



UNIVERSIDADE FEDERAL DO RECÔNCAVO DA BAHIA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
COLEGIADO DO CURSO DE ENFERMAGEM

MARCOS LUIZ BOMFIM LIMA

**CONDIÇÕES DE EMPREGO E REMUNERAÇÃO DO(A)
ENFERMEIRO(A) NO PROGRAMA DE SAÚDE DA FAMÍLIA:
uma revisão de literatura**

Santo Antonio de Jesus

2010
MARCOS LUIZ BOMFIM LIMA

**CONDIÇÕES DE EMPREGO E REMUNERAÇÃO DO(A)
ENFERMEIRO(A) NO PROGRAMA DE SAÚDE DA FAMÍLIA:
uma revisão de literatura**

Trabalho Conclusão do Curso de Enfermagem apresentado à disciplina Seminários Integrados como requisito final para obtenção do título de Bacharel em Enfermagem.

Orientadora: Prof^ª. Margarete Costa Santos

Santo Antonio de Jesus

2010

Lima, Marcos Luiz Bomfim.

L732 Condições de emprego e remuneração do (a) enfermeiro (a) no programa de saúde da família: (manuscrito) uma revisão de literatura / Marcos Luiz Bomfim Lima. – Santo Antônio de Jesus, Ba, 2010.

39 f. il.; 21cm x 29,7cm.

Printout (fotocópia)

Monografia (Graduação em Enfermagem) – Universidade Federal do Recôncavo da Bahia – UFRB, Centro de Ciências da Saúde – CCS.

Orientadora: Profª. Margarete Costa Santos.

1. Enfermeiro - empregabilidade. 2. Enfermeiro - remuneração. 3. Saúde da família. I. Universidade Federal do Recôncavo da Bahia - UFRB. II. Costa, Margarete Santos, orient. III. Título.

CDD 610.730892

Ficha catalográfica elaborada por:
Marise Nascimento Flores Moreira
CRB-5/1289
Magali Costa Alves

CRB-5/1438

Dedicatória

**Dedico este Trabalho aos meus incríveis pais, Sr. Luiz
Borges Lima e Sra. Edna Bonfim Lima.
AGRADECIMENTOS**

À Deus “Meu Pai do Céu”, por ter me dado a oportunidade de está vivendo este momento e por ter dado capacidade de enfrentar todos os desafios que a vida me oferece.

À Minha Família, por me apoiar no que eu precisei e me aconselhar nas situações desconhecidas.

À Minha Mãe, por todo apoio, amor e carinho que me oferece todas as vezes que preciso de um ouvido amigo, ou melhor, um “Colo de Mãe”.

Ao Meu Pai, por servir de válvula de escape todas as vezes que precisei, o meu “Desestressador”.

À Minha Noiva, pelo amor, pela sinceridade, pelo companheirismo, pela dedicação, pela ajuda sempre presente em todos os momentos que preciso.

Aos Colegas, por me fazerem me sentir bem ao lado deles e contar com eles nos momentos ruins e bons de todo esse percurso.

Aos Colegas e Amigos, Jairo Netto, Gustavo, Alex, Araújo por todos os momentos bons e ruins, de conselhos e brigas, que nunca abalaram nossa amizade, pois sempre os considerei meus eternos irmãos.

Aos Professores pela compreensão e pelos momentos de pressão que tanto me fizeram desesperar e acordar para entender a importância do conhecimento para minha formação.

À minha orientadora, pela paciência, pela ajuda, pelas críticas, pelos elogios por me colocar na trilha certa, pela oportunidade de desenvolvimento que tive ao conhecê-la.

Àqueles que de forma direta ou indireta participaram da minha formação, mas que não foram citados aqui.

A todos, “Sei que não sou sozinho e sei que sou muito melhor com vocês. Obrigado por participarem de minha vida”.

RESUMO

Este é um estudo que analisa as condições de emprego e remuneração de enfermeiro no programa de Saúde da Família. Os objetivos deste estudo são: descrever as condições de emprego e remuneração do enfermeiro no Programa de Saúde da Família (PSF) a partir da produção científica nacional; descrever as formas de emprego e remuneração a que os enfermeiros do PSF estão submetidos; caracterizar os fatores relacionados às condições de emprego e remuneração que influenciam o trabalho dos Enfermeiros inseridos no PSF. A metodologia empregada foi a revisão bibliográfica, em base de dados SCIELO, LILACS, BIREME E MEDLINE de artigos publicados de 2003 a 2010, além de periódicos e dissertações, manuais e legislações. A análise dos resultados obtidos na revisão de literatura revelou que as condições de emprego e remuneração do enfermeiro no PSF são caracterizadas como precárias, nas formas de vínculo, critérios de seleção e admissão no programa, ausência de direitos trabalhistas, baixa remuneração e tempo de permanência nos postos de trabalho. Esses fatores sinalizados interferem na construção e consolidação de uma Atenção Básica condizente com as diretrizes do Sistema Único de Saúde. Para despreciação do trabalho é necessário uma maior mobilização desta categoria profissional, dos conselhos e sindicatos que o representam junto aos gestores das esferas federais, estaduais e principalmente municipais. É necessário também um maior controle e critérios para a abertura de novas graduações de enfermagem, a partir do estudo das reais necessidades regionais.

Palavras chaves: Enfermeiro, Empregabilidade, Remuneração, Programa de Saúde da Família.

LISTA DE SIGLAS

CONASEMS- Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde

ESF- Equipe de Saúde da Família

FESF- Fundação Estatal de Saúde da família

IBGE- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

LRF- Lei de responsabilidade Fiscal

MS – Ministério da Saúde

NASF- Núcleo de Apoio à Saúde da Família

NOAS – Norma Operacional de Assistência à Saúde

OSCIP- Organização Civil de Interesse Público

OSS- Organizações Sociais em Saúde

PACS- Programa de Agentes Comunitários

PGTES- Política Estadual de Gestão do Trabalho e Educação Permanente em Saúde

PSF- Programa de Saúde da Família

SESAB- Secretaria de Saúde do Estado da Bahia

SGTS- Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde

SUPERH- Superintendência de Recursos Humanos do estado da Bahia

SUS- Sistema Único de Saúde

UERJ- Universidade Estadual do Rio de Janeiro

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	0
8	
2. OBJETIVOS.....	12
3. METODOLOGIA.....	13
4. REVISÃO DE LITERATURA - FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA.....	15
4.1 Regulação do trabalho no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).....	15
4.2 Condições de emprego do enfermeiro no Programa de Saúde da Família.....	21
4.3 Condições de Remuneração: inserção e/ou manutenção do Enfermeiro no PSF.....	26
5. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	32
6. REFERÊNCIAS.....	35

1. INTRODUÇÃO

Em remotas épocas, o exercício do cuidado não era reconhecido enquanto prática inerente a um núcleo de competência profissional. Esta atividade era desempenhada por mulheres leigas que abnegadamente dispensavam cuidados de saúde aos enfermos. Entre as cuidadoras estavam mães, freiras, esposas e tantas outras que viam esta arte como uma forma de demonstrar carinho e zelo. Outrossim, a arte de cuidar era destituída de características profissionais, constituindo-se assim em um ato de benevolência e caridade.

A Enfermagem, neste momento histórico, não era reconhecida como uma profissão, mas sim como um sacerdócio, pautada no empirismo e desarticulada do conhecimento técnico-científico, permanecendo assim durante vários anos. Até que, em meados do século XVI (época da revolução industrial) e culminando no século XIX, surge uma nova concepção da Enfermagem moderna como profissão. Seu ápice é caracterizado na figura de Florence Nightingale que surge com idéias e conceitos de ações do cuidado, tão consistente com princípios básicos aos atos das enfermeiras, quanto inerente aos princípios e enunciados do modelo de ensino e de treinamento adotado para formar uma mentalidade profissional coerente com os significados da arte de Enfermagem e com o cuidado prestado pelas Enfermeiras/os. (CARVALHO, 2009)

O profissional de enfermagem desde então passa a ocupar um papel importante nas relações de cuidado.

No Brasil, com a institucionalização do Sistema Único de Saúde (SUS) a partir da Constituição de 1988, e com o crescente desenvolvimento da Atenção Básica, através da expansão da Estratégia de Saúde da Família, o Enfermeiro assume um papel de extrema importância na gênese dessa história.

O PSF (Programa de Saúde da Família) é uma estratégia implantada pelo Ministério da Saúde para a reorganização da prática assistencial à saúde, aproximando os serviços de saúde da população. (BENITO, 2007 *apud* LEITÃO,2001). O PSF possibilitou maior visibilidade social ao trabalho do enfermeiro, pois trás a partir de seu contexto histórico, a necessidade deste profissional na Atenção Básica.

A análise situacional do Enfermeiro na Estratégia de Saúde da Família, o entendimento do profissional e da população estão resumidos no trecho de Dias apud Fortes (2000, p. 514):

A Estratégia de Saúde da Família requer uma ampla transformação no sistema de atenção à saúde, o que implica na ruptura da dicotomia entre as ações de saúde coletiva e de atenção médica individual. [...], para alcançar tal transformação se faz necessário ofertar ações de saúde de forma eficaz e eficiente, mas também de forma mais humana; ou seja, é necessário mudar o processo de trabalho em saúde. Mudança esta que beneficia tanto o cidadão usuário do sistema, como o profissional de saúde. Analisar a atenção integral à saúde significa observar em cada pessoa sua individualidade, suas necessidades específicas, ampliando assim as possibilidades do sujeito de exercer sua autonomia.

Como é característica desta profissão, a Enfermagem está comprometida com a saúde individual e das coletividades, atuando de maneira significativa na promoção, proteção, recuperação e reabilitação das pessoas. O Enfermeiro é um agente de mudanças, pois visa encontrar relações entre o homem e o meio ambiente em seu processo vital. Portanto, identificar as necessidades de saúde na/da comunidade e propiciar canais de comunicação e participação efetiva são ações estratégicas na atuação do Enfermeiro/a.

Ao Enfermeiro do PSF cabe atividades de supervisão, treinamento e controle da equipe e atividades consideradas de cunho gerencial. Como gerente da assistência de enfermagem no PSF, o enfermeiro deve ser o gerador de conhecimento, através do desenvolvimento de competências, introduzindo inovações à equipe, definindo responsabilidades. (BENITO, 2007 apud LAZZAROTTO, 2001)

De acordo com Medeiros (2007) apud Lazzarotto (2001), refere que o enfermeiro gerente de unidade faz treinamento e controle da equipe e atividades consideradas como gerenciais. Como gerente da assistência de enfermagem no PSF, este deve ser o gerador de conhecimento, mediante o desenvolvimento de competências, introduzindo inovações à equipe, definindo responsabilidades.

A eficiência com que o trabalhador desempenha suas atividades está relacionada a um conjunto de condições de trabalho e emprego que garantam o bem estar físico, e psicossocial. Desse modo o profissional Enfermeiro, como líder da equipe de enfermagem e por vezes gerente da USF, deve perceber os fatores condicionantes no desenvolvimento do seu trabalho e de sua equipe.

Segundo Almeida (2003) as condições supracitadas são apenas alguns dos mecanismos que o capitalismo utiliza para prescindir cada vez mais de força de trabalho e precarizá-la.

A precarização do trabalho é caracterizada pela condição ocupacional exercida sem o devido amparo das normas legais e que não garante estabilidade, benefícios e segurança ao trabalhador. Porém nem todo vínculo formal, regido pelas leis do trabalho, está isento da precarização – o trabalho precário não é sinônimo de trabalho informal. A referência primordial traduz-se na ausência de estabilidade e segurança, o que torna vulnerável a condição do trabalho (BEZERRA, 2006).

Este tipo de relação trabalhista tem sido assumida como uma destacada característica dos mercados de trabalho nacional, independentemente de suas configurações regionais, de setores, de ocupações ou profissões. E, além disso, atravessa as esferas privada e pública, no que diz respeito à produção de bens ou mesmo à prestação de serviços sociais fundamentais, como a saúde. Bezerra (2006) cita um elenco de condições de emprego com características precárias como nos vínculos temporários, nas contratações terceirizadas, no trabalho não assalariado, nas contratações de trabalho informais, na subcontratação, nos trabalhos em tempo parcial, nos contratos que prevêm pagamento por produção, seja nos vínculos gerados através de cooperativas, entre muitos outros, quase sempre desprovidos dos direitos trabalhistas previstos por lei, que incluem férias anuais remuneradas, décimo terceiro salário, aposentadoria, licenças remuneradas e outros.

A precarização do trabalho pode ser justificada por uma cobrança em normatizar as finanças públicas e fiscalizar os gastos tendo como pré-requisito a responsabilidade na gestão fiscal, como consta na Lei de Responsabilidade Fiscal - Lei Complementar n.º 101, de 4 de maio de 2000. Esta lei visa a regulamentação junto a Constituição Federal, na parte da Tributação e do Orçamento e estabelece as normas gerais de finanças públicas a serem observadas pelos três níveis de governo: Federal, Estadual e Municipal (NASCIMENTO, 2001).

A esfera municipal, na qual se insere o PSF, reproduz uma situação típica de precarização do trabalho: é perceptível o crescimento da contratação de trabalhadores de enfermagem, no entanto pratica-se aliado a isso a informalidade desde os Enfermeiros até os técnicos e auxiliares de enfermagem. Essa tendência é especialmente importante no Nordeste, onde o PSF tem se expandido de forma expressiva (BARBOSA, 2008).

A atual conjuntura socioeconômica, apoiada em uma política neoliberal, faz com que o Brasil, em especial o Nordeste, desregulamente a gestão do trabalho. Aliado a isso, a remuneração oferecida em desequilíbrio com a carga de trabalho e grau responsabilidade e instrução do enfermeiro, dentro da equipe de saúde da família, demonstram a necessidade de discussão ampla sobre o tema luz da produção científica nacional.

Na maioria dos municípios brasileiros, e em especial os do estado da Bahia, há indícios de formas precárias de empregabilidade dos profissionais de saúde da Atenção Básica, onde aí se incluem os enfermeiros. Com base nessas considerações surgiram algumas inquietações: quais condições de emprego e remuneração estão submetidos os enfermeiros no Programa de Saúde da Família? Quais dispositivos de proteção social os cobrem enquanto trabalhadores? Estudos desta natureza são relevantes para o levantamento das necessidades de gestão do trabalho para esta categoria e formulação de políticas e diretrizes para melhoria das condições de trabalho e valorização profissional e implementação de planos de carreira. O conhecimento das características do mercado de trabalho e a consciência crítica e política desses trabalhadores poderá contribuir para a mobilização em busca dos direitos legais e jurídicos que regem a gestão do trabalho deste profissional e de forma mais ampla em todo o SUS.

2. OBJETIVOS

2.1 Geral

Descrever as condições de emprego e remuneração do Enfermeiro no Programa de Saúde da Família a partir da produção científica nacional.

2.2 Específicos

- Identificar os principais fatores relacionados a precarização do trabalho do enfermeiro no Programa de Saúde da Família.
- Caracterizar os aspectos relacionados às condições de emprego e remuneração que influenciam o trabalho dos Enfermeiros inseridos no Programa de Saúde da Família.

3. METODOLOGIA

A pesquisa científica é um procedimento racional e sistemático que tem como objetivo alcançar a solução de problemas que o pesquisador coloca em questão, visa contribuir para a evolução do conhecimento do ser humano em todos os setores, devendo ser levados em consideração critérios rigorosos de procedimentos das informações (MEDEIROS, 2007).

A metodologia é conceituada como o caminho do pensamento utilizando um conjunto de técnicas que possibilitam a construção da realidade, dispondo de instrumentos capazes de conduzir os impasses teóricos para o desafio da prática (MINAYO, 1994).

O presente trabalho trata-se de uma revisão bibliográfica de caráter qualitativo. Para Minayo (1994), as metodologias de pesquisa qualitativa são entendidas como aquelas capazes de incorporar o significado e intencionalidade como inerentes aos atos, as relações e as estruturas sociais, sendo essas últimas tomadas, tanto no seu advento, quanto na sua transformação, como construções humanas significativas. Com a finalidade de atingir os objetivos propostos, foi feita uma revisão sistemática das publicações brasileiras envolvendo a temática no período de 2003 à 2010, perfazendo sete anos de produção científica.

3.1. Tipo de estudo

Este é um estudo de revisão sistemática de literatura. Este tipo de investigação visa proporcionar um maior conhecimento para o pesquisador acerca do assunto, a fim de que esse possa formular problemas mais precisos ou criar hipóteses que possam ser pesquisadas por estudos posteriores. (GIL, 2008)

Neste sentido pode-se inferir, segundo Lubisco et al (2008), que é através da junção e análise de outros trabalhos referentes ao objeto da pesquisa que se desenvolve a revisão de literatura. Esta por sua vez, almeja reunir referenciais teóricos para o estudo, através da identificação de autores, cujo pensamento constitui a base definidora do tema.

3.2.Técnica utilizada para a coleta de dados e análise dos dados

A coleta de dados foi realizada no período de julho a novembro de 2010, através de consultas nas bases de dados em saúde *Scientific Electronic Library Online* (SCIELO), Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), Literatura Internacional em Ciências da Saúde - MEDLINE e Biblioteca Regional de Medicina (BIREME).

Os artigos encontrados, no total, foram 54, dos quais se selecionou 14 desses que se adequavam com o tema. Além desta base de dados, foram consultados periódicos, dissertações, leis, projetos de lei e resoluções, a fim de obter dados e discussões atualizadas sobre o tema proposto.

Os artigos foram filtrados através das combinações de unitermos: Empregabilidade Remuneração, Enfermeiro, Programa de Saúde da Família. Estes foram selecionados a partir de sugestões da orientadora e consultado no DECS. Aliado aos unitermos selecionou-se trabalhos que envolvessem estudos qualitativos de caráter exploratório.

Para o desenvolvimento da pesquisa bibliográfica foram adotadas etapas, como descreve Gil (2002): escolha do tema, levantamento bibliográfico preliminar, formulação do problema, elaboração do plano provisório de assunto, busca das fontes, leitura do material, fichamento, organização lógica do assunto e redação do texto.

Entre agosto e novembro de 2010, realizou-se a leitura na íntegra dos trabalhos selecionados, concomitante ao fichamento destes, no qual foram registrados dados obtidos nas pesquisas, identificação das obras consultadas, registro dos conteúdos relevantes, comentários e ordenação dos registros.

A construção lógica do trabalho, através da organização das idéias, visou atender aos objetivos específicos da pesquisa.

No período entre agosto e novembro realizou-se a análise dos dados concomitante à busca contínua de artigos atualizados sobre o tema agrupando-os a partir de ideias afins.

4. REVISÃO DE LITERATURA – FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

4.1 Regulação do trabalho no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS)

A institucionalização do Sistema Único de saúde provocou profundas mudanças na dinâmica do mercado de trabalho no setor saúde, principalmente frente a ampliação da força de trabalho de algumas categorias profissionais, especificamente os enfermeiros. Parte desse contingente de trabalhadores tem o SUS como principal empregador. Porém as condições de emprego e remuneração dos trabalhadores em saúde ainda são bastante heterogêneas dentro do sistema público de saúde.

A literatura especializada aponta para alguns nós críticos dentro da política de recursos humanos no SUS: como ausência de dados sistemáticos sobre as condições de emprego dos trabalhadores da saúde, desconhecimento das necessidades de gestão do trabalho em saúde, trabalho em saúde regulado por leis de mercado e intervenção insipiente do poder público. Na Bahia, a situação encontra-se oculta, já que não há fontes de informação confiáveis que mostrem a real situação trabalhista, no que tange a distribuição, disponibilidade, condições de trabalho e empregabilidade nos níveis organizacionais e operacionais do sistema. A formação de um sistema de informação serviria como o ponto de apoio para o entendimento, conhecimento e como base para as negociações pautadas em dados reais (BAHIA, 2008).

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. (SILVA, 2007)

Nessa perspectiva, o Ministério da Saúde desenvolveu, no biênio 95-96, um projeto denominado “Política de Recursos Humanos de Saúde: Agenda de Prioridades para a Ação dos Gestores do SUS” (BRASIL, 2003). Foram apresentados os principais pontos identificados como problemas pelos dirigentes dos serviços de saúde, destes, relacionados com o presente tema, está a insatisfação profissional decorrente das diversas formas de remuneração do trabalho, as expectativas não atendidas pelos planos de cargos e carreiras, as precárias condições de valorização profissional e a alta rotatividade.

Diante desta realidade, a gestão do trabalho em saúde passou a fazer parte da agenda estratégica dos três níveis de gestão (união, estados e municípios) sendo definidas diretrizes

operacionais que contribuíssem para sua regulamentação. Essas diretrizes operacionais estão discriminadas no Pactos pela Vida (BRASIL, 2006, p.37):

- a) A política de recursos humanos para o SUS é um eixo estruturante e deve buscar a valorização do trabalho e dos trabalhadores da saúde, o tratamento dos conflitos, a humanização das relações de trabalho;
- b) Municípios, Estados e União são entes autônomos para suprir suas necessidades de manutenção e expansão dos seus próprios quadros de trabalhadores da saúde;
- c) As diretrizes para Planos de Carreiras, Cargos e Salários do SUS - PCCS/SUS - devem ser um instrumento que visa regular as relações de trabalho e o desenvolvimento do trabalhador, bem como a consolidação da carreira como instrumento estratégico para a política de recursos humanos no SUS;
- d) Promover relações de trabalho que obedeçam a exigências do princípio de legalidade da ação do estado e de proteção dos direitos associados ao trabalho;
- e) Desenvolver ações voltadas para a adoção de vínculos de trabalho que garantam os direitos sociais e previdenciários dos trabalhadores da saúde, promovendo ações de adequação de vínculos, onde for necessário, nas três esferas de governo, com o apoio técnico e financeiro aos municípios, pelos estados e União, conforme legislação vigente;

Na Bahia a Superintendência de Recursos Humanos (SUPERH) desencadeou o processo de formulação da Política Estadual de Gestão do Trabalho e Educação Permanente em Saúde (PGTES). Tal processo contou com a participação de diversos dirigentes, gestores e técnicos da SESAB, da política de saúde estadual, da política de saúde municipal representado pelo Conselho Estadual de Secretários Municipais de Saúde (COSEMS) e representantes das universidades (RAMOS ET AL, 2009).

A Política Estadual de Gestão do Trabalho e Educação Permanente em Saúde PGTES fundamenta-se nos marcos legais, tais como: a constituição federal de 1988 que responsabiliza o SUS pela ordenação e formação de recursos humanos na área de saúde e orienta a incorporação e manutenção de servidores públicos e a Lei 6.677/94 que dispõe sobre o estatuto dos servidores públicos da Bahia colocando o concurso público como forma de acesso aos serviços de natureza pública.

A partir desta política e das bases jurídicas e normativas, com o processo de municipalização os gestores municipais passaram a ter autonomia para o ordenamento e provimento do seu quadro de pessoal de saúde através da intervenção de suas secretarias, notadamente na Estratégia de Saúde da Família, podendo construir sua própria política de contratação de pessoal de acordo às suas necessidades e especificidades .

A necessidade de melhoria das condições de empregabilidade para os profissionais de saúde na Bahia torna-se cada vez mais premente, visto que, estes são empregados por vezes na forma de terceirização, OS - Organização Social, Fundação Estatal, contratos temporários, dentre outras. Todas estas formas de emprego não dão aos profissionais a segurança e as condições adequadas de empregabilidade, estabilidade e remuneração adequada que se preconiza no SUS.

Importante referir sobre a Fundação Estatal de Saúde da Família (FESF), que começou a ser implementada na Bahia, regulamentada pela Lei complementar nº 29, de 21 de dezembro de 2007 da Constituição do Estado da Bahia. A atração de profissionais para esse tipo de contratação está na possibilidade de vínculo de trabalho regido pela CLT (Consolidação das Leis de Trabalho), já que a Fundação estatal apresenta algumas características na sua forma de contratação, remuneração e plano de carreira:

- a) entidade pública sem fins lucrativos, com personalidade jurídica de direito privado, a ser instituída pelo Poder Público; [...]
- d) sistema de governança estatal público e colegiado, onde o processo decisório se mantém dentro do espaço público; [...]
- g) subordinada às regras públicas de licitação e contratos; [...]
- i) obrigada a contratar via concurso público, com regime jurídico da Consolidação das Leis do Trabalho (CLT), garantindo plano de carreira, emprego e salários próprios para seus trabalhadores e acordo coletivo de trabalho.

A Fundação Estatal (FE) é uma das formas de aumentar o quantitativo de profissionais de saúde, inserindo-se aí o enfermeiro, porém há muitos posicionamentos contrários a essa alternativa de gerência pública, fundamentados em motivos que contradizem os interesses dos trabalhadores de saúde, como assinala Andrade (2009, p. 38) em sua dissertação de mestrado:

O Conselho Nacional de Saúde, por exemplo, rejeitou a proposta de Fundações Estatais em plenária no segundo semestre de 2007, situando suas preocupações e críticas, principalmente, nos seguintes pontos: a ausência de discussão do governo com os movimentos sociais organizados, trabalhadores e usuários sobre a proposta de Fundações Estatais; Crítica à FE como única solução para as mazelas da administração pública na saúde, afirmando que a criação de mais uma figura jurídica não resolveria os problemas de gerenciamento do Poder Público; Necessidade de ampliar o debate com a sociedade civil organizada acerca de modalidades de gestão para o Sistema Único de Saúde (SUS); E o questionamento da proposta de plano de emprego que retira a estabilidade e outros direitos conquistados pelos trabalhadores.

Outro fator preponderante é o fato de que este regime de contratação pode estar isento da responsabilidade tributária regida pela Lei de Responsabilidade Fiscal, já que é considerada entidade pública sem fins lucrativos, com personalidade jurídica de direito privado e dessa forma, não adota o critério de dependência financeira como traço distintivo para a sua aplicabilidade, ou seja, a FE firma-se como prestador de serviço ao poder público por ter possuir Personalidade Jurídica de Direito Privado.

Andrade (2009) ainda cita o Projeto Fundação Estatal, documento do Ministério de Planejamento, Orçamento e Gestão do ano de 2007 o qual afirma que não se aplicaria à FESF o texto constitucional dos servidores, não estando ela sujeita às disposições da Lei de Responsabilidade Fiscal (LRF), especialmente nos limites de despesas com pessoal, identificados muitas vezes como um nó crítico para a gestão dos serviços de saúde.

A FESF é entendida, desta forma, como uma alternativa de despreciação do trabalho aliada a adequação ao regime jurídico tributário de maneira a não esbarrar na LRF. Porém, mesmo que este regime de contratação seja de propriedade pública, não fica configurado o vínculo público para trabalhador de saúde, já que se caracteriza com administração indireta ao poder público. Esta é uma forma de mascarar uma forma de precarização já que não dá estabilidade suficiente, nem condições de remuneração adequada

Os trabalhadores de saúde são entendidos como sujeitos e agentes transformadores de suas práticas, das relações de trabalho desenvolvidas no seio das equipes de saúde e destas com os usuários (RAMOS ET AL, 2009). Assim, principalmente na atenção básica, o Enfermeiro é entendido como elemento-chave para o desenvolvimento e melhoria do sistema de saúde, visto que seu trabalho assume o protagonismo na reorientação do modelo de atenção, através do atendimento nos principais programas da atenção básica além das atividades de gerenciamento da USF e do PACS.

Nessa perspectiva de valorização do trabalho, e de reconhecimento do trabalhador enquanto sujeito do seu processo de trabalho, as ações contempladas pela Política de Gestão do Trabalho e da Educação Permanente em Saúde devem ser agregadas aos princípios gerais dos SUS, dentre elas destacam-se:

- a) o trabalhador é um sujeito histórico que deve ser considerado em suas dimensões políticas, culturais e sociais, expressas nas relações que estabelece no cotidiano de vida e trabalho; b) a valorização do trabalhador e geração de ambiência favorável à motivação, comprometimento e desempenho para as pessoas; c) a estruturação da

gestão do trabalho, visando à regulação, regulamentação e desprecarização do trabalho em saúde; d) a cooperação técnica com os municípios para o desenvolvimento das ações estratégicas na área de Gestão do Trabalho e da Educação na saúde, com ênfase no apoio à implementação da Educação Permanente dos trabalhadores do SUS; e) a criação de espaços permanentes de negociação com as organizações representativas dos profissionais e trabalhadores de saúde para estabelecimento de acordos e pactos relacionados à desprecarização dos vínculos e melhoria das condições e relações de trabalho (SESAB, 2009, p. 43).

Desta forma, as ações de desprecarização e a adequação destes princípios à gestão do trabalho no âmbito do SUS, responderiam às principais necessidades relacionadas à vida funcional do trabalhador como as formas de ingresso, provimento, movimentação, enquadramento, desenvolvimento na carreira e garantia de direitos trabalhistas, às garantias de condições adequadas de trabalho, participação dos trabalhadores na formulação de políticas (Plano de Cargos, Carreiras e Salários) e na criação de espaços de negociação. (RAMOS ET AL, 2009).

Sendo assim, neste trabalho, comenta-se sobre as informações qualitativas colhidas pelo SUPERH a partir do que os gestores e representantes dos trabalhadores participantes tinham a falar durante Conferência Estadual e em Conferências Municipais de Saúde, recorrendo, além destes, à leitura de relatórios desses eventos e de outros encontros específicos promovidos pelos órgãos responsáveis pela gestão do trabalho.

Destas informações elencaram-se aquelas relacionadas com este trabalho e que ingressaram na Agenda Estratégica da SESAB em 2007-2008. O primeiro deles diz respeito à “Inexistência de uma Política Estadual de Gestão do Trabalho e da Educação Permanente em Saúde para o SUS-BA”. A observação desse problema desfechou na problemática presente na Bahia e tema de discussão deste trabalho que é a “Precarização das Relações de Trabalho: Vínculos e Condições”, que afeta a grande maioria dos trabalhadores do SUS, inclusive em áreas estratégicas, como é o caso da atenção básica e dos serviços hospitalares de urgência/emergência.(RAMOS ET AL, 2009)

Em contra partida, este mesmo autor mostra que para o enfrentamento deste problema, considerou-se que dentre outras ações, deve-se implementar alternativas gerenciais que permitam a garantia do cumprimento dos direitos trabalhistas dos servidores da saúde e a melhoria da suas condições de trabalho e remuneração. Implantação do sistema de informação sobre a força de trabalho em saúde no SUS-BA, que permita a geração de informações necessárias ao planejamento do desenvolvimento de recursos humanos, em função das

necessidades quantitativas e qualitativas de pessoal, derivadas do processo de consolidação do SUS no Estado. São diretrizes para a gestão do trabalho em saúde no estado:

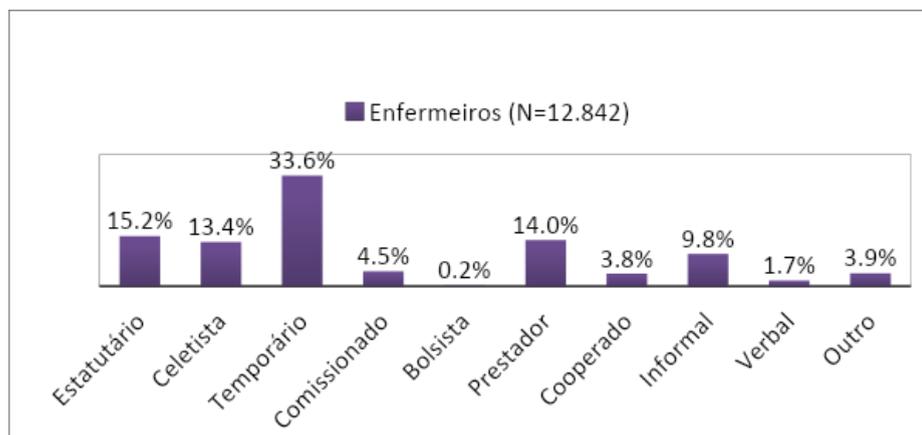
- a) Gerenciamento de processos relativos à vida funcional dos servidores da SESAB, garantindo a observância de seus direitos trabalhistas e monitorando o cumprimento de seus deveres contratualmente estabelecidos.
- b) Coordenação e execução de concursos públicos para preenchimento dos postos de trabalho existentes e a serem criados em função do processo de expansão e reorganização do modelo de atenção à saúde e da mudança no modelo de gestão do SUS-BA.
- c) Apoio aos Colegiados de Gestão Regional de cada uma das nove macro-regiões do Estado, na elaboração do Plano Regional de Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde, contemplando: acompanhamento do processo de revisão e implantação do Plano de Cargos, Carreiras e Salários (PCCS);
- d) Apoio à instalação e monitoramento do trabalho das mesas de negociação entre gestores e trabalhadores do SUS, ao nível estadual e municipal (SESAB, 2008, p. 48)

Em 2006, o Ministério da Saúde lança um programa intitulado Programa Nacional de Desprecarização do Trabalho no SUS, o qual possui como objetivo a elaboração de políticas e de formulação de diretrizes para desprecarização do trabalho no sistema público. Neste documento, são tecidas uma série de discussões de como pode ser implementada a desprecarização do trabalho no âmbito do SUS.

Compreendendo que o intuito deste trabalho visa entender as condições de empregabilidade e remuneração do enfermeiro no PSF e que este programa está sob a “tutela” da gestão municipal, forma observada a visão do presidente do CONASEMS em 2006 que afirma: Em relação à Desprecarização do Trabalho, nossa posição é clara: “somos contra qualquer vínculo, seja na forma direta ou indireta, que não assegure ao trabalhador os seus direitos trabalhistas e previdenciários. (BRASIL, 2006, p. 08)

Em contrapartida, boa parte das formas de emprego de profissionais de saúde principalmente o enfermeiro no Brasil, bem como nos municípios da Bahia apresentam formas precárias de admissão.

Dados retirados do documento elaborados pelo Programa Nacional de Desprecarização do Trabalho no SUS: DesprecarizaSUS (2006) auxiliam a ter uma ideia do parâmetro nacional dos vínculos empregatícios no Programa de Saúde da Família.



Fonte: Programa Nacional de Desprecarização do Trabalho no SUS: DesprecarizaSUS/2006
 Quadro 1- Vínculos de Trabalho da Equipe Saúde da Família no Brasil, 2001 – 2002 (em percentual)

A análise do gráfico pode-se inferir que apenas uma parcela pequena dos vínculos de trabalho podem ser considerados como forma de emprego desprecarizado, incluindo o Estatutário e Celetista o que corresponde 28,5% de um total de 12.842 enfermeiros pesquisados no país. Enquanto todos os outros vínculos são considerados como formas de precárias de emprego, o qual corresponde a 71,5% do total. Esses dados refletem que a precarização no SUS ainda é um problema a ser questionado e debatido nas três esferas de governo, já que mesmo que sejam dados coletados entre os anos de 2001 e 2002, a situação atual não tem se modificado de forma expressiva.

4.2 Condições de emprego do enfermeiro no Programa de Saúde da Família

A empregabilidade em saúde nos tempos atuais pode ser entendida como um processo de inclusão/ exclusão dos trabalhadores no mercado de trabalho. Após a conclusão de curso de graduação no campo da saúde, a expectativa em torno do emprego permeia as aspirações dos egressos do curso de enfermagem. Porém, após a entrada no mercado de trabalho, o

profissional defronta-se com realidade e espera alguns dispositivos de proteção social do seu emprego nem sempre presentes nas relações de trabalho formalizadas.

A conceituação de condições de emprego, neste trabalho, segundo Paiva (2008, p. 11) refere-se ao:

“[...] vínculo existente entre o empregado (pessoa física) e o seu empregador (pessoa física ou jurídica), através do qual o primeiro subordina-se juridicamente às ordens do segundo, recebendo uma contraprestação salarial e não podendo fazer-se substituir, ou seja, os serviços deverão ser prestados pessoalmente.”

A partir desse conceito, entende-se que o vínculo caracteriza as várias formas de emprego como o contrato de trabalho tácito – regido pela CLT – ou expresso, que pressupõe as várias formas de inserção ao emprego. É a partir deste entendimento que se possibilita identificar a precarização das condições de emprego. Permite-se também inferir sobre a questão salarial entendida como fator preponderante nesta relação.

A situação de empregabilidade do enfermeiro no PSF, na maioria dos trabalhos pesquisados, demonstra uma indisponibilidade de contratos tácitos, ou seja, regidos pela CLT ou por regime estatutário além de outros fatores característicos da precarização do emprego deste profissional, como: ausência de Plano de Cargos e salários, baixos salários, dentre outros.

O Programa de Saúde da Família se insere no país como amplo projeto de reforma no setor saúde. Este movimento começa a se estruturar a na década de 90, com a criação do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Criado no contexto de expansão do PACS, constitui conjuntamente com este, a Estratégia de Saúde da Família, no âmbito do Sistema Único de Saúde com o objetivo de garantir a cobertura dos serviços básicos de saúde a um contingente populacional historicamente excluído deste tipo de serviço.

Com o processo de municipalização, o PSF foi estruturado em parceria com as Secretarias Estaduais de Saúde, os municípios e Instituições de Ensino Superior e procurando atingir prioritariamente parcelas mais pobre da sociedade. (ARAÚJO, 2003).

Embora tipificado como um programa, o PSF por suas especificidades, foge a esta concepção. Elaborado no nível central (Ministério da Saúde), não é uma intervenção verticalizada, complementar as atividades dos serviços de saúde. Pelo contrário, enquanto estratégia, reorganiza a rede de serviços, sendo a porta de entrada do sistema de saúde. Atua em um território definido para resolução e enfrentamento dos principais problemas de saúde da área adscrita.

O Programa de Saúde da Família e Programa de Agentes comunitários de Saúde fazem parte da organização da Atenção básica:

A atenção básica caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrangem a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde.

É desenvolvida por meio do exercício de práticas gerenciais e sanitárias, democráticas e participativas, sob forma de trabalho em equipe, e dirigidas a populações de territórios bem delimitados, pelas quais assume a responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações. Utiliza tecnologias de elevada complexidade e baixa densidade, que devem resolver os problemas de saúde de maior frequência e relevância em seu território.

É o contato preferencial dos usuários com os sistemas de saúde. Orienta-se pelos princípios da universalidade, da acessibilidade e da coordenação do cuidado, do vínculo e da continuidade, da integralidade, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social. (...) A atenção básica tem a Saúde da Família como estratégia prioritária para sua organização de acordo com os preceitos do Sistema Único de Saúde. (BRASIL, 2006, p. 06).

Portanto, a atenção básica é entendida como o primeiro nível da atenção à saúde no SUS (contato preferencial dos usuários), que se orienta por todos os princípios do sistema, inclusive a integralidade, mas emprega tecnologia de baixa densidade, que inclui um rol de procedimentos mais simples e mais baratos capazes de responder aos principais problemas de saúde da comunidade, embora sua organização demande estudos de alta complexidade teórica (BRASIL, 2007).

O PSF tem o seu funcionamento através de uma Unidade de Saúde da Família (USF), com uma Equipe de Saúde da Família (ESF) composta por um médico, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem e agentes comunitários de saúde, além de outros profissionais possam ser incorporados como é o caso daqueles do NASF – Núcleo de Apoio à Saúde da Família que fazem o acompanhamento das famílias cadastradas no Programa (ARAÚJO, 2003).

Para o efetivo acompanhamento da população coberta pela área da USF, é necessário não somente o conhecimento do perfil da população, mas o conhecimento de suas heterogeneidades dentro das homogeneidades.

Este é o perfil diferenciador do Enfermeiro da Família. É no tempo de convívio com a população, na identificação dos problemas reais e potenciais, riscos e agravos, no conhecimento dos determinantes e condicionantes do processo saúde-doença como condições

de moradia e das relações familiares, que é possível um atendimento amplo e completo ao usuário da unidade.

O Programa de Saúde da Família incorpora os princípios de humanização, responsabilização e vínculo. O vínculo pressupõe a empatia, o conhecimento do outro e de sua singularidade, do território e dos problemas que o afetam, sendo um processo dinâmico e permanente que se constrói ao longo do tempo e se fortalece nas relações interpessoais duradouras.

A estratégia de saúde da família atualmente é um dos principais campos de atuação profissional do Enfermeiro na Bahia e no Brasil. O processo de municipalização e expansão da cobertura do Programa ampliou os postos de trabalho para essa categoria profissional, sobre tudo nos municípios baianos. Porém, esse fenômeno apresenta algumas incongruências estruturais: se por um lado existe uma política de saúde que defende o fortalecimento da Atenção Básica com a ampliação da cobertura da Estratégia de Saúde da Família que inclui à implantação de Unidades de Saúde da Família e a contratação de trabalhadores de saúde, por outro lado existe uma Lei que limita os gastos de municípios, estados e união com pagamento de pessoal (Lei de Responsabilidade Fiscal – Lei Complementar n ° 101, de 4 de maio de 2000).

A Lei de Responsabilidade Fiscal prevê:

“Em termos práticos, se a despesa de pessoal em determinado período exceder os limites previstos na lei, medidas serão tomadas para que esse item de gasto volte a situar-se nos respectivos parâmetros, através da extinção de gratificações e cargos comissionados, além da demissão de servidores públicos, nos termos já previstos na Constituição Federal.”

A partir da análise deste trecho é evidente que quanto mais precário for o vínculo empregatício para com o servidor ou prestador de serviço maior será a facilidade de manipulação e controle destes gastos com pagamento de pessoal. A expansão de alguns Programas e com a retração da contratação da força de trabalho por parte dos estados e, sobretudo da união, a situação se agravou ainda mais, sobrecarregando a gestão local (SILVA & SILVA, 2008).

Ainda segundo o autor supracitado, apesar dos seus avanços no que diz respeito ao controle da máquina pública e a responsabilização do gestor pela administração financeira, ela criou um paradoxo: ao mesmo tempo em que o Estado responsabiliza os gestores do SUS

pele prestação de serviços de saúde integrais e universais, o impede de contratar pessoal para execução dessas políticas públicas.

Diante dos limites legais impostos pela legislação fiscal, grande parte dos municípios buscou alternativas diversas para contratação de pessoal de saúde, principalmente para a implementação, expansão e cobertura da Estratégia de Saúde da Família. Através da flexibilização dos contratos de trabalho garante-se a diminuição da carga tributária trabalhista e enxugamento da folha de pagamento, em decorrência das restrições orçamentárias e legais, em especial desta Lei.

Essa situação encaixa-se de forma preocupante com o contingente cada vez mais crescente de enfermeiros que entram no mercado de trabalho. Assim, a classe fica a mercê desta flexibilização, repercutindo em baixa remuneração, sobrecarga de trabalho, pouco tempo de permanência no programa, instabilidade, dentre outras situações que caracterizam a precarização do trabalho.

A Bahia tem no ente municipal, o principal empregador da força de trabalho do Programa de Saúde da Família. Além de empregador o município é responsável pelo gerenciamento do programa e tem lançado mão de alternativas administrativas de gerenciamento dessas, organizações através de contratos de gestão firmados com Organizações Sociais em Saúde (OSS) e Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público (OSCIP) e contratos com cooperativas. As OSS e OCISP também são responsáveis pela contratação de trabalhadores da saúde. Estas alternativas são formas de terceirização de pessoal no setor saúde e estão fortemente associadas à precarização do trabalho.

O trabalho precário põe em risco a própria viabilidade do Programa de Saúde da Família, pela desvalorização do trabalho e do trabalhador em saúde, além de refletir de forma substancial na qualidade e na continuidade da assistência prestada.

As gestões locais do trabalho em saúde tem sido foco de inúmeros debates políticos que tem fomentado a criação de mesas de negociação entre trabalhadores e gestores do SUS com vistas à elaboração de diretrizes que visem a erradicação do trabalho precário na saúde.

Segundo dados IBGE (1999), o setor saúde conta com mais de 2 milhões de empregos, sendo o setor público quem mais emprega esta mão-de-obra (56%), os municípios são responsáveis por 69% do total de contratações do setor público.

A incongruência entre os princípios da atenção primária em saúde e o perfil de empregabilidade a que o enfermeiro está submetida interfere perceptivelmente na concretude

de uma atenção básica resolutive e de acordo com as diretrizes do SUS e que está alicerçado pela gestão municipal. O trabalho de acompanhamento, reconhecimento e visibilidade da população adscrita em uma área de abrangência permeia relações que só podem ser formadas com o tempo e a permanência do profissional na Unidade. Este perfil é assegurado pela característica do profissional enfermeiro de uma USF, como referencial da equipe de saúde.

Em pesquisa de campo realizada por Soares (2003) em Ipu no Ceará, que avalia a percepção dos enfermeiros quanto à forma de contratação para o PSF, o estudo demonstrou que esses profissionais entendem que os Contratos Temporários e os Contratos de Prestação de Serviços, são formas de contratação que geram menos ônus para os municípios, porém não dão ao profissional estabilidade e garantias trabalhistas.

Ainda segundo Soares (2003, p. 20), esses tipos de vínculo e a baixa remuneração provoca uma série de conflitos e insatisfações levando a uma grande rotatividade de profissionais:

Dentre as situações de conflito e/ou insatisfação vivenciadas pelos profissionais no PSF, identificam-se principalmente as relacionadas com inadimplência, ausência de direitos trabalhistas, política do gestor, política salarial, gestão administrativa, salários, condições de trabalho e direitos trabalhistas.

A rotatividade dos profissionais está relacionada principalmente à gestão administrativa, salários, condições de trabalho e direitos trabalhistas.

É perceptível que o SUS, assim como os gestores e trabalhadores que estão inseridos neste sistema enxergam a necessidade de melhoramentos no que diz respeito à remuneração e empregabilidade, no entanto a teoria não condiz com a prática, permanecendo ainda formas precárias de emprego em que a rotatividade de enfermeiros é fator preponderante, seja pelo fator político ou pela busca de melhores condições de emprego e remuneração.

4.3 Condições de Remuneração: inserção e/ou manutenção do Enfermeiro no PSF

Conceitua-se remuneração como “o conjunto de retribuições recebidas habitualmente pelo empregado pela prestação de serviços, em dinheiro ou em utilidades, provenientes do empregador ou de terceiros, mas decorrentes do contrato de trabalho, de modo a satisfazer suas necessidades básicas e de sua família” (PAIVA, 2008, p. 79). Aliado a este conceito está

a concepção de valorização profissional que é também refletida no valor atribuído a esta remuneração. Sabe-se, no entanto, que tal valorização perpassa por muitos aspectos, como a política socioeconômica, oferta de trabalho e aspectos históricos.

A atual conjuntura política sócio-econômica, no Brasil, traz consigo uma tendência de desvinculação da responsabilidade empregatícia. Através de contratações firmadas, falta de direitos trabalhistas e defasagem salarial. Este fenômeno tem sido verificado em todas as esferas de trabalho, principalmente no setor saúde.

As características precárias de trabalho envolvem dentre outros fatores, a remuneração e podem ser elencadas como: contratos de curto prazo, baixos salários, inexistência de direitos a 13º salário, férias não remuneradas, a não vinculação do profissional ao emprego a partir da assinatura de sua carteira de trabalho dentre outras condições que o trabalhador tem que se submeter para sua inserção e ou manutenção no mercado de trabalho.

O Programa de Saúde da família neste contexto tem sofrido os impactos do neoliberalismo, no que diz respeito à política de recursos humanos, na forma de recrutamento e seleção de pessoal para o programa, na falta de uniformidade na contratação permitindo uma multiplicidade de regimes (estatutários, contratados temporariamente, terceirizados) em uma mesma esfera de governo, o que fere o princípio da isonomia. Trabalhadores que executam a mesma função têm direitos trabalhistas e remunerações diferenciadas, ou até mesmo a ausência de direitos, de acordo com a forma de contratação.

Em relação aos enfermeiros, é consensual que o PSF representou um importante incremento na oferta de postos de trabalho. Na pesquisa “Agentes Institucionais e Modalidades de Contratação de Pessoal no Programa de Saúde da Família no Brasil”, o número de enfermeiros no PSF em 2001 estava na ordem de 14.061 profissionais. Este quantitativo representa 15% dos profissionais registrados no COFEN, 19,9% dos postos de trabalho em serviços de saúde e 20% dos vínculos formais de emprego (GIRARDI; CARVALHO, 2003 apud UERJ, 2006).

Vieira (2007) apud UERJ (2006) na página 14, chama a atenção para alguns aspectos da ampliação de postos de trabalho para enfermeiros:

O cenário de crescimento do sistema educativo, com expressiva participação do setor privado e concentrado nas regiões sul e sudeste, pode estar atrelado à implementação do SUS, com expansão de postos de trabalho, principalmente na esfera municipal, e à implantação do PSF, que se tornou uma perspectiva atraente no mercado de trabalho dos enfermeiros. De forma

geral, houve um aumento de postos de trabalho em todo o setor saúde na década de 90, na qual o patamar de empregabilidade dos enfermeiros atingiu 92,4% de absorção em 1999.

Segundo da pesquisa “Empregabilidade e Trabalho dos Enfermeiros no Brasil” realizado pela RORHES-IMS/UERJ (2006). As prefeituras são os agentes responsáveis pela contratação de 85% dos enfermeiros. Aliado a isso se percebe um aumento da disponibilidade de emprego já que tais municípios são estimulados a criar novas USF’s e a implementação da Gestão Plena em Saúde.

Entendendo que o aspecto de alta empregabilidade atrai de modo considerável a perspectiva de futuro emprego, nessa mesma década e na década subsequente observa-se um aumento de cursos de graduação de enfermagem, atingindo, segundo a Universidade Estadual do Rio de Janeiro (2006), entre o início dos anos 90 e 2004, um crescimento acumulado de vagas de enfermagem de 843,7%. O aumento das vagas foi consequência da criação de novos cursos de natureza privada o que representou 77,6%, em 2004.

Não foram achados dados que comprovem um crescimento substancial dos cursos de graduação em enfermagem no estado da Bahia, porém os dados obtidos pelo MEC no ano de 2010, demonstra um quantitativo expressivo destes cursos. Há 51 instituições de ensino superior, neste estado, que possuem graduação em enfermagem, destas apenas 6 (11,8%) são públicas. Percebe-se que a representatividade de cursos de graduação em enfermagem na Bahia se expressa substancialmente de cunho privado, o que representa 88,2% dos cursos de enfermagem registrados pelo MEC.

O crescimento desordenado e talvez excessivo do contingente de enfermeiros pode ser exemplificado a partir de dados do ENADE (2010) que afirma: “Entre as áreas avaliadas, a que apresenta o maior número de inscritos é a de Bacharelado em Enfermagem, com 86.856 inscritos.” O que quer dizer que de um total de 422.896 estudantes de 19 cursos de graduação, 20,5% eram representados por estudantes de Bacharelado em Enfermagem.

Observando o crescimento da oferta de enfermeiros no mercado de trabalho contrapondo-se à quantidade de empregos oferecidos, percebe-se uma desvalorização do profissional que pode ser explicada pela relação entre a oferta de mão de obra e a procura por ela. Essa desproporção entre oferta-procura no mercado de trabalho pode contribuir para formas de empregabilidade e remuneração cada vez mais aquém das reais necessidades e da

valorização do enfermeiro. Constitui, por isso, como uma das possíveis justificativas para a adoção de baixa remuneração.

O entendimento das atribuições do Enfermeiro da Estratégia de Saúde da Família é confrontado com sua situação salarial. Além disso, é necessário reiterar que este profissional exerce, em muitas vezes, a função gerencial. O enfermeiro, deste modo, abarca as inúmeras vertentes situacionais desde assistência até a gerência.

No entanto, a alta rotatividade deste profissional, verificada em todo país inclusive no estado da Bahia, contrapõem-se a uma continuidade no trabalho, que é de extrema importância para este setor. Muitos são os motivos que podem ser atribuídos a fim de justificar o atual cenário. Barbosa (2008), em sua pesquisa de dissertação de mestrado identificou como fatores relacionados a alta rotatividade desde a influência política, baixa remuneração, melhores oportunidades de trabalho e a falta de valorização profissional.

Aliado a isso, identifica-se a necessidade de adequação do piso salarial compatível com a função, qualificação e nível de responsabilidade do profissional enfermeiro. O piso salarial é conhecido em nossa legislação ordinária como salário mínimo profissional, que é fixado por lei, sendo deferido ao profissional cujo ofício seja regulamentado por diploma legal.

Segundo Projeto de Lei nº 4.924, de 2009 de autoria do Deputado federal Mauro Nazif que dispõe sobre o Piso Salarial do Enfermeiro, do Técnico de Enfermagem, do Auxiliar de Enfermagem e da Parteira, traz como justificativa que:

“a legislação trabalhista brasileira determina uma série de garantias da remuneração devida aos trabalhadores. Mauricio Godinho Delgado relaciona entre elas o salário profissional, que está inserido nas proteções jurídicas do valor do salário, denominado de patamar salarial mínimo imperativo, podendo ser genérico, para todo o mercado, ou especial, relativo a determinadas profissões ou categorias profissionais especiais.”

Ainda em sua justificativa, o mentor do projeto alega que os profissionais da categoria, além de possuírem uma carga horária semanal de trabalho elevada, ainda acumulam mais de um emprego, com o intuito de conseguir uma remuneração melhor. “Mesmo assim, em muitos casos, esse objetivo não é alcançado. Por fim dispõem no Art. 15-A: “É devido o piso salarial de R\$ 4.650,00 (quatro mil e seiscentos e cinquenta reais) ao Enfermeiro...” (PL nº 4.924, 2009)

No entanto, a política neoliberal que influencia as características de empregabilidade, nasce carregada de o individualismo nas relações sociais, uma redução da carga tributária, o corte dos direitos sociais e trabalhistas, a desregulamentação dos mercados dos mercados financeiros e das economias, a privatização maciça das estatais e um Estado mínimo.

Segundo Almeida (2003) os preceitos do neoliberalismo levam a pensar que os direitos trabalhistas são sinônimos de vantagens ou privilégios que provocam um impedimento ao crescimento econômico. Então, a flexibilização é entendida como um caminho ideal e imprescindível para libertar o capital de amarras e, aí então, gerar mais empregos.

Ainda segundo este mesmo autor o empregador, obrigado a respeitar a legislação trabalhista, com seus enormes custos de admissão e demissão, é obrigado a partir para empregos atípicos (temporários, subcontratados, em tempo parcial, estagiários, etc. Tais características são similares e refletem às condições de emprego as quais o Enfermeiro do Programa de Saúde da Família está submetido.

Esta atual forma de ingresso no programa tem trazido dificuldades para a fixação de pessoal de saúde. A lógica da lei de mercado que regulam as relações de trabalho, a política salarial diferenciada entre os vários municípios do estado favorece a grande rotatividade pessoal nas equipes de saúde da família.

Segundo pesquisa realizada por Barbosa & Aguiar (2008) sobre os fatores desfavoráveis para a permanência de enfermeiro na USF, elenca-se aqui os principais: pressão por cumprimento de produção, desgaste físico, mental e até mesmo social, fomentando a evasão para outras opções de trabalho mais dignas e favoráveis e foram categóricos ao elegerem, como condições para a permanência, salários mais compatíveis, vínculos empregatícios seguros e oferta de educação permanente.

O autor comenta ainda, que a alta rotatividade compromete a operacionalização do trabalho e diminui a efetividade das ações que subsidiam esse modelo de assistência à saúde. Tal situação ameaça principalmente a criação de vínculos de confiança entre os profissionais, usuários e suas famílias e com a própria comunidade. Esse fenômeno afeta os profissionais e ameaça o impacto da estratégia.

O trabalho em saúde, enquanto atividade criativa e de transformação, modifica não apenas o mundo, mas também os homens e mulheres que o executam. Estes necessitam reconhecer-se em seu espaço, se gratificarem com o fruto do seu trabalho, e também se

transformarem nesse processo. O trabalho enriquece não apenas pelo dinheiro, mas também pela experiência, habilidades, enfim, pelo desenvolvimento pessoal e coletivo que propicia. (BARBOSA; AGUIAR, 2008 apud CODO; VASQUEZ-MENEZES, 1999).

Segundo Mendonça, et al (2010) os recursos humanos em saúde constituem, reconhecidamente, um dos principais desafios ao processo de implementação do Sistema Único de Saúde brasileiro. Referindo-se a Atenção Básica, mais precisamente ao PSF a autora percebe em seu trabalho uma resposta positiva à necessidade de desprecarização e a construção de ESF mais estruturada, no trecho:

A gestão de trabalho no contexto da Estratégia de Saúde da Família nas cidades estudadas tem buscado equacionar dificuldades relativas à implementação do SUS no nível local. O que é evidenciado pela busca da regularização dos vínculos através da realização de concursos públicos, pelo investimento e valorização do processo de qualificação dos trabalhadores, pelo tempo de permanência dos profissionais nas equipes mais elevado, pela adoção de mecanismos de remuneração mais adequados por categoria e complementações via recompensas específicas para atuação em áreas de risco (MENDONÇA ET AL, 2010, p. 09).

Percebeu-se no estudo de Mendonça (2010), que foi realizado com trabalhadores das categorias profissionais da equipe de saúde da família e entrevistas com gestores e representantes das entidades profissionais, que o processo de implementação da Estratégia de Saúde da Família nos municípios aponta para os seguintes aspectos que devem ser valorizados e destacados quanto à gestão do trabalho para a Estratégia de Saúde da Família, dentre outros, a existência de quadro permanente de profissionais selecionados através de concurso público e a implantação de um sistema de remuneração diferenciada, de forma a incentivar e, ao mesmo tempo, remunerar o exercício profissional em locais de grande vulnerabilidade.

Silva (2007, p. 30) afirma em sua dissertação de mestrados que:

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.

Com a estabilidade do vínculo empregatício, remuneração adequada, direitos trabalhistas garantidos e baixa rotatividade de profissionais será possível construir o caminho para a desprecarização do trabalho e construção da identidade e do reconhecimento

expressivo do enfermeiro na sociedade, pois neste profissional está um dos sustentáculos do PSF. É neste sentido que a consolidação da ESF estará condizente com os princípios preconizados na Atenção Básica e fará desta o alicerce do Sistema Único de Saúde, aliados a empregabilidade digna para aqueles profissionais que se sacrificam para a construção de um sistema público de saúde equânime para usuários e trabalhadores.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao analisar a produção científica utilizados para a construção do presente trabalho, percebe-se que há um entendimento do enfermeiro quanto as condições precárias de empregabilidade e remuneração a que este profissional pode está submetido no PSF. Tais condições são percebidas nos depoimentos de todos os artigos, já que foram utilizadas pesquisas de caráter exploratório e de natureza descritiva.

A necessidade de desprecarização do trabalho com a melhoria das condições de empregabilidade e de remuneração é vista como um passo importante para a consolidação da Estratégia de Saúde da Família, já que é necessária a construção de vínculos com a população e formação de uma equipe condizente com a resolução dos problemas de saúde da população da área de abrangência. Além disso, o enfermeiro por característica de sua profissão é um dos profissionais considerados como “elemento chave” da Estratégia de Saúde da Família, atuando como gerente da ESF, já referida e o PACS, considerado como o “embrião” da primeira.

Neste sentido, a alta rotatividade deste profissional interfere de forma substancial na formação de tais vínculos e no conhecimento da população, no entendimento de que o Enfermeiro da Família deve conhecer sua população adscrita e os principais riscos e agravos aos quais ela está submetida.

A justificativa para os principais problemas em termos de empregabilidade e remuneração resume-se na precarização do trabalho da Atenção Básica e no SUS.

Percebe-se que há movimentos ou estímulos para que haja desprecarização do trabalho no SUS, através das mesas de negociações entre gestores do SUS e trabalhadores, plano de carreira cargos e salários, DesprecarizaSUS, discussões com entidades competentes e

representantes das classes diretamente atingidas, mas precisa da mobilização política dos principais interessados, os trabalhadores de saúde.

O enfermeiro do PSF está submetido a condições de empregabilidade que não lhe dá segurança, estabilidade, remuneração adequada à quantidade de trabalho presente no PSF, trazendo como conseqüência a baixa valorização social do seu trabalho. Tal situação reflete na qualidade de trabalho e no tempo de permanência desse trabalhador no programa, já que haverá por implicação a busca de melhores condições de emprego e remuneração.

A gestão municipal – principal financiadora da Atenção Básica junto com o ente federal encontra-se entre fatores contraditórios: se por um lado é estimulada a implementar um Gestão Plena em Saúde com 100% de cobertura municipal, por outro é controlada pela LRF. Esta situação faz com que sejam estimulados a criação de empregos sem concurso público, a partir de contratos temporários, baixa remuneração, alta rotatividade, além de não garantir os direitos garantidos pela CLT.

Uma alternativa atualmente utilizada pelo estado é a instituição da Fundação Estatal de Saúde da Família, a qual não está submetida à Lei de Responsabilidade Fiscal, já que é considerada como prestadora de serviço para o poder público e seus profissionais são contratados a partir de seleção pública. Algumas organizações, porém, como o Conselho Nacional de Saúde enxerga prejuízos que podem ser interpretadas como um trabalho que não traz estabilidade do emprego, como seria no concurso público.

Algumas justificativas encontradas na revisão de literatura para a baixa remuneração do enfermeiro do PSF baseiam-se em um contingente cada vez mais crescente deste profissional no mercado de trabalho, o qual excede a procura. Justifica-se baseado na lei da oferta-procura.

A construção de condições de emprego e remuneração condizentes ao cargo do enfermeiro da PSF perpassa principalmente pela desprecarização do trabalho deste profissional, a partir da estabilidade no emprego, criação de vínculos, melhor remuneração, criação de concurso público para sua inserção do profissional, aumento do tempo de sobrevivência nos postos de trabalho, e a criação da carreira em saúde da família com planos de cargos e salários dentre outros incentivos.

Para concretização desses aspectos é necessário uma maior mobilização e politização deste profissional, dos conselhos e sindicatos que o representam junto aos gestores da esfera federal, estadual e principalmente municipal. É necessário também um maior controle e

critérios para a abertura de novos cursos de graduação em enfermagem, a partir do estudo das reais necessidades regionais.

Conclui-se, contudo que este tema apesar de sua relevância, ainda é pouco discutido pela comunidade científica, o que se evidencia pela pouca quantidade de publicações. O objeto em questão suporta estudos que contribuam para aprofundar a compreensão das transformações da dinâmica do mercado de trabalho para enfermeiros.

6. REFERÊNCIAS

1. ALMEIDA, Adriana Souza de. **Desemprego e precarização das condições de trabalho nos países avançados**. 108 f. Dissertação (Mestrado em Economia) – Instituto de Economia, Universidade Estadual de Campinas, Campinas-SP, 2003.
2. ANDRADE, Laíse Rezende de., **A FE no SUS: Fundação Estatal como proposta de gestão do trabalho para a Estratégia Saúde da Família na Bahia**. 2009. 130 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2009.
3. ARAÚJO, Maria de Fátima Santos de. **Prática profissional e construção da identidade do Enfermeiro no programa de saúde da família**. Programa de Pós-Graduação em Sociologia – UFPB, Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa-PB, 2003.
4. BAHIA (Estado). **Lei 6677: ESTATUTO DOS SERVIDORES PÚBLICOS CIVIS DO ESTADO DA BAHIA**. 26 de Setembro de 1994. Disponível em: URL: <<http://www.uefs.br/download/legislacao/lei6677.pdf>>. Acessado em: 29 out 2010.
5. BAHIA. SESAB-Governo do Estado. **Política Estadual de Gestão do Trabalho e da Educação Permanente SUS Bahia** (versão preliminar). Salvador: SUPERH; 2008.
6. BARBOSA, Simone de Pinho; AGUIAR Adriana Cavalcanti de. **Fatores Influentes na Permanência dos Enfermeiros na Estratégia Saúde da Família em Ipatinga - Minas Gerais – Brasil**. 147 f. Dissertação (Mestrado em Saúde da Família) – Programa de Pós-Graduação em Saúde da Família, Universidade Estácio de Sá, Rio de Janeiro-RJ, 2008.
7. BENITO, Gladys Amélia Vélez. Atitudes gerenciais do Enfermeiro no Programa Saúde da Família: visão da Equipe Saúde da Família. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v.60, n 3 p. 312-6. Brasília, 2007
8. BEZERRA, Osicleide. **Programa Saúde da Família: flexibilidade e precarização no trabalho**. *Plano Diretor 2004/2005*. Natal: ROREHS/MS/OPAS; 2006.

9. BRASIL. Constituição (1998). **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF: Senado Federal, 1988.
10. _____. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Para entender a gestão do SUS / Conselho Nacional de Secretários de Saúde**. Brasília - DF: CONASS, 2003.
11. _____. Ministério da Educação e Cultura. **Instituições de Educação Superior e Cursos Cadastrados no MEC**. Disponível em: <<http://emec.mec.gov.br/>>. Acesso em 29 out 2010.
12. _____. Ministério da Saúde. **Norma Operacional Básica de Recursos Humanos – NOB-RH/SUS**. Brasília, DF; 2005.
13. _____. Ministério da Saúde. **Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde/MS Sobre Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisa envolvendo seres humanos**. Diário Oficial da União, 10 de outubro de 1996.
14. _____. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. **Programa de Desprecarização do Trabalho no SUS: DesprecarizaSUS –perguntas e respostas**. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2006.
15. _____. 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 gestão**. Ministério da Saúde, Secretaria executiva, Departamento de Apoio à descentralização. Brasília: 2006.
16. DIAS, Mônica Aguilar Estevam; AMORIM Wellington Mendonça de; CUNHA, Fátima Teresinha Scarparo. Estratégias gerenciais na implantação do Programa de Saúde da Família, **Revista Brasileira de Enfermagem**,; v. 58, n.5, p. 513-8. Brasília 2005.
17. ENADE, Ministério da Educação; **Enfermagem é a área com maior número de inscritos**. Disponível em: http://www.inep.gov.br/imprensa/noticias/edusuperior/enade/news10_14.htm, acessado em 23 de novembro de 2010.
18. GIL, Antônio Carlos. **Métodos e Técnicas da Pesquisa Social**. 6 ed. São Paulo: Atlas, 2008.

19. LAKATOS, Eva Maria; MARCONI, Marina de Andrade. **Metodologia Científica**. 4 ed. São Paulo: Atlas, 2004.
20. LUBISCO, N. M. L.; VIEIRA, S. C.; SANTANA, I. V. **Manual de Estilo Acadêmico: Monografias, Dissertações e Teses**, 4 ed., rev. e ampl. Salvador: EDUFBA, 2008, 145 p.
21. MEDEIROS Regianne Leila Rolim; ET AL. **O enfermeiro no programa saúde da família: percepções, possibilidades de atuação, fronteiras profissionais e espaços de negociação**. Observatório de Recursos Humanos em Saúde, Fortaleza-CE, 2007.
22. MENDONCA, Maria Helena Magalhães de; ET AL. Desafios para gestão do trabalho a partir de experiências exitosas de expansão da Estratégia de Saúde da Família. **Ciênc. saúde coletiva** [online]. vol.15, n.5. 2010.
23. MINAYO, Maria Cecília de Souza; DESLANDES, Suely Ferreira; NETO, Otávio Cruz; GOMES, Romeu. **Pesquisa Social: Teoria, métodos e criatividade**. Petrópolis, RJ: Vozes, 1994.
24. NACIF, Paulo. **PROJETO DE LEI Nº 4.924, DE 2009**. Disponível em: URL: <http://www.seeb.org.br/ap_info_dc.asp?idInfo=569&idCategoria=2>. Acessado em: 29 out 2010.
25. NASCIMENTO, E. R.; DEBUS, I. **Lei complementar 101 de 2000: entendendo a lei de responsabilidade fiscal**. Brasília, jul. 2001.
26. OLIVEIRA Gislaine Nunes de; FUZARO Adirano M. Valoração do profissional e pessoal do Enfermeiro e o processo de mensuração econômica do intangível, algo além da base salarial. **Revista Digital de Pesquisa CONQUER da Faculdade São Francisco de Barreiras**, Barreiras 2007; vol 2:1-15
27. PAIVA, Débora, **Noções de direito do trabalho e processo do trabalho**. Editora Ferreira, Rio de Janeiro, 2008.
28. RAMOS, Alexandre de Souza; PINTO, Isabela Cardoso Matos; CAPUTO, Maria Constantina; CAMARÃO, Maria José. Política de gestão do trabalho e educação permanente na bahia: “o SUS é uma escola”. **Revista Baiana**, Salvador, vol. 33, nº1, agosto, 2009.

29. RORHES-IMS/UERJ. Universidade Estadual do Rio de Janeiro. **Empregabilidade e Trabalho dos Enfermeiros no Brasil**. Rede Observatório de Recursos Humanos. Rio de Janeiro, 2006.
30. SILVA, Elaine Andrade Leal. **Relações de trabalho dos trabalhadores de saúde da Atenção Básica de Cruz das Almas – Ba**. 2007. 126 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Universidade Estadual de Feira de Santana, Feira de Santana-Ba.
31. SILVA, Elizabete Vieira Matheus da; SILVA Silvio Fernandes da. **As implicações da gestão do trabalho no SUS: um olhar do gestor local**. *Cadernos RH Saúde*, v.3, n.2, Agosto, 2008. Brasília: Ministério da Saúde, 2008.
32. SOARES, Bertulinalda Araújo. A. As relações Trabalhistas no Programa Saúde da Família: a percepção de médicos e enfermeiros do município de Ipu-CE. *Revista Nursing*, v.64, n. 6, Setembro, 2003.