faltam material humano ou não sei porque eles não dão (Ent. 9 / Grupo I).

Apesar de desses entrevistados afirmarem que todo o trabalhador deveria ter os seus direitos e que eles não têm do que reclamarem, um deles, (Ent.7), cita que um dos problemas é o gozo da licença prêmio, posicionando-se diferente, porque, mesmo tendo os seus direitos, nem sempre podem usufruir-los do seu momento do seu desejo.

Por outro lado, o entrevistado 17, o gestor de saúde, sente-se na responsabilidade de responder às expectativas do trabalhador de saúde, mas fica na dependência da micro-política do poder que o cerca, em particular, a questão salarial.

[...] **Ficam me cobrando e eu fico sem poder fazer nada com a situação.** Quando é questionado com o prefeito, com o Secretário de Saúde é sempre a mesma resposta que a Secretaria esta sempre sem recurso necessário para fazer aumento e que a folha de pagamento é muito grande e que infelizmente não vai poder ser repassado esse aumento[...] (Ent.17/ Grupo II)

Segundo Testa (1995, p. 45), “o espaço da forma de poder e de decisão pode ser considerado como virtual em um extremo da escala de distribuição e como real, no outro”. A “cobrança” dos trabalhadores para esse gestor de saúde perpassa pelo espaço de poder, onde a vontade e a decisão segundo o autor são, permeados por questões complexas como autonomia e financiamento.

Em outra perspectiva, o entrevistado 18 argumenta sobre a precarização do trabalho com a defasagem do salário.

[...]quando eu fiz o concurso público foi ano de 1995. Na época só existia uma vaga para esse cargo que eu fiz no edital do concurso que eu iria receber o correspondente a três salários mínimos hoje está quase um salário mínimo. Foi defasando durante estes anos todos.[...] então existe uma insatisfação muito grande dos servidores concursados por conta disso (Ent.18 / Grupo II).

No município de Cruz das Almas / BA a defasagem do salário base dos trabalhadores municipais vem ao longo dos anos desencadeando um sentimento de insatisfação entre os trabalhadores de saúde, o que fragiliza ainda mais o vínculo de trabalho na perspectiva da perda do direito. Até porque, a realidade local sobre o PCCS do SUS ainda é incipiente, com uma desarticulação de unificação e desenvolvimento da carreira profissional. No entanto, Apesar da luta do sindicato, não foram constatados avanços ao que se pleiteavam, conforme apresentado na fala do entrevistado 9:

O que a gente ganha hoje deixa a desejar, deveria ter uma remuneração bem melhor [...] o Plano de Carreira Cargos e Salários talvez até ajude [...]. **Eu mesmo vi que o Sindicato buscou, mas segundo o que colocaram para gente é que fizeram um Plano de Cargos e Salários diferente do que o sindicato pleiteava e aí foi deixado pra lá, acabou esquecendo e até hoje continua no esquecimento [...] eu me sinto triste, e pouco, assim ressentida, muito calcificada.** Porque o outro tem o mesmo nível, faz praticamente o mesmo tipo serviço, e por que ele tem condição de um salário melhor? (Ent. 9 / Grupo I).

A Isonomia Salarial entre as mesmas categorias profissionais e a remuneração digna já vem sendo discutida desde a *VIII Conferência Nacional de Saúde* (CORNETA; PEREIRA; LÈFÈVRE, 2001). Com a Descentralização dos Serviços de Saúde e a Municipalização Plena do Sistema em Cruz das Almas, muitos trabalhadores de saúde federais e estaduais passaram a trabalhar como o município. Ou seja, são trabalhadores que foram inseridos no sistema de saúde municipal, recebendo o mesmo salário e exercendo a mesma função.

Campos e Oliveira Junior (1986) afirmam que para que a isonomia salarial aconteça é necessário repensar o financiamento da rede de serviços entre nas esferas estadual e federal e criar um mecanismo de co-gestão, como por exemplo, o Ministério da Saúde e o extinto INAMPS.

Embora a NOB-RH (BRASIL, 2006 a) proponha uma Política de Recursos Humanos que dentre outras coisas, garanta melhoria das condições de trabalho e isonomia salarial, ainda não faz parte da realidade dos trabalhadores de saúde da Atenção Básica de Cruz das Almas. Os sindicatos, por sua vez, diante o neoliberalismo e a crise do emprego passaram a atuar de forma mais imediatista e defensiva perdendo força sua consciência de classe (ANTUNES,1995). Semelhantemente, aconteceu com o Sindicato dos Servidores Municipais Cruzalmense (SINDISEC), onde a elaboração do PCCS esteve longe de uma mobilização dos trabalhadores para melhores condições de trabalho.

Quanto ao PCCS,os entrevistados 12 e 18 apresentam opiniões diferentes:

Eu fui 'avantajada' por ela [PCCS]; consegui passar de auxiliar de serviços de limpeza para auxiliar administrativo, já tem uns quatro anos, não estou exercendo a função ainda, mais foi uma idéia muito boa do SINDSAUDE (Ent.12 / Grupo I).

[...] pra existir um concurso público teria que existir um Plano de Cargos e Salários então por conta dessa determinação do Tribunal de Contas esse concurso foi feito assim é repentinamente e tinha que se providenciar o Plano de Cargos e Salários. Aqui não se tinha sindicato dos servidores municipais. Então foi feito um plano de acordo [...] rápido pra que **atendesse a essa reivindicação do Tribunal de Contas** e existisse o concurso (Ent.18 / Grupo II).

O entrevistado 12 afirma que foi beneficiada com o PCCS, embora ela receba como auxiliar administrativo, continua na mesma função, “serviço de limpeza”, há quatro anos. O Plano de Carreira Cargos e Salários de Cruz das Almas, segundo o entrevistado 18 foi realizado para “atender a reivindicação do Tribunal de Contas”, sem a preocupação de garantia dos direitos dos trabalhadores. Esse PCCS contempla todo servidor público municipal. Não existe até o momento o PCCS específico para o trabalhador de saúde. Por outro lado, dos 18 entrevistados, apenas o entrevistado 12, refere ter sido “beneficiado” com o PCCS.

A precarização do trabalhador do SUS perpassa desde seus vínculos trabalhistas ao desconhecimento dos direitos trabalhistas pelos servidores da Atenção Básica, muitas vezes pela desmobilização social. Durante o trabalho de campo procuramos conhecer as lideranças do Sindicato de Saúde e a sua sede, mas não foi possível. Até mesmo os trabalhadores de saúde da Atenção Básica quanto os trabalhadores administrativos da prefeitura não sabiam quais os representantes da diretoria desse sindicato para que pudéssemos conhecer o trabalho sindical da organização. Nesse sentido, como conquistar e assegurar os direitos trabalhistas? : Quais Direitos? Se até a organização sindical é “invisível” para esses trabalhadores ?

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

As *relações de trabalho* correspondem às proposições que afirmam a necessidade de proteger o trabalho e o trabalhador do Sistema Único de Saúde com todos os seus direitos trabalhistas consagrados na legislação nacional, na política do RH no SUS, nas formas de seleção contratual, plano de carreira, cargos e salários (PCCS) e na remuneração dos trabalhadores em saúde.

Apesar da Constituição de 1988 ter assegurado a criação e a operacionalização do SUS – o que muito tem contribuído à reorganização da Atenção Básica da Saúde – a relação de trabalho entre os trabalhadores do SUS e os seus empregadores estão a desejar, em particular, no que diz respeito às relações de trabalho e aos direitos trabalhistas. Vários municípios brasileiros apresentam um hiato entre a prática profissional e a regulação de trabalho na atenção básica conforme estudos de Nascimento Sobrinho (2004); Pochmann (2002); Bezerra (2004); Nogueira; Baraldi e Rodrigues (2004); Santos; Uchoa e Meleneu Neto (2004). Acreditamos que o reflexo dessa situação talvez seja reforçado na fragilidade de uma política de recursos humanos na saúde.

Este estudo buscou analisar as relações de trabalhos entre os trabalhadores de saúde da Atenção Básica e a Secretaria Municipal de Saúde se refere às condições de trabalho; discutir a compreensão dos trabalhadores de saúde da Atenção Básica referente às relações de trabalho no âmbito das condições de trabalho, aspectos sociais e legais; caracterizar as relações de trabalho no que se refere às condições de trabalho (da infra-estrutura à educação continuada), aspectos sociais do trabalho (valorização, condições de vida e trabalho) e os aspectos legais do trabalho (política RH / direito do trabalho) dos trabalhadores da Atenção Básica de Cruz das Almas/BA; e identificar os avanços e/ou retrocessos nas relações de trabalho entre os trabalhadores da Atenção Básica e a Secretaria Municipal de Cruz das Almas – BA.

Diante dos objetivos, vimos que a partir dos resultados, a relação de Trabalho dos Trabalhadores de Saúde da Atenção Básica de Cruz das Almas com a Secretaria de Saúde na dimensão das condições de trabalho os trabalhadores de saúde declaram: “veja até que ponto chegamos a trabalhar”. No que se têm avanços, limites e retrocessos, levando-se em consideração o Sistema Único de Saúde no que se refere aos aspectos sociais do trabalho dessa relação trabalhador e Secretaria, em que a Qualidade de Vida no Trabalho é permeada

por questões de (des)valorização e (des)motivação e, quanto ao aspecto jurídico, encontramos concretamente uma precarização do trabalho.

As Condições de Trabalho dos Trabalhadores de Saúde da Atenção Básica de Cruz das Almas pela maioria dos entrevistados foram consideradas ruins. A estrutura física, ambiente de trabalho, os equipamentos e materiais para trabalhar são considerados como limites pelos trabalhadores, caracterizando-os a falta de materiais a situações descompromisso e desorganização da Secretaria Municipal de Saúde, o que tem interferido na integralidade da assistência, na credibilidade do serviço, permeando-se muitas vezes questões éticas, além da exposição dos trabalhadores a riscos mais diversos à saúde.

Por outro lado, embora a maioria dos trabalhadores desconheça o Pólo de Educação Permanente, a Secretaria Municipal de Saúde tem investido na Educação Permanente de alguns trabalhadores da Saúde da Atenção Básica local.

A Qualidade de Vida no Trabalho para os Trabalhadores de Saúde da Atenção Básica esta vinculado a salário, alimentação, lazer. QVT é estar bem consigo para atender o outro de modo mais humanizado. Segundo depoimentos dos entrevistados a QVT relaciona a valorização, a motivação, a situação de eustresse e distresse no qual os trabalhadores são submetidos.

A valorização dos trabalhadores-SUS, discutida desde a NOB-SUS, deverá direcionar-se na equidade, na universalidade dos planos de carreira, com equivalência dos cargos ou empregos, na gestão partilhada das carreiras e da educação permanente (BRASIL, 2006a).

Entretanto, a política neoliberal e a política de promoção a saúde buscam interesses opostos quanto ao trabalhador de saúde. Até porque, o neoliberalismo procura intervir o mínimo possível na regulação do trabalho mediante a terceirização e o PSF é uma estratégia que traduz-se no trabalho que busca a continuidade das ações por meio de estabilidade no trabalho, e conseqüentemente, a formação de vínculo com a comunidade.

Pierantoni, Varella e França (2004, p.60) ainda destacam que as desigualdades de ofertas do mercado educativo para formação profissional na área da saúde [...]; a intensificação e privilegiamento das modalidades de contratação no Sistema Único de Saúde sem amparo legal, gerando um alto índice de precarização em todo o país e a precária estrutura e capacidade gestora tanto do setor educativo como de prestação de serviços da área da saúde [...] continuam fazendo parte do cenário brasileiro chamado trabalho.

A precarização do trabalho para os trabalhadores de saúde entrevistados envolve a questão de admissão, vínculo, PCCS, direitos. Cruz das Almas avançou quanto às formas de admissão onde nos últimos anos destacaram duas formas de admissão o concurso público e o processo seletivo simplificado para contratação de pessoal por tempo determinado. A respeito do vínculo, os trabalhadores de saúde sentem-se inseguros, impossibilitados de realizar projetos de vida devido à fragilidade do vínculo trabalhistas ainda presente em Cruz das Almas.

A precarização do trabalho engendrada pela instabilidade do emprego e da renda fortalece a lógica da acumulação flexível objetiva romper com vínculos sociais. A representatividade do Sindaúde quanto aos interesses do coletivo tem poucas necessidades dos trabalhadores, como um esvaziamento da representatividade classe a precaridade da dominação, submissão e aceitação à exploração. Entretanto, questionamos onde estão seus representantes? Onde e quando se reúnem? Quem realmente eles representam?

O Plano de Carreira Cargos e Salários que é único para todos os trabalhadores da prefeitura, foi criado de maneira emergencial para cumprir exigências do Tribunal de Contas da União. Não existe um PCCS para os trabalhadores de saúde. Quanto aos direitos trabalhistas os trabalhadores desconhecem seus direitos e por outro lado não mobilizam-se para conhecê-los.

Os trabalhadores de Saúde de Cruz das Almas necessitam de organização e mobilização sindical em prol de melhores condições de trabalho e direitos trabalhistas. Politicamente, é preciso que os sindicatos lutem para desvencilhar de práticas marcadas pelo grande porte das instituições empregadoras e pela falta de organização nos locais de trabalho, no sentido de reverter a diminuição da sindicalização e a uma dificuldade de competir em velocidade e adequação aos impasses trazidos pelos tempos (RAMALHO; SANTANA, 2004).

Por outro lado, é necessário que os trabalhadores de saúde lutem por uma representatividade atuante, transparente, assim possa ampliar a precarização do trabalho.

A seguir apresentaremos o quadro 8, que resume avanços e retrocessos na relação Trabalhados de Saúde da Atenção Básica e a Secretaria Municipal de Saúde, a partir das seguintes dimensões: condições de trabalho, qualidade de vida no trabalho, (des)precarização no trabalho.

QUADRO 8 Conflitos da Relação de Trabalho entre Trabalhadores de Saúde da Atenção Básica e a SMS de Cruz das Almas: Avanços e Retrocessos.

CATEGORIAS	AVANÇOS	LIMITES / RETROCESSOS
CONDIÇÕES DE TRABALHO	<ul style="list-style-type: none"> -Bom trabalho em equipe -Relação trabalhador com a SMS é dialogada, aberta e compreensiva. -A SMS com maior autonomia comparado com gestões anteriores. -Melhoria no abastecimento de material de uso nas unidades. 	<ul style="list-style-type: none"> -Falta de valorização -Condições de trabalho apresentam falta de infraestrutura nas UBS como a iluminação, ventilação, transporte, telefone, temperatura. -Lentidão da SMS para o fornecimento das solicitações realizadas pelos trabalhadores de saúde para o suprimento das unidades de saúde. - A SMS tem maior agilidade quando os trabalhadores de saúde ameaçam parar de trabalhar diante as más condições.
QUALIDADE DE VIDA NO TRABALHO	<ul style="list-style-type: none"> -Há valorização para alguns trabalhadores -Boa Escuta -Treinamento equipe do CAPS -SMS investe em capacitação de seus trabalhadores. -A SMS reconhece o trabalho dos ACS 	<ul style="list-style-type: none"> -Não há estímulo para os trabalhadores desenvolverem suas atividades. -A SMS não valoriza alguns trabalhadores -Falta comprometimento da SMS com os trabalhadores da Atenção Básica. -Não há reunião com trabalhadores de saúde da Atenção Básica com escolaridade elementar. -Baixa frequência de capacitação permanente. -A SMS ouve as opiniões dos trabalhadores, mas não as colocam em prática. -Falta <u>atenção</u> da SMS aos seus trabalhadores de saúde da Atenção Básica
(DES)PRECARIZAÇÃO NO TRABALHO	<ul style="list-style-type: none"> -Reformas de Unidades de Saúde na zona Urbana e Rural -Compra de 3 veículos de passeio para as USF -Processo Seletivo -Efetivação dos ACS 	<ul style="list-style-type: none"> -Férias com dificuldade de planejar -Fragilidade do vínculo empregatício -Alguns trabalhadores da Atenção Básica não recebem 13º salário, insalubridade, não têm férias. -Não há diálogo quanto a negociação de direitos. -Morosidade da SMS para liberação de licença prêmio.

Ao analisarmos o quadro 8 percebemos que os avanços e os retrocessos estão presentes tanto nas relações de trabalho, como na Qualidade de vida no trabalho e na (des)precarização do trabalho. Na verdade, encontramos nos depoimentos dos entrevistados

mais limitações e retrocessos do que avanços. O que muitos entrevistados relataram é que os avanços são poucos e andam a “passos de tartaruga”.

Concernente às condições de trabalho os avanços encontrados foram descritos como bom trabalho em equipe; relação trabalhador com a SMS é dialogada, aberta e compreensiva; maior autonomia da SMS comparado com gestões anteriores; melhoria no abastecimento do material de uso nas unidades. Características importantes para que os profissionais de saúde encontrem-se otimistas, motivados, valorizados, satisfeitos com o seu trabalho e os seus gestores.

Por outro lado os limites e retrocessos foram citados justamente a falta de valorização; condições de trabalho apresenta falta de infra-estrutura nas UBS como a iluminação, ventilação, transporte, telefone, temperatura; lentidão da SMS para o fornecimento das solicitações realizadas pelos trabalhadores de saúde para o suprimento das unidades de saúde; a SMS tem maior agilidade quando os trabalhadores de saúde ameaçam parar de trabalhar diante as más condições.

Em todo tempo os trabalhadores de saúde entrevistados verbalizam essa dualidade de ora estarem satisfeito, valorizados motivados ora não, devido às condições de trabalho, que estão submetidos, que embora tenha melhorado ainda tem muito que avançar.

As últimas *Conferências Nacionais de Recursos Humanos em Saúde* (BRASIL,1993; 2003), também destacam alguns retrocessos e apontam necessidades de avanços em relação a políticas de gestão do trabalho e de formação e desenvolvimento dos trabalhadores de saúde do SUS, descritos a seguir.

A I *Conferência Nacional de Recursos Humanos em Saúde* em 1986, propôs uma agenda para o movimento da Reforma Sanitária no tocante à política de gestão do trabalho, formação e desenvolvimento dos trabalhadores de saúde e a implementação do SUS. Essa I Conferência “desdobrou em temas: valorização profissional; preparação de recursos humanos; e compromisso social – nova ética para os trabalhadores de saúde” (MACHADO, 2005, p.259).

A SMS de Cruz das Almas apresenta alguns avanços conforme proposto na I Conferência Nacional de Recursos Humanos em Saúde. Avanços relacionados a qualidade de vida no trabalho como valorização dos trabalhadores; boa escuta; treinamento equipe do CAPS; investimento em capacitação de seus trabalhadores e reconhecimento do trabalho dos ACS.

A *II Conferência Nacional de Recursos Humanos em Saúde*, realizada em 1993, analisou o processo de implementação do SUS e a sua relação com os trabalhadores nas dimensões da formação e do desenvolvimento e da gestão do trabalho (BRASIL, 2005).

O processo de implementação do SUS na Atenção Básica de Cruz das Almas encontra-se ainda na fase de implantação. Em relação aos trabalhadores, a formação e desenvolvimento, gestão de trabalho e a implementação do SUS ainda é incipiente. Como por exemplo, o setor de recursos humanos dentro da secretaria de saúde não encontramos planejamento das ações no que se referente a gestão de pessoas e muito menos a gestão de trabalho, que compreende desde recrutamento a pagamento de trabalho dessas pessoas através de salários e de sistemas de incentivos.

A *X Conferência Nacional de Saúde*, realizada em 1996, consolidou as propostas relativas aos trabalhadores, oriundas das conferências anteriores, e propôs uma Norma Operacional Básica (NOB) referente à gestão do trabalho no SUS (BRASIL, 2001). Entretanto, não visualizamos grande avanços concernentes a satisfação do trabalhador, qualidade de vida e direitos trabalhistas.

A NOB - RH (BRASIL, 2005), propõe a necessidade de promover a satisfação com o trabalho e fixação dos profissionais em áreas prioritárias, com queda efetiva da rotatividade; o aprofundamento da gestão no âmbito dos micro-processos de trabalho, na esfera das relações pessoais e profissionais dos trabalhadores de saúde com os usuários; a valorização, nos PCCS do SUS.

Então, o que fazer diante da Relação de Trabalho entre a Secretaria de Saúde e os Trabalhadores de Saúde da Atenção Básica e a política de Recursos Humanos?

A respeito do trabalhador de saúde é necessário um novo posicionamento frente à fragilidade de vínculo, precarização de trabalho e luta sindical. Há uma necessidade de efetivação de uma política de valorização dos trabalhadores de saúde municipal que perpassa pelas questões sociais, jurídicas e condições de trabalho. Por outro lado, o controle social precisa ser mais atuante quanto às questões do trabalhador, estudando alternativas de luta política para melhorias na Relação entre SMS e o trabalhador.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA FILHO, Naomar de. Transdisciplinaridade e Saúde Coletiva. **Ciência &Saúde Coletiva**. V.11, p.112, 1997.

ANTUNES, Ricardo. **O Novo Sindicalismo no Brasil**. Campinas, São Paulo: Pontes, 1995.

_____. **Adeus ao trabalho?** : ensaio sobre metamorfose e a centralidade do mundo do trabalho 10. ed. São Paulo: Cortez; Campinas, S:Editora da Universidade estadual de Campinas, 2005.

ARAUJO, Tânia M^a de. O olhar do sujeito sobre o trabalho que executa: sua percepção sobre os riscos e as tarefas. In: SAMPAIO, J.R. (org). **Qualidade de vida, saúde mental e psicologia social - Estudos Contemporâneos II**. São Paulo: CASA DO PSICÓLOGO, 2004. p.367-398.

AROUCA, Sergio. **O dilema preventivista**: contribuição para a compreensão e crítica da medicina preventiva. São Paulo/Rio de Janeiro: UNESP/FIOCRUZ, 2003.

ASSIS, Marluce Maria Araújo; JORGE, Maria Salete Bessa. **Métodos de Análise de pesquisa Qualitativa no Campo da Saúde Coletiva**. Feira de Santana: UEFS, 2006.

ASSUNÇÃO, Alda Ávila. LIMA, Francisco de Paula Antunes. A contribuição da ergonomia para a identificação, redução e eliminação da nocividade do trabalho In: MENDES, R. **Patologia do Trabalho**. 2 ed. Rio de Janeiro: Atheneu, 2003, v.2, p. 1767-1789.

BAHIA, Secretaria de Saúde do Estado. Superintendência de Planejamento e Monitoramento da Gestão Descentralizada de Saúde. **Agenda Estadual de Saúde**, mais saúde com qualidade: reduzindo desigualdades. Salvador, 2004[a]98p.

_____. **Ata da 101ª Reunião Ordinária do Conselho Estadual de Saúde**. 2004. Disponível em, <http://www.saude.ba.gov/ces/arquivos/atas_2004b>. Acesso em: 30 de out. 2006.

_____, Secretaria do Estado da Bahia. **Projeto Macrorregião Nordeste Pólo de Educação Permanente em Saúde**. Salvador: Governo do Estado da Bahia, 2004[c].

_____. **Plano Municipal de Saúde de Cruz das Almas 2006-2009**. Cruz das Almas: 2006.

BARRETO JUNIOR, Irineu Francisco; SILVA, Zilda Pereira da . Reforma do Sistema de Saúde e as Novas Atribuições do Gestor Estadual. **São Paulo em Perspectiva**, 18(3): 47

BARROS, Walcyr de Oliveira (org). **A organização Sindical da Saúde e a enfermagem: uma re-análise oportuna.**[S.I:s.n],ano?Tese (Doutorado em enfermagem. Programa de Pós-Graduação em Educação) Universidade.199?.

BEZERRA, Nídia Oliveira. **Programa saúde da Família:encontros e desencontros no labirinto da implantação.**2004.Dissertação (Programa de Pós Graduação em Saúde Coletiva),UEFS, Feira de Santana.2004.

BOBBIO, Noberto; MATTEUCCI, Nicolla; PASQUINO, Gianfranco. Tradução Carmen C Varriale...[et all.]; **Dicionário de Política**. 5. ed,Brasília: Editora Universidade de Brasília: São Paulo: Imprensa Oficial do Estado, 2000.

BOITO JUNIOR, Armando ; TOLEDO, Caio Navarro de (org) . **Marxismo e Ciências Humanas**. São Paulo: Xamã, 2003.

BRASIL, Ministério do Trabalho e Emprego. **Portaria n° 3751/23/11/90**. Brasília,1990.

_____, **Constituição Brasileira de 1988**.2.ed,Rio de Janeiro:Forense Universitária,102p.1993.

_____.Ministério da Saúde. Comissão Nacional de Ética em Pesquisa. **Normas para Pesquisa Envolvendo Seres Humanos:** (Resolução CNS 196/96 e outros).Brasília:MS,1996.

_____, Ministério da Saúde. **Saúde da Família:** uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial. Brasília: DF, 1997.

_____, Ministério da Saúde. **Promoção da Saúde**. Brasília: DF, 2001.

_____, Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Coordenação geral de política de Recursos Humanos. **Políticas de Recursos Humanos para o SUS:** balanços e perspectivas Brasília: Ministério da Saúde, 2003.

_____,**III Conferência Nacional de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Trabalhadores de Saúde e a Saúde de todos os brasileiros:** práticas de trabalho, gestão, formação e participação. (Documento Base). Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

_____, Ministério da Saúde. **Norma Operacional Básica de Recursos Humanos do SUAS/NOB-RH/SUAS2006**. Brasília: Secretaria Nacional da Assistência Social,2006. Disponível em; <<http://www.saude.gov.br>>. Acesso em: 15 jun.2006[a] .

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 e respostas: comitê Nacional e Interinstitucional de Desprecarização do Trabalho/Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão e da Educação na Saúde, Departamento de Gestão e da Regulação do Trabalho em Saúde. Brasília:Ministério da Saúde, 2006[b].

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Departamento de Apoio à descentralização. Coordenação Geral de apoio a gestão Descentralizada. **Diretrizes operacionais dos Pactos pela vida, em Defesa do SUS e de gestão**. Ministério da Saúde, Secretaria executiva, Departamento de Apoio à descentralização. Brasília: 2006[c].

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Manual de estrutura física das unidades básicas de saúde : saúde da família / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica Brasília : Ministério da Saúde, 2006 [d].

_____, **Histórico de cobertura de PSF**. Disponível em: <http://dtr2004.saude.gov.br/dab/abnumeros.php>. acesso em 4 de nov.2007[a].

_____, **Lei nº10.507 de 10 de Julho de 2002**. Cria a profissão de Agente Comunitário de Saúde e dá outras providencias . Disponível em: http://www6.senado.gov.br/legislação/lista_publicações.action?id=235057. acesso em 24 de nov.2007[b].

_____,**Lei nº 11.350 de 05 de outubro de 2006**. Regulamento o §5º do art:198 da Constituição. Disponível em: http://dtr.2004.saude.gov.br/dab/legislação/lei11.350_05_10_06.pdf. Acesso em 4 de nov.2007[c].

_____.**Emenda Constitucional nº.191/998**. Trabalho Precário no SUS. Disponível em : <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/apresjorgepaivatrabalho.pdf>. Acesso em 4 de nov.2007[d].

_____. **Lei nº5452 de 1º de Maio de 1943**.Consolidação de Leis Trabalho.Disponível em:<http://010datapriv.gov.br/sistex/pagenas/10/1943/5452.htm>. Acesso em 4 de nov.2007.[e].

_____. **Lei nº19 de 25 de maio de 2007.** Aprova um novo regime jurídico do trabalho temporário. Diário da República, 1ª série-nº98-22 de maio 2007. Disponível em: <http://www.apifarma.pt/uploads/legisla%c3%a7%c3%>. Acesso em 4 de nov.2007[f].

BRASIL, **Portaria nº648/GM de 28 de março de 2006.** Disponível em :<http://dtr2001.saúde.gov.br/sas/Portarias/port.2006/gm/gm-648.htm>. Acesso em 24 de nov.2007[g].

_____, **Lei nº8.666 de 21 de junho de 1993.** Disponível em:<http://www.leiconcursos.com/arquivos.com/arquivos/download.html?arquivo=lei08>. Acesso em 24 nov.2007[h].

_____, **Lei complementar nº10, de 4 de maio de 2000.** Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil/leis/lcp/lcp101.htm>. Acesso em 24 nov.2007.[i]

_____, Ministério da Saúde. Diretoria da Atenção Básica. Disponível em: <http://dtr2004.saude.gov.br/dab/abnumeros.php>. Acesso em : 24 nov. 2007[j]

BRAVERMAN, Harry. **Trabalho e Capital Monopolista.** A degradação do trabalho no século XX. 3.ed. Rio de Janeiro: Guanabara, 1987.

BUDÔ, Maria de Lourdes Denarden et al. Responsabilidade Coletiva na Participação da Enfermagem em suas entidades organizadas. **R.Brás.Enferm.**, Brasília, v.53, n.4, p.237-247, abr/jun.2001.

BUSS, Vanderlei. **Qualidade de vida no trabalho:** o caso do corpo técnico e auxiliar administrativo de uma instituição de ensino superior. 2002. 106f. Dissertação (Mestrado em Engenharia de Produção) – Programa de Pós Graduação em Engenharia de Produção, UFSC, Florianópolis.

CAMPOS, Francisco Eduardo de; OLIVEIRA JÚNIOR, Mozart de Contribuição ao debate de uma política de recursos humanos para o setor saúde no Brasil a situação da categoria médica. **Cad. de Saúde Pública**, 1986, v.2, n. 4

CAMPOS, Gastão Wagner de Souza. **Reforma da Reforma repensando a Saúde.** São Paulo: Hucitec, 3ed, 2006a.

_____. Clínica e Saúde Coletiva Compartilhadas: teoria paidéia e reformulação ampliada do trabalho em saúde. IN: CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa(orgs). **Tratado de Saúde coletiva.** São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006b.

CANDEIAS, Nelly Martins Ferreira Candeias. Conceitos de educação de promoção em saúde: mudanças individuais e mudanças organizacionais. **Rev. Saúde Pública** v..31 n.2. São Paulo, abr.1997

CECILIO, Luiz Carlos de Oliveira. Modelos Técnico-assistenciais em Saúde: da pirâmide ao círculo, uma possibilidade a ser explorada. **Cad. Saúde Públ.**, Rio de Janeiro, v.13 n. 3. jul-set,1997. p.469-478.

CHIARIONI, Maria Fernanda Vieira Busto. **Resumo Jurídico de Direito do Trabalho**. São Paulo: Quartier Latin, v.13, 2005. 159p.

COHN, Amélia; ELIAS, Paulo Eduardo N. **Saúde Brasil** política e organização de Serviços. 6.ed. São Paulo: Cortez / CEDEC, 2005.

CORNETTA, Vitória Kedy; PEREIRA, Isabel Maria Texeira; LEFEVRE, Ana Maria Cavalcante. Política de Recursos Humanos. In: WESTPHAL, Marcia Faria. **Gestão de Serviços de Saúde**. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo. 2001. p.180.

COSTA, Patrícia Crislane Gama. Escala de autoconceito no trabalho: construção e validação. **Psic. Toer. E Pesq.** v.18 nº 1. Brasília. Jan. / Abr. 2002.

CRUZ DAS ALMAS. **Relatório de gestão 2005**. Cruz das Almas: Secretaria Municipal de Saúde. 2005[a]. (DOC.4)

_____. **Edital do Concurso Publico 01/2005**. Prefeitura Municipal de Cruz das Almas. 2005[b]. (DOC.6).

_____. **Plano Municipal de Saúde 2006-2009**. Cruz das Almas: Secretaria Municipal de Saúde. 2006[a]. (DOC.2)

_____. **Relatório Gestão 2006**. Cruz das Almas: Secretaria Municipal de Saúde. 2006[b]. (DOC3)

_____. **Relatório da Primeira Conferência Municipal de Saúde Cruz das Almas**. Cruz das Almas: Secretaria Municipal de Saúde. 2007[a]. (DOC. 1)

_____. **Edital 001/2007**. Processo Seletivo Simplificado. Cruz das Almas: Prefeitura Municipal de Cruz das Almas 2007[b]. (DOC.5)

_____. **Contrato de Prestação de Serviço**. Cruz das Almas: Secretaria Municipal de Saúde, 2007[c].(DOC. 7)

DEJOURS, C. **A loucura do trabalho**: estudo de psicopatologia do trabalho. 5. ed. São Paulo: Cortez, 1992.

DEL CURA, Maria Leonor Araújo; RODRIGUES, Antonia Regina Furegato. Satisfação profissional do enfermeiro. Rev. Latino – Am. Enfermagem, v. 17, n. 4, 1999. p 21-28.

DONABEDIAN, Ávades. **Aspects of Medical Care Administration**: Specifying Requirements for Health Care. Cambridge, MA: Harvard University Press, 1973. p.419-7

FERREIRA, Ademir Antonio; REIS, Ana Carla Fonseca ; PEREIRA, Maria Isabel. **Gestão Empresarial: de Taylor aos nossos dias**: evolução e tendências da moderna administração de empresas. São Paulo: Pioneira Thomson Learning, 2002.

FLEURY, Maria Tereza Leme; FISCHER, Rosa Maria. **Processo de trabalho no Brasil**: movimento sindical: comissão de fábrica: gestão e participação: o modelo japonês de organização da produção no Brasil (CCQ e KABAN). São Paulo: Atlas, 1985.

GERSCHMAN, Silvia. Conselhos Municipais de Saúde: atuação e representações das comunidades populares. **Cad. Saúde Pública**. Rio de Janeiro v.20 , 2004.

GIRARDI, Sábado Nicolau; CARVALHO, Cristina Leite. Contratação e Qualidade do emprego no Programa de Saúde da Família no Brasil. In: BRASIL, Ministério da Saúde. **Observatório de Recursos Humanos em Saúde no Brasil**: estudos e análises. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2003.

HAGUETTE, Tereza Maria Frota. **Metodologia Qualitativas na Sociologia**. 6.ed. Petrópolis: Vozes, 1999.

HARNECKER, Marta. **Os conceitos Elementares do Materialismo Histórico**. 2. ed. São Paulo: Global, 1983.

HOCHMAN, Gilberto; SANTOS, Paula Xavier dos; ALVES, Fernando Pires. História, saúde e Recursos Humanos: análise e perspectivas. IN: BARROS, André Falcão Rego(org). **Observatório de Recursos Humanos em Saúde no Brasil**: estudos e análise. Brasília: Ministério da Saúde, v.2, 2004.

IANNI, Octavio. **O Capital contra a história**: Gênese e Estrutura da Crise Contemporânea. São Paulo: Pulsar: Xamã, 2002.

IBGE, Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Estatísticas do Século XX**. Rio de Janeiro: IBGE, 2005.

IBGE, Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Estatísticas do Século XX**. Rio de Janeiro: IBGE, 2006.

IRIART, Jorge Alberto Bernstein. **Métodos qualitativos aplicados à segurança e saúde do trabalho**. Brasília: SESI / DN, 2004.

LACAZ, Francisco Antônio de Castro, Qualidade de vida no trabalho e saúde/doença. **Ciênc. saúde coletiva** vol.5 no.1 Rio de Janeiro 2000.

LANCMAN, Selma; SZNELWAR, Laerte Idal (org). **Christophe Dejours**: Da psicopatologia à psicodinâmica do trabalho. Rio de Janeiro: Fiocruz, Brasília: 2004.

LAUTERT, Liana; CHAVES, Enaura H. B ; MOURA, Gisela M.S.S. de . O Estresse na atividade gerencial do Enfermeiro. **Rev. Panam Salud Publica**. v.6, n.6. Dec, 1999.

LAZZARATO, Maurizio; NEGRI, Antonio. **Trabalho Imaterial**: formas de vida de subjetividade. Rio de Janeiro: DP&A, 2001.

LESSA, Sergio. Trabalho abstrato, trabalhadores e operário. IN: CANANI, Afrânio Mendes et al. **Marxismo e Ciências Humanas**. São Paulo: Xamã, 2003.

LIMA, Júlio César França. Neoliberalismo e Formação profissional em Saúde. Disponível em: [HTTP://www.uff.br/trabalhonecessario/TNS5%20JFLima.htm](http://www.uff.br/trabalhonecessario/TNS5%20JFLima.htm). Acesso em: 9/04/2008.

LIRA, Isabel Cristina Dias. Informalidade: reflexos sobre o tema. **R. Serviço Social**. São Paulo. n. 69, mar 2002.

MACHADO, Maria Helena. Trabalhadores da Saúde e sua Trajetória na Reforma Sanitária. IN. LIMA, Nísia Trindade (org) **Saúde e Democracia**: História e Perspectivas do SUS. Rio de Janeiro: Fio Cruz, 2005. p. 257-281.

MAEYAMA, Marcos Aurelino(org). **A construção do acolhimento a proposta de mudança no processo de trabalho em Saúde no município de Bombinhas**. Secretaria Municipal de Bombinhas. São Paulo: Bombinhas, 2007.

MASLACH, Christina; LEITER, Michael. P. **Trabalho**: fonte de prazer, ou, desgaste? Campinas, São Paulo: Papirus, 1999.

MARX, Karl. **O capital:edição resumida**. Tradução de Ronaldo Alves Schimidt. 7ed. Rio de Janeiro: Livros Técnicos e Científicos ed., 1982. 395p.

MARTINS, Sergio Pinto. **Contrato de Trabalho de Prazo determinado e Banco de Horas: Lei nº9.601/984**. ed. São Paulo: Atlas, 2002.

MATTOS, Rubem Araújo. Os Sentidos da Inteligência; alguns reflexos acerca de valores que merecem ser difundidos. IN: Pinheiro, Roseane e Mattos, Rubem. **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado com a saúde**. Rio de Janeiro: CEPESC/UERJ, IMS: ABRASCO, 2001.

MAXIMINIANO, Antonio César Amarse. **Além da Hierarquia**: como implantar estratégias participativas para administrar a empresa enxuta. São Paulo: Ed. Atlas, 1995. p. 19-20.

MEIO, Milena Peferis. Cidadania: subsídios técnicos para uma nova práxis em Direitos humanos como educação para a justiça. Disponível em: www.dhnet.org.br. Acesso em 06 de nov. 2007.

MENDES, Ana Magnolia; ABRAHÃO, J. I. . **A Influência da Organização do Trabalho Nas Vivências de Prazer-Sofrimento dos Trabalhadores**: Uma Abordagem psicodinâmica. Revista: Psicologia Teoria e Pesquisa, Brasília, v. 26, n. 2, p. 179-184, 1996.

MENDONÇA, Ana Valéria Machado; SOUZA, Maria de Fátima(org). **Os olhares Baianos sobre o PSF**. Salvador/SESAB, 2005.

MERHY, Emerson Elias. O SUS e um dos seus dilemas: Mudar a Gestão e a Lógica do Processo de Trabalho em Saúde (um ensaio sobre a Micropolítica do Trabalho Vivo). IN FLEURY, Sônia (org). **Saúde e democracia**: a Luta do CEBES. São Paulo: Lemos Editorial, 1997 a .141p.

_____, Emerson Elias. E. Em busca do tempo perdido: a micro política do trabalho vivo em saúde, in: MERHY, E. E. & ONOCKO, R. (org). **Agir em Saúde**: um desafio para o público. São Paulo: Editora Hucitec, 1997b .

_____, Emerson Elias. **Saúde**: A cartografia do Trabalho Vivo. São Paulo: Hucitec, 2002. 189p.

MICHEL, Maria Helena. **Metodologia e Pesquisa em Ciências Sociais**. São Paulo: Atlas, 2005.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde São Paulo/Rio de Janeiro: Hucitec/Abrasco, 1992.

MINAYO, Maria Cecília de Souza (org). **Pesquisa Social**: teoria, método e criatividade. Petrópolis, Rio de Janeiro: Vozes, 1994.

MINAYO, Maria Cecília de Souza; HARTZ, Zulmira M^a de Araújo; BUSS, Paulo Marchiori. Qualidade de Vida e saúde: um debate necessário. **Ciênc. saúde coletiva** v.5 n.1 Rio de Janeiro 2002.

MINAYO, M.C. de S. **O desafio do Conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. 8.ed.São Paulo:Hucitec,2004.

MINAYO, Maria Cecília de Souza(org); ASSIS, Simone Gonçalves; SOUZA, Edinilza Ramos. **Avaliação por métodos**: abordagem de programas sociais. Rio de janeiro : Editora Fiocruz, 2005.

MINAYO, Maria Cecília de Souza; SOUZA. Edinilza Ramos de. Policial, risco como profissão: morbimortalidade vinculada ao trabalho. **Ciênc. Saúde coletiva** v.10 n.4. Rio de Janeiro out./dez. 2005.

MORIN, Edgar. **Os sete saberes necessários à educação do futuro**. 5 ed. São Paulo: Cortez; Brasília, DF : UNESCO, 2002.

MONACO,Felipe de Faria; GUIMARAES,Valeska Nahas. **GESTÃO DA QUALIDADE TOTAL E QUALIDADE DE VIDA NO TRABALHO**.VI Encontro Nacional de Estudos do Trabalho, Abet,1999.

MOTA, André (org). **Contribuições Pragmáticas para a organização de recursos humanos em saúde e para a história da profissão médica no Brasil**: à de obra Maria Cecília Donnangelo. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

NASCIMENTO, Maria Ângela Alves do. **As práticas populares de cura no povoado Matinha dos Prestos/BA**: eliminar, reduzir ou convalidar? São Paulo: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto-USP,1997.Tese de doutorado.

NASCIMENTO SOBRINHO,Carlito Lopes.**Condições de trabalho e saúde dos médicos em Salvador,Bahia,Brasil**.2004.158f.Tese(Doutorado em medicina e saúde) Faculdade de Medicina da Bahia,UFBA,Salvador,2004.

NOGUEIRA, Roberto Passos. **Política de Recursos Humanos para a Saúde**:Questões na área de gestão e regulação do trabalho.Natal/RN:Ed. Da UFRN,1999.441-450p.

_____, Roberto Passos. Alternativas de Vinculação Institucional para os trabalhadores do SUS. In: **Observatório de recursos humanos em saúde no Brasil: estudo e análise**. Brasília: Ministério da Saúde, 2003, 460p.

NOGUEIRA, Roberto Passos; BARALDI, Solange; RODRIGUES, Valdemar de Almeida. Limites Críticos nas noções de precariedade e despreciação do trabalho na administração pública. In: BARROS, André Falião do Rego (org). **Observatório de recursos humanos em saúde no Brasil: estudo e análise**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004, v.2. 500p.

NUNES, Everardo Duarte. **Saúde**: história de uma idéia e de um conceito. Saúde e sociedade. V.3, n 2, 5-21, 1994.

PAGNOCELLI, Dernizo. **Terceirização e parceirização: estratégias para o sucesso empresarial**. Rio de Janeiro: D. Pagnocelli, 1993 (190p.).

PAIM, Jairnilson Silva. **Determinantes da Situação de Saúde do Brasil a partir da república**. _____? _____, 1992.

_____, Jairnilson Silva. **Recursos Humanos em Saúde no Brasil** problemas crônicos e desafios agudos. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública/USP, 1994. 80p.

PICCININI, Valmíria Carolina. Cooperativas de trabalho de Porto Alegre e flexibilização do trabalho. **Sociologias** n.12 Porto Alegre jul./dez. 2004.

PIERANTONI, Cecília Regina; VARELLA, Thereza Christina; FRANÇA, Tânia. Recursos Humanos e gestão do trabalho em saúde: da teoria a prática. In: **Observatório de Recursos Humanos em Saúde no Brasil: Estudos e Análises**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. p.52-80.

PINTO; Lorena louse Silva; BARBOSA FILHO, José Carlos. Considerações sobre o projeto para conformação da Rede de Pólos de educação permanente em saúde da Bahia. **R. Bahiana de Saúde Pública**. v.29. n.1. p.126-135. Jan/Jul. 2005.

PIRES, Denise. **Reestruturação produtiva e trabalho em saúde no Brasil**. São Paulo: Confederação Nacional dos Trabalhadores e Seguridade Social – CUT; Annablume, 1998. 253 p.

PIZZOLI, Lourdes Margareth Leite. Qualidade de vida no trabalho: um estudo de caso das enfermeiras do Hospital Heliópolis. **Ciênc. saúde coletiva** v.10 n.4 Rio de Janeiro out./dez. 2005.

POCHMANN, Marcio. **O trabalho sob fogo cruzado: exclusão, desemprego e precarização no final do século. 3ed.** São Paulo: Contexto, 2002, 205p.

RAMALHO, José Ricardo; SANTANA, Marco Aurélio. **Sociologia do trabalho no mundo contemporâneo.** Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2004. 63p.

REIS, Almerinda Rosália Luedy. Sustentabilidade da gestão da qualidade: um estudo em um hospital universitário. 2004. 199f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem)-Escola de Enfermagem, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2004. **Rev. Bahia de Enferm**, vol20, n 1/2/3 Jan-dez 2006. Salvador: ENF/ UFBA, 2007.

ROCHA, Cleonice Silveira da Rocha; FRITSH, Rosângela. Qualidade de Vida no Trabalho e ergonomia: conceitos e práticas complementares. **R. Serviço Social & Sociedade**. n 69. Ano XXIII. Mar 2002. Ed Cortez.

RUDIO, Franz Victor. **Introdução ao Projeto de Pesquisa Científico.** Petrópolis: Vozes, 1986. 141p.

SANTOS, João Bosco Feitosa; UCHOA, José de Freitas; MENELEU NETO, José. Precarização do Trabalho de nível técnico em saúde no nordeste: um enfoque nos auxiliares e nos técnicos de enfermagem. IN: BARROS, André Falcão do Rego (org) et al. **Observatório de Recursos Humanos em Saúde no Brasil.** Brasília: MS, 2004.

SCHRAIBER, Lília Blima; MACHADO, Maria Helena. Trabalhadores em Saúde: uma Nova Agenda de Estudos sobre Recursos Humanos em Saúde no Brasil. IN: FLEURY, Sônia (org). **Saúde e democracia: a Luta do CEBES.** São Paulo: Lemos Editorial, 1997 (p.281 a 297)

SEIDL, Eliane Maria Fleury; ZANNON, Célia Maria Lana da Costa. Qualidade de vida e saúde: aspectos conceituais e metodológicos. **Cad. Saúde Pública** vol .20 no.2 Rio de Janeiro Mar./Apr. 2004.

SELYE, H. **Stress Without distress.** Filadélfia: Lippincott, 1974.

SILVA, Dóris Marli Petry Paulo da; MARZIALE, Maria Helena Palucci. Absenteísmo de trabalhadores de enfermagem em um hospital universitário. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, SP, v.8, n.5, 2000. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid >. Acesso em: 15 ago. 2006.

SILVA, Jair Magalhães da. **Planejamento em Saúde no Programa de saúde da família em Jequié- BA: a dialética entre a teoria e a prática.** Feira de Santana, 2006. Dissertação (Programa de Pós Graduação em Saúde Coletiva), UEFS, Feira de Santana, 2006.

STARFIELD, Bárbara. *Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologias*. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 2002.

TAVARES, Maria Augusta. **Os fios (in)visíveis de Produção Capitalista: informalidade e precarização do trabalho**. São Paulo: Cortez, 2005. 216p.

TESTA, Mario. **Pensamento Estratégico e a lógica de programação: o caso da saúde**. São Paulo: Hucitec, 1995.

THE WHOQOL Group. the world health organization quality of life assessment (whoqol): position paper from the world health organization. **soc sci med** 1995; v.41. p.1403-1410.

TRIVIÑOS, Augusto N.S. **Introdução à Pesquisa em Ciências Sociais: a pesquisa qualitativa em educação**. São Paulo: Atlas, 1987. 175p.

VAZ, Marta Regina Cezar. Trabalhador em Saúde: subjetividade e auto-organização. **Texto & Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v.11, n.1, p. 50-65, jan/abr. 2002.

VICENTINO, Cláudio. **História para o ensino médio: história geral do Brasil**. São Paulo: Scipione, 2001.

APÊNDICES

APÊNDICE A



UNIVERSIDADE ESTADUAL DE FEIRA DE SANTANA
 DEPARTAMENTO DE SAÚDE
 PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA
 MESTRADO EM SAÚDE COLETIVA

Título da pesquisa: Relações de Trabalho dos Trabalhadores de Saúde na Atenção Básica em Cruz das Almas/ BA: avanços e retrocessos.

Pesquisadora responsável: Prof^ª Dr^ª Maria Angela A. do Nascimento

Pesquisadora colaboradora: Elaine Andrade Leal Silva

ROTEIRO DE ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADA
 TRABALHADOR DE SAÚDE NA USF/UBS.

Ent. n^o:

Data: ___/___/___

1 – DADOS DE IDENTIFICAÇÃO:

- Iniciais do nome _____
- UBS () PSF() _____
- Idade: _____
- Sexo: M () F ()
- Escolaridade _____
- Profissão: _____
- Ocupação: _____
- Pós-graduação: não() sim() Qual _____
- Tempo de atividade na USF/UBS: _____
- Vínculo Profissional
- Carga Horária: _____
- Salário Bruto: _____

2- TEMAS NORTEADORES:

- **Condições de trabalho:** (in)salubridade e riscos no trabalho, infra-estrutura (assentos, equipamentos), capacitação/treinamento, avaliação trabalho, inovação tecnológica, demanda de serviços, trabalho em equipe.

- **Aspectos sociais:** valorização, satisfação e motivação pessoal, reconhecimento do trabalho, sindicalização, benefícios e direitos sociais, política salarial.

- **Aspectos jurídicos;** constitucionalismo, jornada de trabalho, carga horária, PCCS, direitos trabalhistas, qualidade de vida no trabalho, salário, forma admissão, contrato, vínculo empregatício.

- **Avanços e ou retrocessos** nas relações de trabalho dos trabalhadores de Saúde do SUS na Atenção Básica.

APÊNDICE B



UNIVERSIDADE ESTADUAL DE FEIRA DE SANTANA
 DEPARTAMENTO DE SAÚDE
 PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA
 MESTRADO EM SAÚDE COLETIVA

Título da pesquisa: Relações de Trabalho dos Trabalhadores de Saúde na Atenção Básica em Cruz das Almas/ BA: avanços e retrocessos.

Pesquisadora responsável: Prof^ª Dr^a Maria Angela A. do Nascimento

Pesquisadora colaboradora: Elaine Andrade Leal Silva

ROTEIRO DE ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADA
 INFORMANTES-CHAVE(GESTORES).

Ent. nº:

Data: ___/___/___

1 – DADOS DE IDENTIFICAÇÃO:

- Iniciais do nome _____
- UBS () PSF() _____
- Idade: _____
- Sexo: M () F ()
- Escolaridade _____
- Profissão: _____
- Ocupação: _____
- Pós-graduação: não() sim() Qual _____
- Tempo de atividade na USF/UBS: _____
- Vínculo Profissional
- Carga Horária: _____
- Salário Bruto: _____

2 -TEMAS NORTEADORES :

- Planejamento e execução das ações do RH na SMS
- Configuração do PCCS específico para SMS
- O processo de seleção admissão-exoneração do trabalhador em saúde da UBS/USF-Direitos Trabalhistas.
- O processo de qualificação e avaliação de desempenho do trabalhador da UBS/USF?
- A concessão de gratificação (ões) ou adicional (is) salariais conferido ao trabalhador da UBS/USF.
- O processo de educação permanente para os trabalhadores da UBS/USF.
- Protocolo das condições de trabalho, aspectos sociais e jurídicos.

APÊNDICE C



UNIVERSIDADE ESTADUAL DE FEIRA DE SANTANA
DEPARTAMENTO DE SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA
MESTRADO EM SAÚDE COLETIVA

Título da pesquisa: Relações de Trabalho dos Trabalhadores de Saúde na Atenção Básica em Cruz das Almas/ BA: avanços e retrocessos.

Pesquisadora responsável: Prof^ª Dr^ª Maria Angela A. do Nascimento

Pesquisadora colaboradora: Elaine Andrade Leal Silva

ROTEIRO DE OBSERVAÇÃO SISTEMÁTICA

Observação. n^o: _____

Data: ____/____/____

UBS () PSF() _____

ASPECTOS A SEREM OBSERVADOS:

- Quanto a Estrutura Física – ergonomia, assento, equipamentos, mobiliário, ventilação, iluminação, privacidade, higiene.
- Capacitação – liberação de cursos, oficinas, capacitações contínuas.
- Condições de Insalubridade e periculosidade (violência, tráfico física, toxomania).
- Valorização e reconhecimento do trabalho.

APÊNDICE D

RELAÇÕES DE TRABALHO DOS TRABALHADORES DA ATENÇÃO BÁSICA EM CRUZ
DAS ALMAS/BA: avanços e retrocessos.

Pesquisadora Responsável: Prof^a Dr^a. Maria Angela Alves do Nascimento
Pesquisadora Adjunta: Elaine Andrade leal Silva.

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE ESCLARECIDO

Esta é uma pesquisa intitulada “RELAÇÕES DE TRABALHO DOS TRABALHADORES DA ATENÇÃO BÁSICA EM CRUZ DAS ALMAS/BA: avanços e retrocessos, sob a coordenação da professora Maria Angela Alves do Nascimento (pesquisadora responsável), com a participação da pesquisadora colaboradora Elaine Andrade Leal Silva, discente do Mestrado em Saúde Coletiva da Universidade Estadual de Feira de Santana Bahia. Esta pesquisa tem os seguintes objetivos: discutir o(s) entendimentos(s) dos trabalhadores de saúde em relação às condições de trabalho(aspectos estruturais, sociais, políticos, jurídicos e trabalhistas) Na UBS/USF; descrever as condições de trabalho (aspectos estruturais, sociais, políticos e jurídicos e trabalhistas) do trabalhador da UBS/USF; e identificar os avanços e/ou retrocessos em relação às condições de trabalho e os direitos trabalhistas dos trabalhadores de saúde da UBS/USF. Para pesquisar as relações de trabalho dos trabalhadores da Atenção Básica em Cruz das Almas utilizaremos a entrevista e a observação. Por isso, o entrevistado poderá expor-se a riscos na dimensão física, psíquica, social, caso se sinta constrangido, amedrontado ou envergonhado ao conversar com a pesquisadora. Entretanto buscaremos garantir o sigilo, anonimato, privacidade, proteção da imagem, atendendo a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, criada no sentido de exigir respeito e dignidade do ser humano e a proteção dos seus direitos e bem estar. Caso queira desistir da pesquisa você tem a liberdade de recusar a participar ou retirar seu consentimento, em qualquer fase da pesquisa, sem penalização alguma e sem prejuízo ao seu trabalho e a pesquisa. As entrevistas serão agendadas antecipadamente no local e horário pré-determinados e que promova privacidade e sigilo durante a conversa, que será gravada, caso você autorize. Após, coletado os dados, sejam manuscritos, sejam fitas ou disco compacto(CD) ficarão arquivadas em local seguro e sigiloso por 5 anos, no Núcleo de Pesquisa Integrado em Saúde Coletiva (NUPISC), localizado no VI módulo da UEFS, telefone (75)3244-8162 tendo acesso apenas às pesquisadoras. Informamos ainda que você terá livre acesso aos resultados da pesquisa através apresentação na Secretaria Municipal de Saúde de Cruz das Almas em eventos como: congressos, revistas, seminários, simpósios, artigos entre outros. Caso aceite a participar desse estudo, você estará contribuindo com a discussão das relações de trabalho com os trabalhadores da Atenção Básica e também com a elaboração de propostas sugeridas pelas autoras da pesquisa no sentido dos avanços e retrocessos dessa relações de trabalho. Caso você queira participar desta pesquisa, deverá assinar em duas vias este termo de Consentimento Livre Esclarecido, ficando uma cópia do mesmo e outras com as pesquisadoras.

Feira de Santana, _____ de _____ de _____.

Nome _____ RG _____

Assinatura do Entrevistado (a): _____

Assinatura do (a) Pesquisadora (a) responsável: _____

Assinatura do (a) Pesquisadora Colaboradora (a) _____