



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA**

DANIELA EDA SILVA

**Avaliação do trabalho na Estratégia de Saúde da Família no
Município de Parintins sob a perspectiva do Trabalho Precário**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal de Santa Catarina – UFSC, na área de concentração Ciências Sociais e Políticas Públicas em Saúde como requisito para obtenção do título de

Mestre em Saúde Coletiva.

Área de concentração: Ciências Sociais e Políticas Públicas em Saúde.

Linha de Pesquisa: Avaliação, Gestão e Planejamento em saúde.

Orientador: Dr. Rodrigo Moretti Pires

Florianópolis, 2011

PENSAMENTO

Os movimentos sociais ocorridos na década de 1970 abriram brechas para a entrada do novo pensamento sobre a saúde, lançado pelo movimento da reforma sanitária. Foi um período repressivo do autoritarismo no Brasil – quando se constituiu a base teórica e ideológica do pensamento médico-social, também chamado de abordagem marxista da saúde e teoria social da medicina.

Sergio Arouca

DEDICATÓRIA

Dedico essa pesquisa aos trabalhadores da Estratégia de Saúde da Família do Brasil, do Amazonas, especialmente do Município de Parintins que acreditam no desenvolvimento de relações e condições de trabalho de forma justa no âmbito do Sistema Único de Saúde.

AGRADECIMENTOS

Deus por me iluminar nessa trajetória de estudos e lutas

Aos meus pais Itamar Dácio Silva, Eda Natalia Silva e meus irmãos Daniel Silva e Ede Carlos Silva pelo exemplo de batalha e dedicação

A minha Vó materna Natalia pelo amor, carinho e incentivo sempre para a formação acadêmica

Aos meus colegas de Mestrado turma 2010 que contribuíram com amizade e conhecimento para esse trabalho

Aos companheiros especiais que ajudaram diretamente nessa dissertação com a coleta e organização dos dados: Rafael Vicenzi, Mariana Giarardi, Thiago Pires, Fernanda Miranda

Agradeço pelas contribuições na banca de qualificação para professor Dr. Antonio Fernando Boing, Dr^a Maria Helena Machado, Dr^a Marcia Grisotti.

Amiga Dr^a Marília de Fátima Vieira de Oliveira que é a uma pessoa maravilhosa, dedicada, inteligente e verdadeira.

Ao professor Dr. Rodrigo Moretti Pires que me aceitou como orientanda e me estimulou a desenvolver esse desafiador trabalho

Aos demais professores do curso de mestrado 2009/11 que contribuíram com o conhecimento, as vivências e experiências para minha formação intelectual e prática.

SILVA, Daniela Eda. Avaliação do trabalho na Estratégia de Saúde da Família no Município de Parintins sob a Perspectiva do Trabalho Precário. 78f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva – área de concentração em Ciências Sociais e Políticas Públicas em Saúde) – Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2011.

RESUMO

A pesquisa resgatou na história a evolução do mundo do trabalho nos diferentes cenários para compreender o contexto do trabalho da Estratégia de Saúde da Família do município de Parintins. Com base na inclusão da Equipe de Saúde da Família como estratégia norteadora do Sistema Único de Saúde, se propõe avaliar o trabalho na Estratégia de Saúde da Família, sob a perspectiva do trabalho precário. O trabalho precário permeia os diversos setores sociais há décadas e se configura na atualidade um tema complexo, porém relevante principalmente para áreas de produção social como a saúde. A pesquisa foi realizada no contexto Amazônico por se tratar de uma realidade peculiar a do restante do território nacional, quando comparado as biodiversidades, a complexidade das barreiras geográficas e o investimento no contexto econômico, cultural e social. A metodologia foi norteadora pela Avaliação Construtivista e analisada e descrita por *Grounded Theory* (teoria fundamentada nos dados), por conta do estudo se caracterizar avaliativo com dados qualitativos, apontamentos quantitativos que vão configurar as características das condições e relações de trabalho de Parintins.

Descritores: Mundo do Trabalho, Estratégia da Saúde da Família, Trabalho Precário, Avaliação.

SILVA, Daniela Eda. Evaluation of the work at the Family Health Strategy in the city of Parintins Vision of Precarious Work. 78f. Dissertation (Master's in Public Health - a area concentration in Social Science and Public Policy in Health) – Post-graduation Program in Collective Health, Federal Universidad of Santa Catarina, Florianopolis, 2011.

ABSTRACT

Research rescued in history to the changing world of work in different scenarios to understand the context of the work of the Family Health Strategy in the city of Parintins. Based on the inclusion of the Family Health Team as guiding strategy of the Unified Health System, intends to evaluate the work in the Family Health Strategy from the perspective of precarious work. Precarious work permeates the various social sectors for decades and is configured to present a complex subject, but particularly relevant to areas of social production such as health. The research was conducted within the Amazon because it is a fact peculiar to the rest of the country, compared to biodiversity, the complexity of geographical barriers and investment in its economic, cultural and social. The methodology was guided by the Constructivist Assessment and analyzed and described by Grounded Theory (grounded theory), because the study was to characterize evaluative data with qualitative, quantitative notes which will shape the characteristics of working conditions and relations of Parintins.

Keywords: World of Work, , the Family Health Strategy, Precarious Work, Evaluation.

APRESENTAÇÃO AOS LEITORES

A dissertação intitulada “Avaliação do trabalho na Estratégia de Saúde da Família no Município de Parintins sob a Perspectiva do Trabalho Precário”. Compõe a área de concentração em Ciências Sociais e Políticas Públicas em Saúde”, insere-se na linha de pesquisa em Avaliação, Planejamento e Gestão em Saúde, do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal de Santa Catarina e está estruturada em três partes.

A Parte I abrange a introdução do estudo, revisão bibliográfica sobre a mundo do trabalho e as influências nas condições de trabalho e caracterização do trabalho precário na Estratégia da Saúde da Família. Ainda compõem esta primeira parte, os objetivos da pesquisa, metodologia, discussão/resultados e considerações finais. Os principais resultados e a discussão do estudo estão apresentados na Parte II em formato de artigo científico, conforme o regimento do Programa de Pós- Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal de Santa Catarina. O manuscrito científico produzido será submetido à revista científica Qualis de “Saúde Pública”. O comprovante de submissão do manuscrito torna-se requisito para obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva. Por fim, a Parte III contém os apêndices e os anexos de 1 a 7 referem-se a materiais confeccionados para utilização na coleta de dados realizadas em janeiro de 2010. O anexo 8 apresenta as normas da revista “Saúde Pública” para publicação de artigos científicos.

SUMÁRIO

LISTA DE TABELAS	09
LISTA DE DIAGRAMAS	10
LISTA DE ABREVIATURAS	11
PARTE I	
CONTEXTO E CARACTERÍSTICAS DO ESTUDO	12
1. INTRODUÇÃO	13
2. CONTEXTUALIZAÇÃO DOS PROBLEMAS	17
3. OBJETIVOS	33
4. PERCURSO METODOLÓGICO	34
5. APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	42
6. CONSIDERAÇÕES FINAIS	62
REFERÊNCIAS	66
PARTE II	
APÊNDICES E ANEXOS	72

LISTA DE TABELAS

Tabela 1	Perfil dos trabalhadores da ESF (n=110) em quatro municípios do Estado do Amazonas, 2010.	51
Tabela 2	Déficit de profissionais nas equipes em quatro municípios do Estado do Amazonas, 2010.	51
Tabela 3	Características de trabalho nas equipes da ESF em quatro municípios do Estado do Amazonas, 2010.	52
Tabela 4	Distribuição das características sobre demanda de atividades com base na Job Stress Scale entre profissionais da ESF de quatro municípios do Estado do Amazonas, 2010.	56
Tabela 5	Distribuição das características sobre controle de atividades com base na Job Stress Scale entre profissionais da ESF em quatro municípios do Estado do Amazonas, 2010.	57
Tabela 6	Distribuição das características sobre apoio social com base na Job Stress Scale entre profissionais da ESF em quatro municípios do Estado do Amazonas, 2010.	59

LISTA DE DIAGRAMAS

Diagrama 1	Modelo Teórico – fundamentação teórica	31
Diagrama 2	Agrupamento das características que convergem a Gestão do Trabalho democrática	44
Diagrama 3	Agrupamento das características que convergem a Gestão da Saúde do Trabalhador	47
Diagrama 4	Agrupamento das características que convergem a Gestão do Desenvolvimento do Trabalhador do SUS	48
Diagrama 5	Agrupamento das características que convergem a Gestão do trabalho no SUS	49

LISTA DE ABREVIATURAS**AM – AMAZONAS****CLT - CONSOLIDAÇÃO DAS LEIS TRABALHISTAS****CNS - CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE****ESF - ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA****EUA - ESTADOS UNIDOS DA AMÉRICA****IBGE- INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA****LOS - LEIS ORGÂNICAS DE SAÚDE****OIT - ORGANIZAÇÃO INTERNACIONAL DO TRABALHO****PNAD - PESQUISA NACIONAL POR AMOSTRA DE DOMICÍLIO****PITS - PROGRAMAÇÃO DE INTERIORIZAÇÃO DO TRABALHO EM SAÚDE****PACS - PROGRAMA DE AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE****PSF - PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA****NOB/RH/SUS - NORMA OPERACIONAL BÁSICA/RECURSOS HUMANOS****SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE****SIAB - SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE ATENÇÃO BÁSICA**

PARTE I – CONTEXTO E CARACTERÍSTICAS DO ESTUDO

1. INTRODUÇÃO

A realização dessa pesquisa surgiu do interesse de avaliar o trabalho dos profissionais, que compõem a Estratégia da Saúde da Família (ESF) implantada desde o ano de 2000 no município de Parintins, sob a perspectiva do trabalho precário. Esse estudo é uma das vertentes do projeto intitulado “Saúde da Família no interior do Estado do Amazonas e a operacionalização dos princípios do SUS” (Edital MCT/CNPq 14/2008), sustentado pelo pensamento Marxiano. Na pesquisa abordou-se a interface sobre dois momentos evolutivos, o mundo do trabalho e as políticas públicas sob o aspecto da regulamentação trabalhista para os trabalhadores do SUS. O mundo do trabalho, nesse contexto se configura no cenário político econômico da história e que influenciaram as relações de trabalho até os dias atuais. Já as políticas públicas sob o aspecto da regulamentação do trabalho vão se configurar no avanço e retrocesso gerado pelas transformações com o advento do capital nas relações de trabalho.

No modelo econômico capitalista o mundo do trabalho tece as relações trabalhistas atreladas a precarização, que se dá na informalidade e da incompreensão dos sentidos do trabalho para o ser humano. Essa relação é sublinhada como fenômeno crescente na organização do trabalho pós-fordista, com vistas à redução de custos e risco imposto pela instabilidade dos mercados, que passou a exigir novas formas de relações de trabalho (Mészáros, 2006).

As condições de trabalho são essenciais para o homem desenvolver suas atribuições e mesmo com a reestruturação produtiva do trabalho e a inserção paralela da tecnologia no mercado, ainda assim não substitui o homem em todas as áreas, principalmente no setor saúde, por mais fragmentada que também possa ser. (Pires, 1998, 2000).

A discussão do trabalho precário, de forma primária partiu da compreensão histórica da organização econômica e política da sociedade, no contexto mundial e a influência na reestruturação das políticas públicas de saúde no território nacional. Segundo Arantes (1975) a influência da precariedade do trabalho nas organizações apresentava-se seguido da concepção de divisão de trabalho, produção em massa, especialização da mão de obra que se incorporou por volta de 1910, no decorrer da revolução industrial para o fortalecimento do modelo capitalista, apontando modificações nos diversos setores sociais. Nesse período no campo da saúde, o profissional se inseria no contexto de atuação voltado para o modelo americano Flexineriano que prioriza a qualificação da

medicina curativista, hospitalocêntrica, seguíntada, dirigida ao âmbito da privatização do trabalho em saúde. O capital já exercia pressão sobre as faculdades médicas nos EUA, com a intenção de monopolizar o sistema médico e institucionalizar o Modelo Biomédico no mercado, voltado aos interesses econômicos da época, com o amparo de difundir a ciência médica e suas tecnologias ao alcance da população. (Relatório flexner, 1910).

Em contrapartida, o plano Europeu de Bertrand Dawson (1920), considerava que o modelo anterior propôs de forma relevante avanços para as ciências médicas, entretanto declara a necessidade de reestruturação dos serviços de saúde, para além da atenção hospitalar e com ênfase na atenção primária, terapêutica e o reconhecimento do contexto social dos sujeitos. (Relatório dawson, 1920).

Essa discussão paralela perdurou até final de 1960, com a crise da medicina, em decorrência da ampliação das especialidades médica no modelo médico-privatista e atrelado as condições de trabalho precário que se estendia em larga escala pelo mundo, em decorrência da reestruturação produtiva do capital. Segundo, Antunes (1994) a esfera do trabalho se configura sob novas formas de gestão e regulamentação, porque o caminho da reestruturação produtiva seria resgatar o que havia de mais arcaico no processo de trabalho, associadas a novas tecnologias e condições de trabalho.

Para Arouca (1998) as décadas correntes a 1920 foram essenciais para perceber que se constituiu a base teórica e ideológica do pensamento médico-social, também chamado de abordagem marxista da saúde e teoria social da medicina. A forma de pensar e refletir o setor saúde nessa época era muito concentrado nas ciências biológicas e na maneira como as doenças eram transmitidas, a preocupação com o trabalho desenvolvido em saúde era incipiente. Nesse período as ciências sociais são incorporadas e o olhar para o processo saúde-doença se amplia, mas o desafio maior seria reconhecer os interesses das diversas correntes que permeavam o período na história.

Na 8ª CNS em 1986 a reformulação do modelo de saúde ampliando a sua lógica para atender necessidades universais de saúde e aplicar medidas contra a mercantilização da medicina, uma ideologia que relutava aos interesses econômicos. (Organização Mundial da Saúde, 2006).

Paralelo a esse evento nacional de caráter participativo, ocorreu a 1ª Conferência Nacional Temática de Recursos Humanos com temas voltados para a valorização profissional, a formação de recursos humanos e o compromisso social para a despreciação (trabalho não precário) e ineficiência do trabalho em saúde. No intuito de resolver tanto as questões de

saúde da população e de condições de trabalho para quem trabalha no sistema público de saúde, em 1988, o SUS é instituído na Constituição Federativa regulamentado pelas Leis de Orgânicas de Saúde (LOS) 8.080/1990 e 8.142/1990 e sob a égide contraditória do modelo neoliberal político e econômico, com o objetivo de garantir a saúde como direito de todos e dever do Estado (Brasil, 2000). O SUS foi consolidado, a partir de propostas do Banco Mundial, que tornou-se agenciador de programas sociais no país com repercussões até os dias atuais. Um dos objetivos desse órgão além de propor políticas sociais visando avanços na qualidade de vida da população, também foi o estímulo a racionalização dos gastos em saúde e o aumento da eficácia e da eficiência do sistema de saúde. Por conta disso, surgem os programas de saúde em áreas mais pobres para atingir a população desprovida de condições de saúde e com maior risco, surge então, o PACS (Banco Mundial, 1993).

Com base nesse contexto se sublinha a lógica capitalista, neoliberal que se constitui na área social da saúde e ambigüidade do sistema.

Em 1991, foi implantado o PACS no nordeste de modo a combater os focos endêmicos peculiares àquela realidade sanitária. A iniciativa superou expectativas, sendo ampliado para o PSF em 1994, com expansão em território nacional. O PSF então, passa a dispor de uma equipe ampliada formada por um médico, um enfermeiro, dois técnicos em enfermagem e 6 a 8 agentes comunitários de saúde, com a responsabilidade de um território-área, com no máximo 4.000 habitantes, sob responsabilidade da gestão municipal. Enquanto o programa avançava em termos de cobertura nacional e nas ações de saúde coletiva, as relações de trabalho não eram definidas e a proteção dos direitos sociais dos trabalhadores não existia, pois não exigia regulamentação (Brasil, 2006).

Apesar do interesse e necessidade de ampliação das equipes de saúde da família com o advento da implantação da ESF, implantado no final da década 1990, neste mesmo período são implantadas medidas restritivas à incorporação de empregos públicos e controle do orçamento das esferas de governo, como forma de justificar as formas de contratação precárias. É o caso da implantação da Lei Complementar de Responsabilidade Fiscal nº 101/2000, que determinava a redução de 60% da receita líquida com o gasto de pessoal (Brasil, 2000).

Com base nisso, surge à necessidade de incorporar novas formas de relações de trabalho para atender a demanda advinda da política de saúde. A saúde, na atualidade é um dos setores que mais cresce em termos de força de

trabalho, e em contrapartida um dos que agrega mais trabalhos informais (Lourenço & Bertane, 2007).

Baseado nesse contexto volta-se ao modelo econômico que determina e potencializa suas decisões de mercado de forma hegemônica. (Antunes, 1994, Mészáros, 2006).

O SUS incorpora a Política de Desprecarização do Trabalho no SUS em 2004 para organizar e regulamentar a força de trabalho, por meio do cumprimento do instrumento PCCS e a definição das atribuições dos profissionais (BRASIL, 2004). A política é regulamentada em 2005 pelas NOB/RH/SUS que pactua as diretrizes e princípios para a gestão do trabalho no SUS como forma de constante negociação entre trabalhadores e gestores, dispondo quatro eixos estratégicos: gestão do trabalho, o desenvolvimento do trabalhador, a saúde do trabalhador e o controle social do trabalhador no SUS. Os eixos da NOB/RH/SUS atualmente são ampliados e regulamentos através do pacto pela saúde com uma das prioridades do SUS. (BRASIL, 2006).

Com base nesse contexto, essa pesquisa buscou identificar características das relações e condições de trabalho, a partir de uma avaliação construtivista, do contexto de trabalho da ESF no município de Parintins (AM). Por fim, como parâmetro de análise dos dados será utilizado o padrão de adequação ou não com as normas e diretrizes propostas pela NOB/RH/SUS, para interpretação dos conflitos comparativos e compreensão das informações.

2. CONTEXTUALIZAÇÃO DO PROBLEMA

2.1 Mundo do Trabalho sob a Perspectiva da Reestruturação Produtiva do Capital

Para Marx (1985) o trabalho é a condição natural da existência humana, é uma condição do metabolismo entre homem e a natureza independente de qualquer forma social. Nesse aspecto o trabalho e a estruturação do modelo econômico são condições sociais imbricadas. No período que o capitalismo tomava espaço de uma conjuntura real para as ciências, o trabalho tornou-se fator de dominação seguido de racionalização econômica.

No cenário mundial o sistema econômico passa por diversas modificações para buscar o desenvolvimento e a superação dos países desenvolvidos no campo do trabalho, com vistas à produtividade. Em resposta a estes eventos, iniciou um processo de reorganização do capital e de seu sistema ideológico e político a cerca das relações de trabalho. Antes de abordar as questões de precarização do trabalho é importante expor as tipificações do trabalho: trabalho produtivo e improdutivo, o primeiro é o trabalho que acrescenta valor ao produto no qual é aplicado, e o último é o trabalho que não é capaz de gerar esse efeito. (Smith, 2003).

No Brasil, segundo dados da PNAD, entre os anos de 2001 e 2005 a divisão entre força de trabalho improdutivo e produtivo manteve-se aproximadamente constante, correspondendo aquela a 55% da força produtiva total. Portanto, uma proporção de 1,2 para um, aproximadamente, mas bem maior, aliás, invertida, em relação à situação de meados do século passado. (Antunes, 2006). Essas distorções foram ponto de partida para perceber nitidamente a precarização do trabalho.

(...) Há uma **processualidade contraditória** que, de um lado, reduz o operariado industrial e fabril [trabalho produtivo]; de outro, aumenta o subproletariado, o trabalho *precário* e o assalariamento no setor de serviços. (Antunes, 2006. p. 65).

Os contornos dessas modificações tornaram-se evidentes com a privatização do Estado, a desmontagem do setor produtivo estatal e a

desregulamentação dos direitos trabalhistas e a desvalorização do sentido do trabalho (Mészáros, 2006).

Antunes (2004) coloca que a América Latina configurou outros paradigmas do trabalho que não foi presidida por reformas ou transformações substanciais que prepararam o terreno para assimilar o que vem a se propor para a força de trabalho. Apesar disso, nos países economicamente ativos o resultado desse processo foi à formação do capital, que explorou de forma intensa e extensamente a força do trabalho, utilizando as instituições básicas existentes na região, ou seja, a legislação trabalhista degradada, o pouco regime salarial e o sindicalismo corporativo. (Galvão, 1996).

A controvérsia em torno do papel do Estado na sociedade e na economia do século XX que deveria ter estipulado qual seria o papel do capitalismo mundial do século XXI, o mesmo obteve como primeiro objetivo até a Segunda Guerra Mundial (1939-1945), um caráter liberalista. Em seguida no pós-guerra o Estado (1980) intervém na economia e acarreta uma diversificação na divisão internacional do trabalho, presente nos países imperialista. (Castillos, 1995).

Baseado nesse contexto as nações mundiais incrementaram a presença e as funções do Estado não somente no setor econômico, político, mas nas demais esferas da existência humana. O que impulsionou o desenvolvimento capitalista foram os interesses da burguesia que pairavam no século XIX, com objetivo de alavancar o fenômeno da globalização na era pós-fordista. (Galvão, 1996).

No século XX os modelos produtivos hegemônicos foram denominados como dois fenômenos o Taylorismo e Fordismo, com uma postura econômica e de produção verticalizada que propagou padrões produtivos que combatiam os desperdícios na produção, redução de tempo, aumento de ritmo de trabalho e intensificação das formas de exploração. (Chesnais, 2005). Na época Fordista a força de trabalho era submetida ao ritmo exaustivo, e como mecanismo de compensação se instituiu altos salários, a organização do trabalho ocorria nas fábricas automobilísticas, com a produção em série. (Ford, 1967).

(...) O modelo de produção em massa fordista foi universalizado e combinado com as técnicas de administração científica tayloristas, ao passo que foram ampliados diversos direitos sociais, o que suavizou temporariamente o conflito inerente à

relação capital-trabalho até a crise de seu padrão de acumulação (Braga, 1995, p. 96).

Por volta dos anos 1950 estudos como os de Friedmann já apontavam na direção de um processo de reestruturação produtiva. Este período de reestruturação produtiva do capitalismo promoveu mais uma alteração nas formas das relações de trabalho. O Sistema Toyota de Produção, ou toyotismo, foi concebido para eliminar absolutamente o desperdício e superar o modelo de produção em massa americano. (Friedmann, 1972).

O processo de trabalho e a administração Taylorista, confere a tarefa de administrar pessoas como se fossem instrumentos, recursos destituídos de vontade ou projetos próprios.

Conforme Chesnais (2005) na década de 1960, estes modelos de produção apresentavam sinais de esgotamento, os trabalhadores e o sistema sofreram processo conflituoso, devido à expropriação do sentido de processo de trabalho. A partir desse contexto a luta de classes trabalhadoras lutava por uma nova estrutura de trabalho e denunciava as condições de trabalho, bem como as dimensões da divisão social hierarquizada que subordinava o trabalho ao capital.

O período neoliberal passou a ser o principal agente que desestruturou a regulação e a gestão da força de trabalho, por meio de legislações e reforma trabalhistas e sociais, o Estado promove a sua desregulamentação e conseguinte flexibilização (Antunes, 2004)

Com base nesse contexto, o capital modificou o paradigma Fordista para instituir novas formas de organização e exploração da força de trabalho, o que gerou como resultado deste movimento a flexibilização da força de trabalho e de suas dimensões político-institucionais como o sindicato, a legislação trabalhista, as negociações entre categorias profissionais.

O desenvolvimento capitalista das décadas de 1980 e 90 refletiu a fragmentação da dimensão social do Estado e da configuração de um novo paradigma econômico que sustenta a flexibilização das relações sociais de produção (Mészáros, 2006).

A ação combinatória do Estado e capital durante as últimas décadas do século XX transformou o mundo do trabalho mediante reformas institucionais que os tornam flexíveis, polivalente e precário, moldável e funcional às necessidades de compra e venda de força de trabalho e à lógica da reprodução do capital (Vasconcelos, 2010).

Dessa forma, passa-se de uma estrutura integral que articule o emprego, os salários e a qualificação da força de trabalho, a outra que torna autônomos esses componentes antes integrados e os reestrutura de maneira separada, dando origem à flexibilização da força de trabalho.

“(…) A flexibilização do trabalho, ou a utilização flexível da força de trabalho, tende a modificar os sistemas de formação salarial, a organização do trabalho e a hierarquia das qualificações, o que ao mesmo tempo afeta as conquistas que a classe trabalhadora alcançou durante o presente século, abrindo, assim, um período de redefinição da relação capital-trabalho.” (Pozas, 1998. p. 87).

O indicador da flexibilização no trabalho estimula a contratação temporal sem encargos para entidade. A flexibilização da jornada de trabalho, medida segundo os custos das jornadas extras de trabalho, que tendem cada vez mais a não ser remuneradas, isso independe de ser considerado trabalho produtivo ou improdutivo.

Com a flexibilização dos contratos de trabalho o crescimento da informalidade dos mercados de trabalho está condicionado também por certas políticas definidas pelas empresas para converter massas crescentes de profissionais e trabalhadores formais em trabalhadores precários sem direito nem contratos. No cenário do trabalho a OIT (1998) classifica o trabalho em dois seguimentos: o primeiro em trabalho informal que desde a década de 1970 é entendido como forma produtiva com pouco capital, em mercados não regulamentados, pouco competitivos; e o segundo em segmento formal que se caracterizava por unidades produtivas organizadas. O trabalho não regulamentado, e inserido no seguimento informal são características do trabalho precário.

Para OIT (1998) o trabalho precário é entendido como a flexibilidade político jurídica do capital e do Estado de contratar e demitir sem seguir direitos consagrados (proteção social, garantia de vínculos trabalhistas formais, associado a condições de trabalho que permitam a vulnerabilidade do trabalhador e a informalidade do mesmo.

Para Vasapollo (2006), o processo de reestruturação produtiva do capital tem como base a precarização, a desregulamentação e a flexibilização, essa última entendida como liberdade para despedir parte dos empregados quando a

produção e as vendas diminuam, para pagar salários reais mais baixos, para alterar a jornada de trabalho repetidamente e sem aviso prévio e para destinar parte de suas atividades para empresas externas e trabalho em domicílio, dentre outras prerrogativas: como as condições de trabalho.

As condições de trabalho são explicadas de acordo com a subdivisão da seguinte forma: meio físico que considera o campo dos ambientais (ruído, temperatura, luminosidade, vibração, toxicologia do ar), bem como a disposição e adequação de instalações e equipamentos. (Montmollin, 1980).

2.2 Influências do Mundo do Trabalho na Saúde Pública do Brasil

O mundo do trabalho com suas substanciais transformações interferiu em diversos setores sociais, e o setor improdutivo (não produz bens ou riquezas) intitulado também de prestação de serviço na área da saúde, apresentou nas últimas décadas de 1990, um panorama de flexibilização na formas de contratação dos trabalhadores do SUS. Os avanços tecnológicos e as formas de políticas públicas trouxeram a tona discussões sobre a inserção dos trabalhadores no mercado de trabalho no setor público. No Brasil, o mercado de trabalho em saúde depende de investimentos públicos e privados, o reflexo é o crescimento da empregabilidade mesmo com a desaceleração econômica. O crescimento do emprego em saúde é evidente porque se trata de uma área essencial para a sobrevivência populacional e está ligado ao controle do Estado. Desse modo o emprego em saúde não é afetado pelos ciclos econômicos de expansão e retração (Nogueira, 2006).

O trabalho em saúde é uma vertente do setor terciário da economia brasileira, com a contratação de força de trabalho, em 2005, possuía 3,9 milhões de postos de trabalho, uma representatividade populacional de 4,3%. Desse total 2,6 milhões haviam vínculo formal, 690 mil constituíam postos de trabalho informal e 611 mil, autônomos (IBGE, Sistemas de Contas Nacionais, 2000-2005). Esses dados gerais apontaram para o entendimento da precarização do trabalho que atingiu e continua influenciando diversos setores e toma proporções relevantes no trabalho em saúde. A precarização do trabalho é uma condição multifacetada com desdobramentos jurídicos, políticos, econômicos e morais (Girard, 2010). Os trabalhadores de saúde regularmente empregados e protegidos socialmente, seja na esfera pública ou privada nunca ultrapassaram os 50% (Singer, 2004).

(...) O Comitê Nacional Interinstitucional de Desprecarização do Trabalho no SUS, estimava em 2006 600 mil o número de trabalhadores em situação precária no SUS (corresponde a 24% dos postos de trabalho), além disso, de 20 a 30% dos profissionais de saúde da família estão incluídos nessa estimativa atrelada ao trabalho precário. (Brasil, 2006, p. 34)

A partir da reestruturação produtiva o setor da saúde sofreu diversos avanços em suas políticas públicas de saúde, com a missão de garantir o acesso universal, equitativo e atenção integral a saúde. Entretanto, o planejamento e gestão em saúde não avançaram nas políticas de recursos para os trabalhadores dos SUS. (Paim, 2005).

Essa pesquisa de modo geral buscou nas reflexões contemporâneas sobre o mundo do trabalho, sustentação para explicar o trabalho precário no trabalho no SUS, em uma realidade específica no norte do Brasil, que até então, parecia ser uma realidade distante das outras regiões do país. No campo da saúde foram criadas estratégias para enfrentar a invisibilidade das relações entre informalidade, precarização e saúde do trabalhador, enquanto um campo de saberes e práticas ainda não consolidou sua ação frente aos nexos (in)visíveis da relação entre trabalho informal e precarizado e saúde do trabalhador (Singer, 2004).

Em estudo recente Scheydegger (2009), analisando artigos internacionais e nacionais publicados em periódicos científicos selecionados nos últimos cinco anos e que tinham como tema a “saúde do trabalhador”, destaca a invisibilidade da temática “saúde do trabalhador e situação de informalidade e precarização”, sobretudo nas pesquisas empíricas. Então, de modo geral a precarização do trabalho não se restringe somente aos países dependentes, tão pouco somente a relação trabalhista, mas se amplia para as condições de saúde do trabalhador.

No Brasil as competências legais em relação à saúde do trabalhador são compartilhadas por várias instituições públicas ligadas à Saúde, ao Trabalho e à Previdência Social. No que se refere à Previdência, permanece a lógica do direito vinculado à contribuição, ou seja, somente os trabalhadores contribuintes têm os agravos à saúde notificados, o direito ao Seguro Acidente de Trabalho e as ações de reabilitação. Particularmente no que se refere ao

Sistema Único de Saúde, a Constituição de 1988 alterou significativamente o papel do Estado ao conferir o direito universal à saúde, com integralidade das ações e controle social (Brasil, 1988).

O Ministério do Trabalho e Emprego se responsabiliza pelas ações de fiscalização dos ambientes de trabalho com base nas Normas Regulamentadoras que fazem parte da CLT, as quais se aplicam aos trabalhadores que possuem vínculo formal de trabalho (Ribeiro, 2008).

(...) Por outro lado, alguns entraves permanecem e o Sistema Único de Saúde não assumiu plenamente suas tarefas. Parte dessa dificuldade deve-se aos conflitos de competências estabelecidos entre os setores públicos que tradicionalmente realizavam a fiscalização dos ambientes de trabalho e o novo papel conferido ao SUS nessa área. (Ribeiro, 2008. p.21).

Conforme Moraes (2009) as ações de prevenção e promoção da saúde do trabalhador não foram incorporadas pelo sistema público de saúde, sobretudo se comparamos e consideramos os avanços alcançados em outras áreas como as doenças transmissíveis, por exemplo: em pesquisa com profissionais do PSF de um município do Rio de Janeiro – Brasil - concluiu que a atenção à saúde do trabalhador ainda não foi incorporada às práticas desenvolvidas no PSF.

A Saúde da Família assumi um contingente importante de profissionais e portanto, o mercado de trabalho nessa área tem sido motivo de debate há anos porque parece ser um desafio político, no entanto necessário devido à finalidade estratégica e a complexidade do setor.

O PSF foi criado em 1994 e difundiu-se pelo Brasil, sob a lógica da coordenação do cuidado, dentre os avanços dessa política pública destacam-se a diminuição da mortalidade infantil e a ampliação de profissionais de saúde em busca de melhorar a qualidade de saúde das populações. Em 2006, O PSF deixa de ser um programa e se amplia para a ESF, considerada eixo norteador na Atenção Básica, conforme a Portaria 684/2006. A ESF assumiu a adscrição de clientela e responsabilização sanitária a partir do conceito de território, o sistema público de saúde pode assumir um papel estratégico em combate ao

trabalho precário, informal (Scheydegger e March, 2009; Moraes e March, 2009)

Para adscrição da clientela foi necessário a ampliação das equipes de saúde é trata-se um médico, um enfermeiro, dois técnicos enfermagem, 6 agentes comunitários de saúde e equipe de suporte para atenção integral no território nacional (Brasil, 2006). Apesar da preocupação do governo em ampliar as equipes da ESF a situação trabalhista dos profissionais sempre foi obscura, gerando margem para a gestão municipal eleger alternativas para contratar trabalhadores.

As conseqüências foram a não garantia de direitos sociais, levando a rotatividade de profissionais, o déficit da permanência dos trabalhadores do SUS nas suas funções, gerando alto custo para reposição de pessoal, insatisfação no ambiente de trabalho, pouco comprometimento e enfraquecimento das propostas da Estratégia da Saúde da Família. (Brasil, 2006)

Por essa razão em 2003, cria-se a Secretaria de Gestão do Trabalho e Educação em Saúde e o Departamento da Gestão da Educação e Regulamentação do Trabalho no SUS, vinculados ao Ministério da Saúde retoma assuntos sobre recursos humanos já tratados desde, 1941 e atualmente assume de forma concreta o papel de executar a política de recurso humano. Com isso é elaborado as Normas Operacionais Básicas/Recursos Humanos /Sistema Único (NOB/RH/SUS) de Saúde tem o objetivo fundamental de reformar a importância do planejamento e o acompanhamento da área no território nacional e não se limita somente ao trabalhador do SUS, como se amplia para todos os profissionais em saúde. (Machado, 2006)

A política de recursos humanos envolve um conjunto de ações e parâmetros que devem ser seguidas como a capacitação de profissionais, as formas de contratação de trabalho, avaliação de desempenho profissional, monitoramento das condições de trabalho, isso implica em avaliar constantemente o processo e estrutura de trabalho, bem como se os direitos e deveres estão sendo cumpridos tanto por parte do empregado como do empregador. (Brasil, 2006).

2.3 Política de Desprecarização do Trabalho no SUS

A Política de Desprecarização é constituída de documentos legais que subsidiam suas premissas e deflagra as questões relacionadas a precarização do trabalho no SUS, com ênfase na ESF. A Portaria N° 230 GM 23/10/2003 cria o

Comitê Nacional Interinstitucional de Desprecarização do Trabalho do SUS, com a finalidade de eliminar do trabalho precário do SUS e capitanear representantes dos comitês Estaduais e Municipais para diagnosticar a problemática elencada. (Brasil, 2003).

Essa medida foi providencial para motivar as esferas de governo a se organizar enquanto empregadoras e informar os trabalhadores sobre os interesses de vigília a cerca das condições de trabalho dos profissionais inseridos no SUS, uma vez que serão protagonistas das decisões no comitê.

A criação dos Comitês tem como preocupação reorientar o processo de implantação e reflexão a cerca das questões relacionadas à desprecarização do trabalho no SUS. Com isso, foi instituída a Portaria Nº 626/GM 08/04/2004 que tem por objetivo orientar a reorganização dos trabalhadores do SUS em estrutura de carreira que atendam à valorização profissional buscando a melhoria do atendimento a população e atende a LOS Nº 8.142/90. (Brasil, 2004).

A política coloca que algumas concepções sejam relevantes com a prática de concurso público, com perspectiva de carreira no SUS, avaliação de desempenho profissional e institucional. Despender de incentivo a dedicação exclusiva e atenção básica nos locais que dispõem de risco territorial. Por meio da Portaria Nº 827 GM 5/5/2004 criou-se um espaço de competência democrática para discussão entre gestores e representantes profissionais do SUS, com a finalidade de discutir propostas de regulamentação do trabalho em saúde e implementação política. (Brasil, 2004).

Para o fortalecimento dos interesses trabalhistas e reestruturação dos comitês foi necessário criar, por meio da Portaria Nº 1.155 GM/07/07/2005 a Rede de Apoio aos Trabalhadores do SUS buscando o elemento de fazer enviesamento dos interesses entre os comitês representativos das esferas governamentais. Isso resultou em representatividade e um dos elementos para fortalecer a Política de Desprecarização. (Brasil, 2005). Nesse âmbito regulamenta essa política, em 2005 foi instaurada a NOB/RH/SUS que pactua diretrizes e princípios para gestão do trabalho como forma de constante negociação entre trabalhadores e gestores, com o propósito de atender as leis (BRASIL, 2005). As diretrizes são organizadas em quatro eixos temáticos: A Gestão do Trabalho do SUS, o Desenvolvimento do Trabalhador, Saúde do Trabalhador, Controle Social do Trabalhador do SUS. Esses eixos foram foco dessa pesquisa, porque permitiu avaliar, se o município de Parintins cumpre as determinações, conforme as normas operacionais de recursos humanos do SUS.

A gestão do trabalho trata sobre a permanência dos profissionais no município, tipos de vínculo de trabalho, existência de planos, carreiras e cargos e salários, participação do trabalhador do SUS na elaboração dos planos de carreira, existência de Comissões Intergestoriais de Recursos Humanos.

O eixo de desenvolvimento do trabalhador dispõe analisar a existência de formação e capacitação para o desenvolvimento profissional.

A política de saúde ocupacional para o trabalhador do SUS compreende todos os trabalhadores, independente da forma de contratos, deve garantir um ambiente saudável para desenvolver as atividades, livre de riscos decorrentes de vários contatos que podem interferir na qualidade de vida e do trabalho.

O último eixo trata do controle social na gestão do trabalho no SUS que reconhece a importância do trabalhador do SUS nas decisões no que tange o desenvolvimento profissional e a participação dos projetos avaliativos.

A NOB/RH/SUS expressa o cumprimento das diretrizes e princípios que compõem os eixos temáticos implicando na regulamentação dos direitos sociais dos trabalhadores, bem como fortalecendo a política de desprecarização do trabalho no SUS, principalmente no que se refere ao vínculo trabalhista dos profissionais da ESF. De acordo com o vínculo trabalhista a organização pode ou não se isentar de algumas responsabilidades trabalhistas. Do ponto de vista jurídico as irregularidades do vínculo estabelecido para o trabalho na administração pública é subdividida em vínculo direto e indireto.

O vínculo direto é aquele que precede de concurso ou seleção pública para admissão dos trabalhadores e vínculo indireto é estabelecido por entidades privadas ou de natureza contratual de terceirização e adota a compreensão equivocada de autonomia no regime dos contratos, este vínculo acarreta problemas administrativos aos gestores. (Brasil, 1988).

No vínculo direto o indivíduo passa pela seleção pública para ser admitido e ocupa um cargo ou emprego público, as discussões jurídicas se abastecem por exigências definidas a partir da constituição de 1988, que é indispensável o cumprimento dos princípios essenciais das legalidades, publicidade, impessoalidade e moralidade. (Brasil, 1988). De modo que assegure a transparência no processo de admissão. Caso as formas de contratos dos profissionais sejam por outros meios que não o concurso público ou seleção pública, o ato pode representar improbidade administrativa e o gestor responder nos conformes judiciais, sendo aplicado penalização e ação no Ministério Público do Trabalho (Brasil, 1988).

Na situação do processo seletivo simplificado, conforme Brasil (1993) é adotado pela Lei n. 8745/93 corresponde a outro recurso para recrutamento de pessoal desde que divulgado, incluído no Diário Oficial da União e precedido de concurso público.

O respeito efetivo a exigência de prévia aprovação em concurso público qualifica-se constitucionalmente, como paradigma de legitimidade ético-jurídico de investidura de qualquer cidadão de cargos, função ou emprego público, ressalvadas as hipóteses de nomeação para cargos comissionados.

A razão subjacente ao postulado do concurso público traduz-se na necessidade essencial de o Estado conferir efetividade aos princípios constitucionais de que todos são iguais perante a lei, sem distinção de qualquer natureza, vedando-se desse modo, a prática inaceitável de o poder público conceder privilégios a alguns ou de dispensar tratamento discriminatórios e arbitrário a outros. (Brasil, 1988).

Os vínculos indiretos algumas entidades insistem em executar, mas cooperativas são mais frequentes e atinge um contingente de trabalhadores. Esta entidade por sua vez dispõe do ponto de vista legal dois fatores irregulares: uma é a descaracterização do vínculo empregatício e contorno das obrigações fiscais e a outra utiliza dispositivos contratuais que não visam transparência pública. A OIT (1998) busca evitar a fraude aos direitos trabalhistas, algumas entidades usam da terceirização como forma rápida de contratar serviços.

A terceirização no âmbito do direito administrativo é permitida desde que precedida de processo licitatório e para serviços de apoio como limpeza, segurança e alimentação. O que não permite o uso deste tipo de contratação para serviços fim como serviços de saúde, escolares e abrange também faculdades (OIT 1998).

Os regimes de emprego temporário constituíram outra estratégia central de flexibilização dos contratos, recorrer a eles significa que as empresas, tanto as públicas como as privadas, se isentam da responsabilidade direta pelo pagamento dos salários e benefícios, das contribuições de seguridade social, dos procedimentos relacionados à contratação e dispensa e mesmo dos investimentos em treinamento e qualificação. A proporção da força de trabalho empregada por regime temporário cresceu de 7% em 1989 para 11% em 2003, prevalecendo nesta categoria os trabalhadores mais jovens, que em 1995 representavam 32% de todos os trabalhadores temporários no Canadá (Fudge & Vosko, 2001; Jackson, 2005).

O crescimento dessa forma de emprego não padronizado sinaliza, pois, a erosão de benefícios e direitos, bem como a inefetividade da legislação, mais que um declínio na duração ou continuidade do emprego.

No Brasil em 2000 foi criada a Lei da Responsabilidade Fiscal que se refere à responsabilidade dos gestores com os gastos públicos e transparência para o controle social, os contratos irregulares de trabalho no setor público implica menores custos para empregados. Segundo Reston (2000) esta medida provocou uma mudança substancial na maneira como é conduzida a gestão financeira dos três níveis de governo e isso refletiu no enfrentamento de não ultrapassar 60% da receita em gastos com recursos humanos. A partir de então, o planejamento em saúde deveria ser executado, porém controlado os custos envolvidos, cumprindo o programado dentro do custo previsto (Furtado, 2009). Sua criação fez parte do esforço em reformas do estado promovido pelo governo federal para estabilizar a economia brasileira e no setor público, em especial na saúde é comum a gestão municipal justificar, a necessidade de outras alternativas de contratação de recursos humanos para atender a demanda, sem prejudicar o cumprimento da lei.

O que implica em precariedade do trabalho também associada a questões e aspectos excludentes do processo econômico, porque outros determinantes influenciam como a mundialização do capital, as condições individuais e coletivas de trabalho que pairam na perspectiva de uma sociedade que contribui para a reestruturação produtiva do capital e sua dinâmica de fortalecer o interesse na produtividade e lucratividade (Antunes, 1994).

Brasil, (1990) para a administração pública tem várias formas de regime de trabalho: Estatutário, Celetista e Comissionado,

O regime estatutário é a denominação utilizada para o vínculo jurídico estabelecido pela Lei n.º 8.112, de 11 de dezembro de 1990, que liga os servidores públicos civis da União, das autarquias e das fundações públicas federais com a administração pública federal, estabelecendo seus direitos e deveres é o único vínculo administrativo na administração pública, devido modernização da gestão do trabalho do Estado.

A contratação CLT (Celetista) foi reconhecida e utilizada na administração pública antes mesmo da Constituição Federal de 1988 sob denominação de emprego empregatício por outro lado existe também o regime especial que é situado na função excepcional de interesse público (Lei n. 8745 de 9/12/1993).

Por fim, os cargos comissionados que não são servidores efetivos, porém são livremente nomeados por autoridades para exercício profissional. Os

trabalhadores da administração pública gozam dos mesmos benefícios e direitos de proteção social a que são segurados os trabalhadores do conjunto do mercado de trabalho. No caso do trabalho no setor público se realiza em bases a informalidade e irregularidade contratual, é dessa natureza que se discute a ilicitude administrativa do contrato.

A proposta de desprecarização contempla a passagem de vínculo de trabalho precário à situação de cumprimento de pleno direito do trabalho mediante ajuste de irregularidades, nada mais justo que a efetivação dos profissionais do SUS por meio de concurso público e a regularização do processo de vínculo trabalhista, de como a qualificar a gestão de pessoas das esferas governamentais.

2.4 Trabalho na Saúde Coletiva e o Contexto Amazônico

No contexto da Amazônia Legal, as propostas salariais expressam de forma considerável uma vantagem para, o trabalho em Saúde Coletiva, neste caso do ESF, para os médicos, principalmente para recém- formados, em decorrência da remuneração paga pelo sistema público dos municípios distantes das capitais, mais alta quando comparada à de outras localidades do País. (Moretti Pires, 2009).

As cidades da região Amazonense em especial as rurais, tem como obstáculos o acesso geográfico e, por conseqüência, a estrutura urbana e mercantil configuram uma realidade na região, existem problemas na fixação do médico nessas localidades, oferecendo aos profissionais recém-formados maior oportunidade de se inserir nesses postos de trabalho. Segundo dados do Ministério da Saúde, em 2007, os serviços de atenção primária responderam pela cobertura de 62% da população do Estado do Amazonas, sendo que a ESF apresenta uma cobertura total de 41%, configurando-se como o principal modelo de atenção primária à saúde no Estado. (Brasil, 2007)

Em termos financeiros, o trabalho em Saúde Coletiva, em especial a ESF, constitui a oportunidade mais atrativa para os médicos, principalmente para recém-formados, em decorrência da remuneração paga pelo sistema público dos municípios distantes das capitais, mais alta quando comparada à de outras localidades do País. Uma vez que a dificuldade de acesso geográfico e, por conseqüência, a estrutura urbana e mercantil configuram uma realidade na região, existem problemas na fixação do médico nessas localidades, oferecendo aos profissionais recém-formados maiores oportunidades de se inserir nesses postos de trabalho (Moretti Pires, 2009).

A Amazônia Legal conta com 2.307 equipes de Saúde da Família, atingindo uma cobertura populacional de 38,5%; o PACS faz a cobertura de 56,5% com 38 mil agentes comunitários de saúde; dos 206 municípios brasileiros habilitados no PITS, do Ministério da Saúde, 122 são municípios da Região Amazônica, recebendo 387 profissionais de saúde (médicos e enfermeiros), que se deslocam de outros estados do País para atuarem em regiões de difícil acesso e com dificuldades de fixação de profissionais. (Brasil, 2006).

A adoção de estratégias de desenvolvimento regional, com vistas à diminuição de desigualdades, à equalização de oportunidades e à correção de iniquidades entre as regiões que compõem o Brasil, se constitui em um imenso desafio para o desenvolvimento integrado do País. (Brasil, 2004)

O governo brasileiro, na gestão atual, tomou o desafio do desenvolvimento regional como um eixo político-estratégico do plano de ação e a Amazônia Legal, dadas as suas especificidades, se apresenta como uma prioridade. (Brasil, 2004).

A Amazônia brasileira é um dos espaços geográficos mais valorizados do planeta, sobretudo por sua biodiversidade, por suas festas folclóricas, mas, sob a perspectiva do desenvolvimento humano, social e econômico, em que pese as virtudes da região, muitos são os desafios por esses motivos essa pesquisa elegeu o Estado do Amazonas, em especial Parintins para realizar este estudo.

2.5 O uso de Modelos Lógicos nos Estudos de Avaliação em Saúde

O Modelo Lógico é uma representação esquemática, com as características conceituais do objeto-modelo, que se refere a idealização conceitual da realidade. Deve representar aspectos essenciais do objeto a ser avaliado, reproduzindo características comuns do fenômeno investigado, adotando uma perspectiva que tente representar genericamente o objeto de interesse e não as peculiaridades (Bunge, 1974).

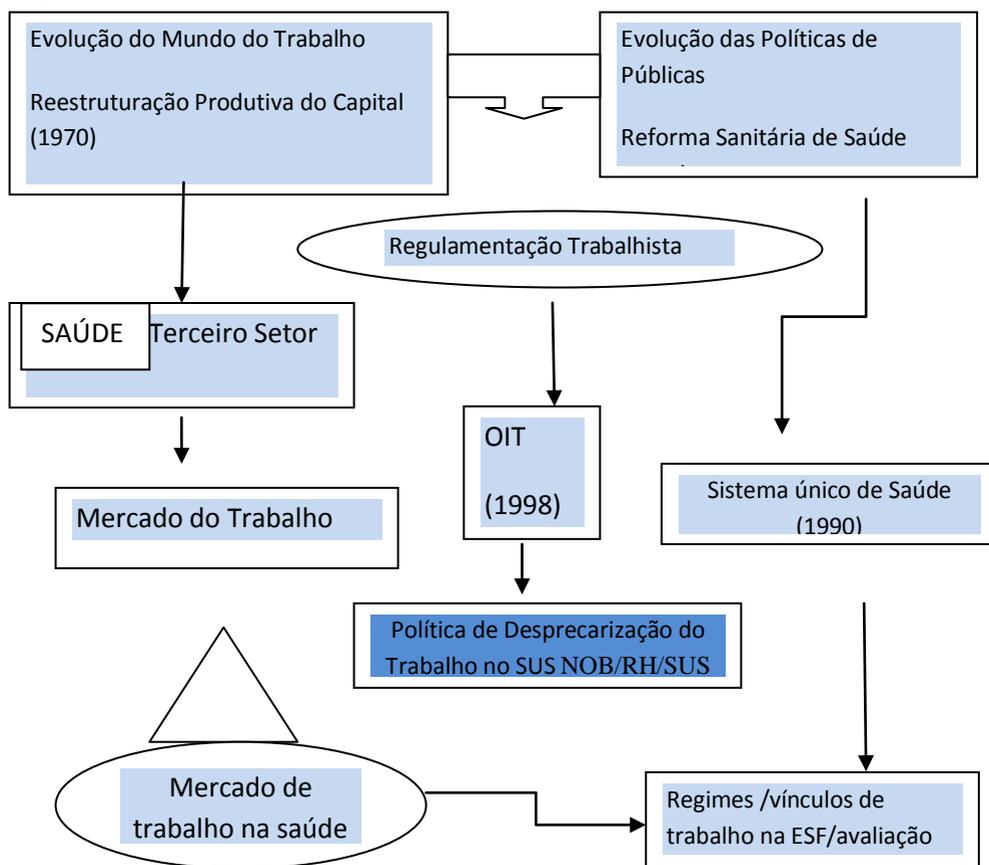
Os modelos teóricos são utilizados como instrumentos para conectar o conhecimento embasado cientificamente e os estilos de pensamento sobre uma situação apresentada. O modelo teórico é apresentado no formato de diagrama, onde são expostos os principais conceitos que serão detalhados nas discussões de conteúdo.

No campo da avaliação de programas e serviços, Hartz (1999) propõe a premissa que os modelos teóricos empregados sejam representações

diagramáticas explicitando como se espera que o programa exerça sua influência, uma pluralidade metodológica, contemplando a contextualização organizacional e a existência de dispositivos institucionais que regulem o processo de avaliação (Hartz, 1999).

A importância do modelo lógico é descrever a seqüência de eventos, através de uma síntese dos principais componentes dos programas inseridos e como os mesmos funcionam.

Diagrama 1 – Modelo Teórico



A construção do modelo teórico foi norteada a partir da base conceitual, que inicia permeado nas evoluções do mundo do trabalho e as influências nas políticas públicas de saúde. À medida que a desenvoltura política e econômica avançava no mundo, a arte do trabalho era o que menos importava, pois o valor atribuído a ele jamais seria o ideal, assim despertava um novo processo para o sentido do trabalho, capaz de alterar de forma desproporcional a demanda e oferta de oportunidades no mercado de trabalho.

Baseado nessa compreensão, o setor saúde pública é considerado um setor de produção social, entretanto, essencial no campo da prestação de serviço, capaz de destacar a necessidade de valorização do trabalho dos profissionais de saúde, uma vez que estes são protagonistas de ações que priorizam a saúde como um direito.

Com base nisso, foi providencial a elaboração da Política de Desprecarização do Trabalho no SUS, regulamentada pela NOB/RH/SUS, pois na sua base estrutural resgata a importância e a complexidade do setor de gestão do trabalho. (Brasil, 2005).

Conforme, Brasil (2005) A Gestão do trabalho dispõe de dispositivos para combater a precarização do trabalho no SUS, através da regulamentação trabalhista e avaliação das políticas, garantindo a gestão do trabalho no SUS, o desenvolvimento dos profissionais, o controle social sobre a gestão do trabalho no SUS e saúde ocupacional para os trabalhadores do SUS.

3. OBJETIVO GERAL:

Avaliar o trabalho dos profissionais inseridos na ESF do município de Parintins sob a perspectiva do trabalho precário.

Objetivos Específicos:

- 1 - Identificar o perfil dos profissionais inseridos na Estratégia de Saúde da Família de Parintins no Estado do Amazonas;
- 2 – Avaliar se as diretrizes NOB/RH/SUS são cumpridas na Estratégia de Saúde da Família por parte da gestão municipal;
- 4 – Identificar e analisar os vínculos trabalhistas das categorias profissionais inseridas na ESF;
- 5 - Identificar características do trabalho precário na ESF no contexto de Parintins.

4. PERCURSO METODOLÓGICO

Esta pesquisa buscou avaliar o trabalho na Estratégia da Saúde da Família do município de Parintins sob a perspectiva do trabalho precário.

Para compreender essa realidade e atender aos objetivos propostos, esse estudo teve por finalidade responder as seguintes questões: Até que ponto as relações de trabalho e condições de trabalho interferem na atuação profissional dos profissionais inseridos na Estratégia de Saúde da Família no município de Parintins no Estado do Amazonas? Afinal, em Parintins o trabalho dos profissionais da ESF é precário?

Para responder essas questões norteadoras, será realizada uma avaliação construtivista fundamentada nos dados, pautada no pensamento Marxiano.

4.1 Delimitação da Pesquisa:

Esta pesquisa foi realizada no município de Parintins, no Estado do Amazonas, no período de janeiro de 2010. Parintins foi escolhido como cenário da pesquisa devido a diversidade sócio-cultural e geográfica existentes, assim como características e peculiaridades relacionadas ao trabalho em Saúde da Família.

O estado do Amazonas é constituído por 62 municípios, divididos em 4 mesorregiões e 13 microrregiões, conta com uma população de 3.341.096 habitantes distribuídos numa área de 1.570.745,680 km². Parintins dista 315 quilômetros de Manaus, e conta com 107.250 habitantes distribuídos em uma área de 5.952 km², se configura como a segunda maior cidade do estado e um dos pontos turísticos mais importantes da Amazônia. Trata-se de um dos principais Patrimônios Culturais e Festivais da América Latina devido ao Festival Folclórico de Parintins. A densidade demográfica corresponde a 22,9 hab./km², com IDH de 0,696, PIB R\$ 312.226mil, PIB per capita R\$ 2.861,00 (IBGE, 2004).

O município de Parintins dispõe de 12 UBS, sendo que destas 7 UBS estão localizadas no território urbano (porém duas destas estavam em fase de implantação e sem equipe de saúde) e 5 UBS no território rural. O município dispõe do total de 19 ESF incompletas. O quantitativo populacional de 107.249

habitantes (IBGE, 2000), cadastradas no SIAB (2009) 89.071 habitantes, com percentual de cobertura 83,05%.

Conforme, Brasil (2010) as informações apresentadas no SIAB conferem que 23.833 pessoas, são cadastradas e 17.844 (74,87%) são as famílias do território e a média mensal de visitas são 26.751 (1,12) visitas/mês.

4.2 Universo e Objeto do Estudo

O universo da pesquisa contou com todos os profissionais de saúde da família, (4 médicos, 8 enfermeiros, 12 odontólogos e 84 ACS) um total de 110 convidados, mas nem todos participaram da pesquisa por motivos de férias e dispensa médica. Dos 12 odontólogos, dois estavam de férias e dos 84 ACS, um estava de férias e três afastados por licença médica.

O universo do estudo foi o contexto da ESF, nas UBS distribuídas nos perímetros: urbano. Na área urbana estão localizadas 7 UBS, dispõe o total de 12 ESF, mas para este estudo só foram considerados 6 UBS.

As equipes estão incompletas por falta de médico e profissionais da equipe de enfermagem. As UBS urbanas foram eleitas para este estudo, sob o critério de facilidade do acesso, para a pesquisadora efetuar a coleta de dados, devido fatores complicadores de acesso geográfico.

4.3 Critérios de Exclusão

De acordo com o universo da pesquisa, foi necessário fazer algumas delimitações, com intuito de completar a pesquisa. A justificativa para excluir às unidades de saúde da região rural, foi por motivo de alteração climática, pois no período de janeiro as águas do rio Amazonas, sofrerem com o período vazante (baixa das águas) e o único meio de transporte acessível seria fluvial, então se decidiu por cancelar a missão, para evitar riscos de incidentes. Na área urbana optou-se por também excluir uma UBS porque havia inaugurado há um mês antes da pesquisa, sem equipe de saúde definida e sem previsão de data para iniciar os atendimentos ao público.

4.4 Fomento do Projeto

Para a realização desse estudo também foram utilizados dados do projeto intitulado “Saúde da Família no interior do Estado do Amazonas e a

operacionalização dos princípios do SUS”, além dos dados primários coletados em campo. O Fomento deve-se a CNPq (COSAU/CGSAU/DABS) sob protocolo 470165/2008-1 (Edital MCT/CNPq 14/2008 - Universal / Edital MCT/CNPq 14/2008 - Universal - Faixa C - De R\$ 50.001,00 até R\$ 150.000,00), com valor final deferido e aprovado em R\$ 145.854,70.

4.5 Procedimentos Éticos

Os sujeitos foram autorizados a participar desse estudo, após a autorização da Coordenação da Atenção Básica de Saúde na Secretaria Municipal de Saúde de Parintins (AM). Os profissionais receberam por parte da pesquisadora, instruções sobre os objetivos e finalidade da pesquisa, em seguida assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido em duas vias. A assinatura dos termos ocorreram no ato do aceite de participar do estudo. Ressaltou-se que o estudo respeitou as normas de pesquisa envolvendo os seres humanos com base na Resolução nº 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, sendo aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Santa Catarina - Projeto “Saúde da Família no interior do Estado do Amazonas e a operacionalização dos princípios do SUS” (Protocolo ético 121/2009 – Anexo 2, garantindo o sigilo de cada participante voluntário.

4.6 Procedimento da Pesquisa

Essa pesquisa tem o caráter avaliativo e buscou nos dados coletados a comparação com fundamentação teórica e a elaboração do modelo lógico. Os métodos de pesquisa utilizados apresentaram informações de caráter qualitativas com apontamentos quantitativos. A perspectiva qualitativa é pautada na busca pela compreensão de como determinado contexto se dá através da vivência e experiência pessoal dos próprios sujeitos envolvidos (Leopardi, 2002; Haguette, 2001; Minayo, 1999), de forma que permite levantar características e dinâmicas de determinado fenômeno, no entanto sem prerrogativas da generalização, a qual é pertinente para os trabalhos de cunho quantitativo, em que a abordagem estatística com amostra representativa do todo é preconizada.

4.6.1 Técnicas empregadas para tratamento dos dados qualitativos e quantitativos:

Para os dados quantitativos foi aplicado o **Questionário individual** (Apêndice 1): Os profissionais da saúde da família receberam questionário individual com questões abertas para respondê-lo 3 dias e devolvê-los ao pesquisador. O questionário de acordo com (Marconi, Lakatos, 1990) é considerado um instrumento de coleta de dados, constituído por séries ordenadas de perguntas, que deve ser respondido por escrito sem a presença do pesquisador. Esse questionário configura: Motivos que os profissionais desenvolvem seus trabalhos no interior do Estado do Amazonas, tipo de formação dos profissionais, limitações do seu trabalho, conforme as características da região, articulação entre as demais categorias profissionais e características das relações e condições de trabalho para enquadrar ou não, no critério de precarização do trabalho. Para o questionário individual, se aplicou a combinação de *Grounded Theory* e avaliação construtivista de 4ª geração para compreensão do discurso dos atores sociais, na investigação das características do trabalho precário, a luz dos eixos temáticos da NOB/RH/SUS (gestão do trabalho, o desenvolvimento do trabalhador, a saúde do trabalhador e o controle social do trabalhador no SUS).

Os **Grupos Focais** (Apêndice 2): Outro instrumento utilizado foi o roteiro para os grupos focais está técnica foi aplicada com grupos de ACS. O grupo focal tem um caráter subjetivo de investigação é utilizado como estratégia metodológica qualitativa consoante nos informa Debus (1997), já que esse tipo de pesquisa busca respostas acerca do que as pessoas pensam e quais seus sentimentos.

Os grupos focais foram organizados da seguinte forma: Como já mencionado anteriormente foram eleitas 05 UBS para realizar a pesquisa com as equipes de saúde da família, porém para realizar os grupos focais foram sorteadas 4 UBS, e os ACS dessas unidades foram convidados a participar. As unidades que foram cenário e os grupos de ACS foram denominados de UBS 01, UBS 02, UBS 03 e UBS 04 foram formados grupos de 10 a 12 ACS, somando um total de participantes 44 ACS. Os grupos foram agendados nas unidades com data e horário, sendo assim distribuídos: UBS 01 (08:00 – 8:40h); UBS 02 (11:00 – 11:40h); UBS 3 (13:00 – 13:40h) e UBS 4 (16:00 – 16:40h). Os outros profissionais de saúde não participaram desses grupos focais por incompatibilidade de horários e não apresentaram interesse.

Os grupos focais ocorreram no formato de rodas de discussão, nos consultórios médicos, por que as UBS não têm espaço físico para sala de reuniões.

Estratégia de abordagem: No momento do grupo focal estavam presentes os ACS e dois membros externos (moderadora e pesquisadora), foram realizadas apresentações (nome, formação profissional, local de moradia e apresentação resumida da micro-área de trabalho).

Em seguida foi apresentada a proposta de trabalho, inicialmente apresentaram-se imagens (fotografias de revistas e jornais) que caracterizavam o trabalho coletivo em saúde da família e percepção do que era trabalho precário em saúde da família ou no contexto geral de saúde pública. Estas imagens foram eleitas, pois pretendia-se a partir das discussões e reflexões no grupo focal extrair as percepções da equipe de ACS sobre o contexto de trabalho precário.

As **fotografias** (Apêndice 3) foram repassadas ao grupo e iniciava-se o processo de discussão sobre o que traduzia determinada imagem/fotografia. A cada discussão proporcionada pelo grupo as expressões verbais foram gravadas para no momento posterior serem transcritas e interpretadas pela pesquisadora. O grupo focal parte do discurso e da demanda que surge na roda de conversa, portanto o uso dessa técnica, é combinatória para perceber nas informações nas expressões e representações para formular a contextualização.

Aplicação do **Diário de Campo** (Apêndice 4) : O roteiro do diário de campo foi composto por informações relacionadas ao roteiro da viagem, desde o trecho de origem Florianópolis até o destino final Parintins (AM). O cronograma de atividades programadas para aplicação dos instrumentos que ocorreu do dia 15 a 18 de janeiro 2010. Nesse período foi possível conhecer as unidades de saúde para coleta de dados primários e secundários, reconhecimento territorial.

Segundo, Falkembach (1987) diário de campo é o relato escrito daquilo que o investigador vê, experiência e no curso da coleta de dados registro diário de eventos e conversas ocorridas. Incluem a dimensão interpretativa, desta forma o pesquisador já poderia registrar análises (Polit, Hagler,1995). O **Descritivo** buscou captar uma imagem da realidade, com seu máximo detalhamento, incluindo aspectos do local, pessoas, ações e conversas observadas, como a retratar uma fatia da vida. O **Reflexivo** apreende o ponto de vista do observador, suas percepções, suas idéias e preocupações

Investigação a partir da **Análise Documental**: Foi realizada leitura exaustiva dos Planos de Saúde do município de Parintins e Atas dos Conselhos de Saúde triannual (2005 -2008) com intuito de verificar a participação dos profissionais nas decisões sobre organização do processo de trabalho e implantação de Planos de Cargos, Carreira.

A análise documental constitui uma técnica importante na pesquisa qualitativa, seja complementando informações obtidas por outras técnicas, seja desvelando aspectos novos de um tema ou problema (Chartier, 2002).

Utilizou-se de materiais que não receberam tratamento analítico e possibilita a crítica baseado na série histórica de informações agregadas sobre o objeto que será alvo de estudo.

As informações qualitativas foram tratadas por *Grounded Theory* (Teoria Fundamentada nos Dados). Para os dados quantitativos foram utilizados recursos para levantar as características do trabalho em Saúde da Família, por meio da aplicação da *Job Stress Scale* (Apêndice 5) para avaliar a pressão do trabalho e das etapas que emergiram durante o levantamento qualitativo.

4.7 Evolução dos Processos Avaliativos e Diálogo com outras Fontes de Análise

As abordagens avaliativas ao longo da história buscaram evoluir na sua a construção teórica para se tornar dispositivo de mudança do objeto que se deseja avaliar.

Guba, Lincoln (1989) classificaram os tipos de avaliação em quatro gerações: A primeira se caracteriza pela mensuração, voltada ao desempenho escolar, no início do século XX. A segunda geração trata do processo avaliativo na identificação e descrição de atividades. A terceira geração preocupa-se em julgamento e mérito do objeto avaliado, a partir da descrição e mensuração, considerando fatores externos (Guba, Lincoln, 1989).

Esses autores apresentam limitações nas gerações anteriores, por não considerar a diversidade dos grupos de interesse, em torno do objeto. No entanto, consideram de forma demasiada o aspecto gerencial por conta de ser o encomendar e/ou financiador do processo avaliativo ou do objetivo. Em contraproposta, foi desenvolvida a avaliação de Quarta geração trata-se de uma abordagem construtivista e participativa que inclui o contexto na análise das intervenções.

4.7.1 Método Grounded Theory

Essa pesquisa avaliativa buscou comparar os dados coletados com a fundamentação teórica eleita pelo pesquisador, sustentada na teoria da avaliação construtivista, que ao dialogar com o método *Grounded Theory*, possibilitou uma abordagem de verificação e análise dos dados de forma aberta e que se adapta ao objeto com a apreensão no conteúdo com representatividades para pesquisa (Glaser, 2005).

Esse método se baseia nas informações de vivência, expressões, representações para formular e configurar o modelo conceitual, ou seja parte da teoria coletada para aplicar a comparação com a fundamentação teórica. A perspectiva qualitativa é pautada na busca do entendimento e da compreensão de como determinado contexto se dá através da vivência e experiência pessoal dos próprios sujeitos envolvidos (Leopardi, 2002), de forma que permite levantar características e dinâmicas de determinado fenômeno, no entanto sem a prerrogativa da generalização, a qual é pertinente para os trabalhos de cunho quantitativo, em que a abordagem estatística com amostra representativa do todo é preconizada, orientada para a verificação e a confiabilidade e a rePLICABILIDADE dos dados.

Antes da aplicação dos métodos propostos pela pesquisa, os participantes da pesquisa, receberam explicações sobre a pesquisa e receberam o termo de consentimento livre e esclarecido, assegurando-lhe a sua participação voluntária e a ciência das finalidades do estudo, considerando as implicações éticas sem prejuízo para sua atuação profissional.

Uma questão importante, recorrente no debate entre metodologias qualitativas e quantitativas é a amostragem. Na *Grounded Theory*, se utiliza da amostragem teórica, caracterizada pela reincidência de informações estabelecidas a um número mínimo de sujeitos, cujos depoimentos permitam apreender as mais diversas perspectivas sobre o fenômeno, seria assim chamado de saturação teórica para essa abordagem.

Para a representação das informações foi elaborados diagramas, por que a representação gráfica potencializa a compreensão dos conceitos, além de focar na complexidade teórica, esse método é a construção do modelo teórico-lógico.

De acordo com este entendimento para a abordagem qualitativa foi aplicado o questionário individual com questões fechadas para os profissionais que compõem a ESF.

O questionário de acordo com Marconi, Lakatos, (1990) é um instrumento de coleta de dados, constituído por séries ordenado de perguntas, que deve ser respondido por escrito sem a presença do entrevistador.

Este questionário enfatizava questões relacionadas ao conhecimento e compreensão da Política de Desprecarização do Trabalho (NOB/RH/SUS). Outra técnica utilizada foi o grupo focal (Apêndice 2- roteiro) será utilizado nesta pesquisa por retratar o caráter subjetivo de investigação é utilizado como Estratégia Metodológica Qualitativa, consoante nos informa Debus (1997), já que a Pesquisa Qualitativa caracteriza-se por buscar respostas acerca do que as pessoas pensam e quais são seus sentimentos. O grupo focal foi realizado com os agentes comunitários de saúde, estes profissionais eram escolhidos de forma aleatória pela coordenação da equipe de saúde da família, foram escolhidas 4 unidades de saúde da área urbana sob o critério de serem unidades diversificadas em termos de acesso geográfico.

Portanto, foram formados 4 grupos focais (com duração aproximada de 40 minutos cada um), os grupos aconteceram dentro de consultório médico das unidades, a dinâmica era estabelecer uma apresentação do grupo, explicar a proposta de trabalho que seria baseada na apresentação de imagens diversificadas sobre o contexto do trabalho e relações de trabalho na ESF.

De acordo com as imagens cada agente comunitário de saúde reproduzia uma reflexão perante o grupo, as expressões ditas durante a interação do grupo focal foram gravadas e descritas para análise. A análise documental de Plano de Saúde e Atas de reuniões do Conselho de Saúde a partir de 2005 também será uma etapa importante com objetivo de verificar a participação dos profissionais nas tomadas de decisão no processo de planejamento em saúde e com destaque nas decisões políticas sobre gestão de pessoas.

A literatura sugere intercalar diálogo entre pesquisador e sujeitos com a observação anotada, o que é chamado de Diário de Campo (Apêndice 4-roteiro). No diário de campo constam todas as informações necessárias dos fatos ocorridos durante todo o processo da pesquisa de campo.

Para a abordagem quantitativa, foi aplicado questionário também individual (Apêndice 5-roteiro), contendo características sócio-demográficas, formação profissional, situação de trabalho, o conhecimento sobre a política de desprecarização do trabalho no SUS (NOB/RH/SUS). Neste momento se confronta a realidade concreta como com as hipóteses e pressupostos pertinentes a proposição da pesquisa (Minayo, 1999/2004; Leopardi, 2002; Haguette, 2001). Ao todo foram realizadas 110 questionários individuais

5. APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

A análise documental que foi realizada a partir das Atas dos Conselhos Municipal de Saúde, Plano Municipal de Saúde e Relatório de Gestão, no período de 2007-2009, revelou informações sobre os interesses do município em resolver questões organizacionais de saúde e preocupação incipiente sobre as características de trabalho na saúde do Município de Parintins.

Os documentos para análise foram extraídos da secretaria de saúde sem eventuais problemas, porém foi necessário fazer a solicitação oficial ao Secretário de Saúde para usufruto das informações. Para o tratamento das informações que caracterizam o trabalho precário na saúde coletiva optou-se usar *Grounded Theory* que justificará o modelo de análise dos componentes, subcategorias e categorias do município pesquisado, a apresentação será no formato de diagrama que contribuirá para compreender as especificidades.

A abordagem *Grounded Theory* oportuniza a integração teórica dos elementos qualitativos e quantitativos, para caracterização do trabalho precário, na perspectiva do estudo de avaliação, tipo pesquisa avaliativa (Glasei, 2005).

Na análise documental foi identificado que o município de Parintins prioriza a contratação de profissionais para área hospitalar comparado a ESF tanto na área rural como urbana. A Saúde Bucal não apresenta atividades de promoção em saúde, limita-se a estratégias e ações curativas nos consultórios das UBS. O município preocupa-se em reforçar a atenção da saúde bucal na categoria especialidades. Os profissionais de saúde da família realizaram curso introdutório a saúde da família para os ACS em 2006, com foco nas abordagens domiciliares nas endemias.

A atenção hospitalar é supervalorizada por que a atenção básica de saúde apresenta dificuldades de atender as necessidades da população, pela falta de profissionais médicos, infra-estrutura, medicamentos e demais recursos materiais nas UBS. Todavia os mesmos médicos que realizam atividades na ESF também são vinculados a rede hospitalar. Por consequência disso, a unidade hospitalar e os profissionais sofrem com a sobrecarga de trabalho. Nos relatos apresentados no PMS, os conselheiros e demais autoridades conferem a necessidade organizar a rede assistencial, todavia há déficit de articulação entre as esferas de governo, que interfere diretamente no processo de decisão. As ESF realizam atendimento misto, em algumas unidades de saúde o demanda é organizada por agendamento semanal, já em outras a demanda é livre. Em relação à demanda espontânea o processo de acolhimento é incipiente e controverso em relação ao papel resolutivo no enfrentamento às demandas que aparecem. A ESF deposita na enfermeira e nos agentes comunitários de saúde

maior domínio em relação ao conhecimento da área de abrangência e descrição das áreas homogêneas.

A proposta de criação de um CEREST foi aprovada e dispõe de recursos financeiros para a implantação em 2009. Um aspecto interessante sobre a temática de direitos trabalhistas refere-se à realização de um concurso público em 2005, o último realizado, e que nenhum dos aprovados foi contratado. A contratação de ACS não obedece a classificação de processo seletivo específico para este fim, com problemas inclusive de alguns ACS que residem em uma área atuarem em outras. A contratação dos ACS na área rural acontece por indicação do líder comunitário, ou seja, é feita uma reunião na comunidade e decidido quem será o ACS. Na área urbana a seleção para ACS há 3 anos não ocorre, alguns são contratados por cooperativa contratada pelo município.

Também em Parintins a motivação dos profissionais para o trabalho na ESF relaciona-se ao mercado de trabalho. Há sinergismo entre a formação destes profissionais para a atuação no modelo biomédico e a educação permanente dos profissionais de nível superior que são os principais formadores/capacitadores dos ACS, informação que se mostra coerente com os achados da Análise Documental.

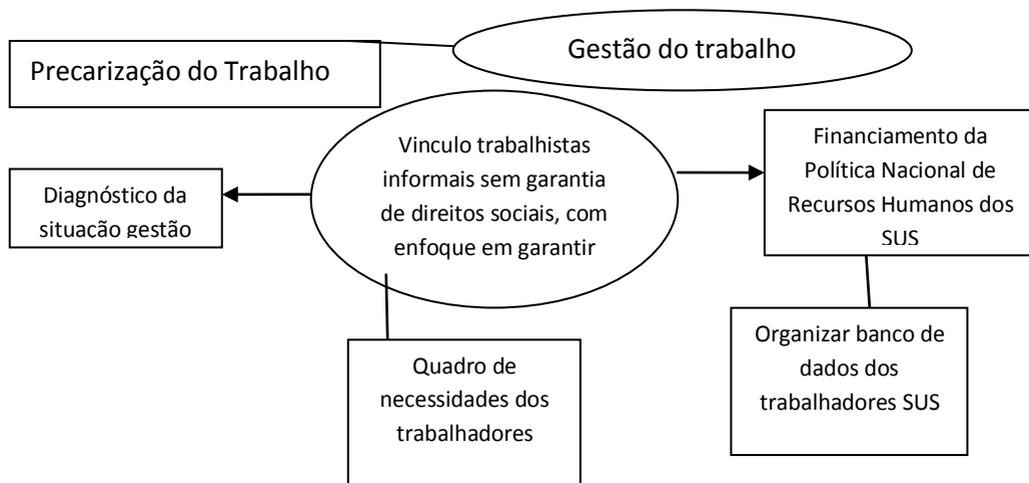
A situação apresentada reforça que a atenção em saúde está vinculada ao modelo hegemônico hospitalocêntrico, por outro lado, durante a análise documental surge de forma expressiva o interesse por organizar a atenção básica para minimizar os atendimentos hospitalares, em casos desnecessários.

s profissionais da ESF seguem a programação mínima estipulada pelo Ministério da Saúde, nos levantamentos dos dados expressos no SIAB, é possível perceber a trajetória de ações desenvolvidas das equipes e as condições de saúde da população. No entanto, o SIAB contém subregistros, por ser percebido como mais um protocolo a ser seguido, com um caráter burocrático estrito e não como instrumento de planejamento para acompanhamento e mudança dos padrões de saúde da comunidade. Sobre os aspectos trabalhistas destes profissionais, características de trabalho precário emergem, tais como a sobrecarga de demanda, desvalorização dos profissionais, déficit numérico, desigualdade salarial entre as categorias e principalmente a condição de vínculo trabalhista ineficiente. Abaixo segue a construção do Modelo Lógico baseado em Grounded Theory que buscou confrontar a fundamentação dos dados com as teorias que norteia este estudo e evidenciar contradições. O quadro 3 foi construído com base nas características que levam a precarização no Mundo do Trabalho nos cenários sociais, políticos

e econômicos, capaz de alterar as relações de trabalho e que influenciaram a necessidade de regulamentar as áreas trabalhistas com vistas à desprecarizar. Na saúde, especificamente na ESF foi elaborado a NOB/RH/SUS para esse fim, baseada em 4 eixos temáticos: Gestão do Trabalho, Educação Permanente, Saúde Ocupacional e Controle Social. A teoria fundamentada nos dados em conjunto com o processo avaliativo permitiu sintetizar nessa figura, características existentes do trabalho precário em Parintins.

Análise de dados qualitativo

5.6 Diagrama 2 - Agrupamento das características que convergem a Gestão do trabalho no SUS:



“Pra nós médicos ficarmos aqui tem valer muito apena, a demanda é grande, a região é longe de tudo...e o salário parece que nunca compensa, apesar se muito em comparação ao resto do Brasil... mas se eu fosse concursado seria bem melhor. Mas aqui tudo é meio diferente até nisso”. (Médico 01).

Os profissionais de saúde apontam dificuldades relacionado a cobrança por parte da comunidade e gestão para atender a demanda populacional e resolver as necessidades de saúde. As possibilidades para os profissionais atenderem estes quesitos ultrapassam seus limites de atuação por conta, de um sistema de saúde que para a realidade amazonense não corresponde as suas peculiaridades geográficas, culturais, sociais.

“Roda todo mês um médico, um enfermeiro diferente por aqui por que não agüenta. Fica tudo meio largada não tem um contrato, não tem carteira assinada”. (ACS 05)

A rotatividade de profissionais no município de Parintins não é diferente do restante do Estado do Amazonas. Uma das principais características que indicam dois principais indicadores de rotatividade, o primeiro é o déficit nas condições de trabalho (estrutura física, pessoal suficiente, condições de deslocamento dos profissionais até os postos de trabalho) e o segundo é a dificuldade de realização de concursos públicos com garantias dos direitos sociais

“Eu to aqui 2 anos, eu gosto daqui...mas peca muito quando a gente se vê numa situação sem concurso, ou dificuldade de chamar do concurso que teve ai alguns anos. Ninguém ta se importando com isso. Quando não tem por exemplo médico, eles dão um jeito de trazer de algum lugar, mas não legaliza e ai o dr. vai embora” (Enfermeira 03)

A maioria dos profissionais de saúde são recém formados, recebem a proposta de trabalho no interior do Amazonas com a esperança de conviver com outra realidade geográfica, climática, as culturas indígenas, meio de sobrevivência sócio-econômica. Alguns profissionais incluem na sua trajetória de trabalho essa experiência de vida e de trabalho.

“Eu não fiz concurso, nada para entrar no PSF eu fui convidada, por que tinha outra ACS não fazia o serviço direito e ai me indicaram, mas eu nunca assinei nada para ter certeza que sou funcionária. O bom é que eu recebo, no fim do mês... (risos). (ACS 11)

Os agentes comunitários de saúde há alguns anos não realizam nenhum processo de seleção para realizar trabalho, na área rural o líder comunitário organiza uma reunião com representantes da comunidade e escolhe por maioria quem será o ACS daquela área e o seu desempenho é constantemente avaliado pela própria comunidade. A coordenação da ESF não representa autonomia sobre a atuação desses profissionais.

“Eu gosto de trabalhar aqui, sou daqui, minha família, enfim, trabalho no PSF, mas a gente tem um acordo para não fazer 8 horas por dia, por que eu atendo no meu consultório, por que eu aqui sou prestador de serviço” (Odontólogo 01)

Os profissionais médicos dividem seus horários entre a ESF e a atenção Hospitalar, a ressalva desse acordo é por motivo de falta de profissionais. Portanto, o profissional médico não cumpre às 40 horas semanais, na ESF e as atividades relacionadas à atenção básica fica comprometida, por que a prioridade é a demanda que exige enfoque biomédico. O mesmo ocorre com os odontólogos, a diferença é que dividem os horários entre ESF e consultórios para complementar sua renda salarial.

“O Plano de Cargos e Salários já ouvi falar que o prefeito iria assinar, mas até hoje não se concretizou” (Enfermeira 02)

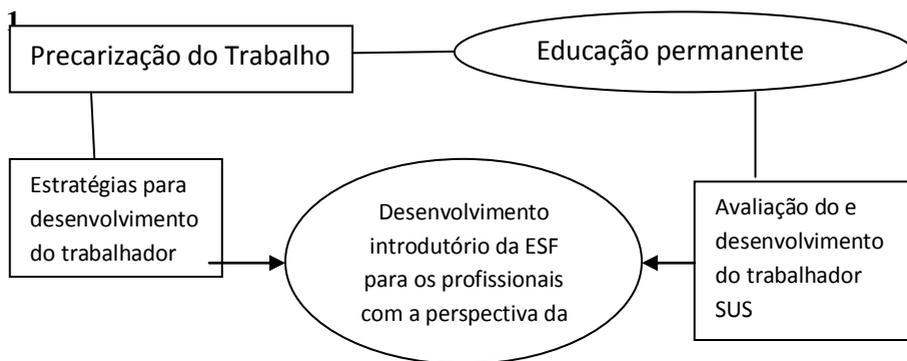
Na pesquisa documental no Plano Municipal de Saúde 2007-2009 somente foi citado em uma reunião a preocupação com a elaboração e efetivação do Plano de Cargos, Carreiras e Salários. Em 2005 foi realizado concurso público de saúde e nenhuns dos aprovados foram chamados e isso ainda está em tramite no Ministério do Trabalho. A definição está dependo de decisão política.

“A forma de seleção aqui tem concursado, tem prestação de serviço é o caso da maioria dos médicos, tem celetista que é o caso das enfermeiras e os ACS são uma parte por cooperativa, indicação” (ACS 24)

Em Parintins existem diversos tipos de vínculos trabalhistas (estatutários, celetista, prestador de serviço e contrato verbal). Os profissionais cooperativados contribuem com um percentual de seus salários, mas se manterem filiados a cooperativa, para serem considerados profissionais da prefeitura e terem seus benefícios garantidos. Esse tipo de contrato por cooperativa causa insatisfação, mas se trata de uma decisão política.

“Prioridade de contratação para profissionais para hospital, as equipes de saúde da família também estão deficitárias tanto na área rural como urbana. Mas os conselheiros do CMS alegam que enquanto as equipes que já existem não apresentarem resultados favoráveis fica determinado que as equipes não serão ampliadas” (PMS – Parintins)

Diagrama 3 - Agrupamento das características que convergem a Gestão do Desenvolvimento do Trabalhador do SUS



Apesar das dificuldades de condições de trabalho no município de Parintins, a política de educação permanente tem favorecido o norte do país com incentivos financeiros para estimular no desenvolvimento do trabalhador do SUS. Foi realizado em 2006 introdutório em saúde da família para os profissionais de saúde, a implantação do projeto Telessaude teve comum dos primeiro Estados o Amazonas. O foco da educação permanente, quando presente, preserva-se nas endemias, o que de certa forma supre demandas emergentes, mas não amplia o olhar para a atenção primária em saúde de modo integral.

“Fizemos i introdutório do PSF e foi muito bom”. (ACS 21)

“Eu aprendi muito com o curso introdutório, mas tem um tempão que a gente não faz capacitação” (ACS 10)

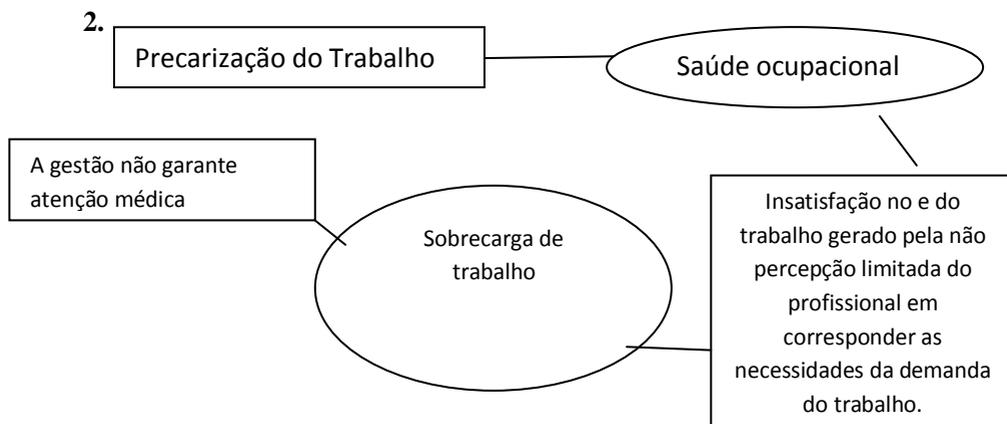
“ A capacitação acontece para doenças endêmicas da região” (Médico 02)

“Eu não fiz introdutório, na época era só para enfermeiros e agentes de saúde” (Médica 01)

“Não fiz curso para trabalhar no PSF” (Odontólogo 02)

“A equipe de saúde Universidade Federal do Amazonas ofereceram curso de pós-graduação que será oferecido aos enfermeiros de Parintins e municípios vizinhos” (PMS-Parintins)

Diagrama 4 - Agrupamento das características que convergem a Gestão da Saúde do Trabalhador



O excesso de trabalho aqui foi representado com um fator que contribuem para alta rotatividade no município de Parintins. A sobrecarga com atendimento da ESF e Hospitalar, consultórios levam a insatisfação dos profissionais. O salário apesar de consideravelmente alto em relação ao resto do Brasil principalmente para os médicos, representa-se como um atrativo, mas não é o principal motivador para se fixar no município.

“ O excesso de trabalho por conta de falta de profissionais são a maior desculpa para rotatividade dos profissionais, a gente fica doente e tem colegas

afastados por conta disso. Temos certeza que quando retornam já pedem demissão” (médico 01).

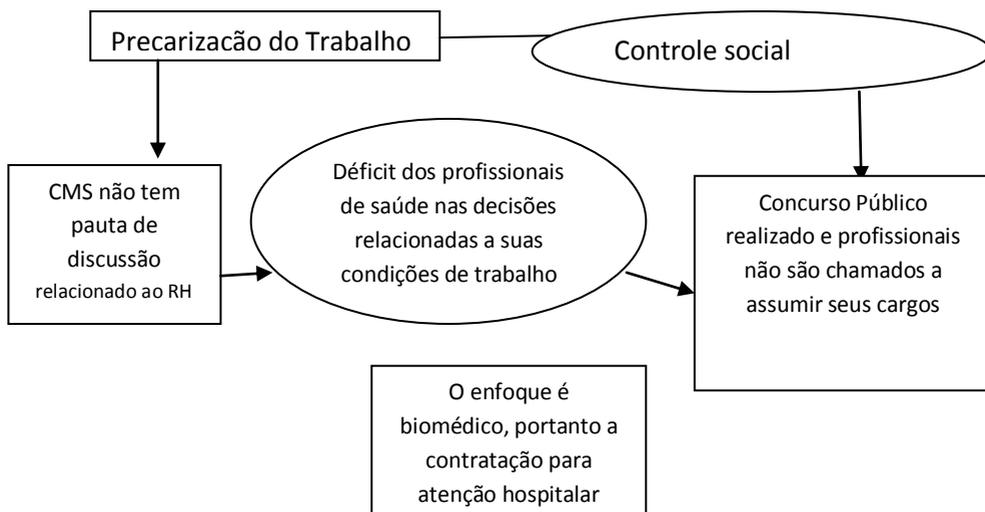
“ Estou com problemas físicos, não tenho muito tempo para me cuidar, trabalho e trabalho... e acho que vou esperar mais uns três meses e depois vou embora daqui. (odontólogo 02)

“Não temos ainda o CEREST” (Enfermeira 06)

“Não temos esse Centro funcionando” (ACS 07)

“Aprovação do CEREST (Centro de Referência de Saúde do Trabalho) pois, dispõe-se de recursos para implantação deste projeto”. (PMS –Parintins)

Diagrama 5 - Agrupamento das características que convergem a Gestão do Trabalho democrática



Os profissionais de Parintins em sua maioria nunca participaram nas reuniões de Conselho Municipal de Saúde, existe um representante da área da saúde é um coordenador da Unidade de Saúde, porém as temáticas discutidas são sempre a preocupação com a demanda e atendimento as suas necessidades. As questões relacionadas à política de desprecarização do trabalho o SUS tem suas discussões de forma incipiente. Para os profissionais essa política é pouco divulgada e, portanto se revela desconsiderada nas discussões de equipe.

“Nunca participei de reunião para tratar de interesses relacionados ao Plano de Cargos e Carreiras” (médico 02)

“ Conheço a Política de Desprecarização do Trabalho, seria um grande avanço se tivesse regulamentação, fiscalização. Mas até onde eu sei não funciona.” (Enfermeira 05)

“Eu não sei o que é Política de Desprecarização do Trabalho no SUS”. (Odontólogo 01)

“ Não, sabia que tem uma Política para Desprecarização do Trabalho no SUS” (médica 01)

“Nunca participei de reuniões do conselho de saúde, mas o enfermeiro participa e batalha por nós, aumento de salário, concurso” (ACS 32)

5.1 Análise de dados primários

Com base nos achados empíricos da etapa qualitativa desta pesquisa avaliativa, elegeram-se para mensuração características do trabalho na ESF que se mostraram relevantes nos municípios investigados.

O levantamento de características do trabalho em Saúde da Família nos quatro municípios investigados foi empreendido entre janeiro e março de 2010, com todos os profissionais da rede inseridos há pelo menos seis meses na ESF.

As características da amostra são apresentadas na tabela 1, que se segue.

Os qualitativos coletados e tratados serviram de base para a análise dos dados primários. Portanto, elegeram-se a mensuração das características do trabalho na ESF que se configuraram relevantes no município de Parintins.

Visto que o levantamento das características perfil dos profissionais ESF no município de Parintins foi realizado em janeiro de 2010, será demonstrada na tabela 1, que se segue abaixo.

Tabela 1 - Perfil dos trabalhadores da ESF (n = 110) em Parintins - Amazonas, 2010.

	Caracterização	Parintins 110(n%)	Enfermeira	Médico	Cirurgião-dentista	ACS
Profissional			8 (7,27)	4 (3,64)	12 (10,91)	86 (21,83)
Sexo						
masculino	26 (23,85)		2 (1,80)	3 (2,72)	10 (5,45)	11 (10,0)
feminino	83 (76,15)		4 (3,63)	1 (0,90)	3 (2,72)	75 (68,18)
Idade						
19 – 24 anos	16 (14,55)			1 (0,90)	5 (4,54)	10 (9,09)
25 – 30 anos	34 (30,91)		3 (2,72)		1 (0,90)	30 (27,27)
31 – 37 anos	36 (32,73)		2 (1,80)	1 (0,90)	5 (4,54)	28 (25,45)
38 – 51 anos	24 (21,82)		3 (2,72)	2 (1,80)	6 (5,45)	13 (11,81)
Tipo de vínculo						
Concurssado	14 (12,73)		1 (0,90)			13 (11,81)
Temporário	96 (87,27)		7 (6,36)	4 (3,63)	12 (10,90)	73 (66,36)
Tempo no vínculo						
< 1 ano	36 (32,73)		2 (1,80)	3 (2,72)	4 (3,63)	27 (24,54)
1 a 5 anos	64 (58,18)		6 (5,45)	1 (0,90)	8 (7,27)	71 (64,54)
6 a 10 anos						
> 10 anos						
Salário (R\$)						
< 465,00 (ACS – 30h)	74 (67,27)					74 (76,27)
465,00 – 930,00 (ACS-40h)	18 (16,36)					18 (16,36)
930,00 – 1.860,00	0 (0,00)					
1.860,00 – 3.000,00 (dentistas e Médicos – 20h)	4 (3,63)		2 (1,80)	2 (1,80)		
> 3.000 (dentista, enfermeiro e médico 40h)	18 (16,36)		6 (5,45)	4 (3,63)	8 (7,27)	

No município de Parintins o trabalho feminino é prevalente. Em relação a categoria faixa etária a maioria dos profissionais têm menos de 30 anos. Quanto ao vínculo de trabalho, aparece o trabalho temporário como sendo mais prevalente ao expressar (87.27%). No município de Parintins existem trabalhadores recebendo menos que um salário mínimo mensal em todos os municípios, entretanto uma minoria obtém salários superiores a R\$3.000,00.

Tabela 2 – Déficit de profissionais nas equipes em Parintins - Amazonas, 2010.

Profissão	Razão entre número de profissionais e o preconizado*
	Parintins (12 equipes)
ACS	0,89
Enfermeiro	0,66
Médico	0,33
Dentista	1,00

* razão entre número de profissionais existentes e o preconizado pelo Ministério da Saúde, ou seja, um médico, um enfermeiro, um dentista e oito ACS, com razão ideal ≥ 1

Na etapa qualitativa o déficit de profissionais foi o indicador que expressou importante consideração, uma vez que o município de Parintins dispõe de 12 equipes da ESF, e o quantitativo de médicos, odontólogos e enfermeiros não atendem o preconizado pelo ministério da saúde que seria um profissional de cada categoria citada para cada equipe. No entanto, a categoria de ACS apresenta-se nesse município em número superior ao preconizado.

Tabela 3: Características de trabalho nas equipes da ESF em Parintins - Amazonas, 2010.

Característica de trabalho precário	Parintins n(%)
Sentimento de Sobrecarga	
Sim	62 (56.36)
Não	48 (43.64)
Quantidade de atividades	
Adequada para a função	53 (46.90)
Inadequada para a função	60 (53.10)
Quantidade de profissionais da equipe da ESF	
Suficientes	50 (43.48)
Insuficientes	65 (56.52)
Trabalho em equipe	
Conforme preconizado	46 (40.71)
Distante do preconizado	67 (59.29)
Aperfeiçoamento profissional	
Oferecido pelo Gestor	71 (60.28)
Não é oferecido pela Gestão	46 (39.32)
Cobrança exaustiva do Gestor para com o profissional	
Sim	69 (58.97)
Não	48 (41.03)
Segurança clínica pessoal	
Possui	58 (51.33)
Não possui	55 (48.67)
Insegurança sobre ser demitido a qualquer	

momento		
	Não	39 (33.62)
	Sim	77 (66.38)
Estruturas físicas suficientes para o trabalho		
	Dispõe	51 (44.74)
	Não dispõe	63 (55.26)
Condições de trabalho		
	Suficientes	34 (29.31)
	Insuficientes	82 (70.69)
Rotatividade dos profissionais na ESF		
	Baixa	52 (47.27)
	Alta	58 (52.73)
Relação opressiva do Gestor		
	Sim	41 (35.96)
	Não	73 (63.04)
Horas trabalhadas		
	Cumpra as contratadas	61 (52.59)
	Excede as contratadas	55 (47.41)
Remuneração		
	Adequada	63 (54.78)
	Inadequada	52 (45.22)
Assistência médica pelo empregador		
	Dispõe	35 (30.70)
	Não dispõe	79 (69.30)

Essa tabela expressa as características de trabalho precário que foram elencadas também, nas informações qualitativas. Os trabalhadores referem sobrecarga de trabalho com ênfase ao representar 56.36% das respostas. O excesso de trabalho, quer em termos quantitativos como qualitativos, é uma fonte freqüente de stress. Por sobrecarga quantitativa entende-se o excesso de atividades a realizar, num determinado período de tempo. A sobrecarga qualitativa refere-se a excessivas exigências em relação com as competências, conhecimentos e habilidades do trabalhador (Peiró,1993).

A sobrecarga de trabalho pode estar ligada a quantidade insuficiente de profissionais de ESF representado por 53.10% dos relatos.

Em Parintins 59.29% dos profissionais de saúde da família relataram que o trabalho em equipe ocorre distante da proposta do Ministério da Saúde A oferta de Educação Permanente nos serviços, investigada através da variável

aperfeiçoamento profissional oferecido pelo gestor, é contraditória em termos quantitativos aos dados qualitativos, haja vista que 60.28 % acusam a existência destas ações.

A educação permanente dos profissionais deve constituir parte de pensar e fazer dos trabalhadores com a finalidade de propiciar o crescimento pessoal e profissional dos mesmos e contribuir para a organização do processo de trabalho, através de etapas que possam problematizar a realidade e produzir mudanças (Davini, 1995).

Existe uma contradição nos dados quantitativos e qualitativos em relação a capacitação dos profissionais, uma hipótese é que as estratégias utilizadas não sejam suficientes para todas as demandas requeridas pelos profissionais, tendo em vista que os dados qualitativos levam a crer que as ações pautam-se no componente biológico do processo saúde/doença. Como é comum na região Amazonas os incentivos para atividade de capacitação e formação para preparar os profissionais de saúde para lidar com endemias, por ser considerado de maior relevância.

A cobrança por parte dos gestores também aparece com relevância 60.28%, o que direciona para o atendimento das demandas, com a prioridade de resolver os problemas dentro dos limites que o sistema de saúde pode ofertar. Diante disso, existem algumas características que podem apontar para diferentes concepções de gestão, as quais se aproximam de um caráter mais tradicional que trata da gestão clássica, contempla aspectos como a divisão do trabalho, com separação entre as funções de preparação e execução; especialização da força de trabalho; rotinas de trabalho; controle da execução do trabalho; a autoridade; a unidade de mando; subordinação do interesse particular ao interesse geral; e hierarquia, os quais estão presentes na teoria geral da administração, especialmente vinculados às obras de Taylor (1970).

Também se questionou sobre a segurança clínica pessoal para o manejo dos casos que se apresentam na ESF, sendo que a maioria dos profissionais revelou serem detentores da mesma.

Na medida em que as questões de cunho político foram levantadas como fatores que influenciam o trabalho na ESF, investigou-se o sentimento de insegurança de ser demitido a qualquer momento por 66.38% profissionais entrevistados, justamente porque o vínculo de trabalho é temporário, atrelado a esse fator também se agrega a instabilidade de trabalho, déficit na estrutura física, assim como a presença de condições de trabalho insuficientes 70.69%.

A rotatividade dos profissionais corresponde a 52.73%, é uma característica presente, na categoria profissional de ACS essa representatividade foi reduzida nos relatos qualitativos por se tratar de moradores da própria região, o que difere dos profissionais de nível superior que são oriundos de outras regiões do Brasil. Com relação ao tempo de trabalho, a maioria dos profissionais em Parintins cumprem conforme contratado, não há o pagamento de horas extras, conforme relatórios de gastos com pessoal, indicando uma importante característica de trabalho precário. Essa informação foi confirmada nos relatórios de gestão do município trianual.

Os dados revelam que 69.30% dos profissionais da ESF não têm assistência médica garantida pelo empregador, essa característica descumprir a NOB/RH/SUS que preconiza que os profissionais de saúde independente da forma de vínculo trabalhista devem ter garantido por parte da gestão municipal, Estadual o direito a saúde ocupacional, de modo garantir sua proteção social. O campo da saúde enquanto um campo de saberes e práticas ainda não consolidou sua ação frente aos nexos (in)visíveis da relação entre trabalho informal e precarizado e saúde do trabalhador. Em estudo recente Scheydegger (2009), analisando artigos publicados em periódicos científicos selecionados nos últimos cinco anos e que tinham como tema a “saúde do trabalhador”, destaca a invisibilidade da temática “saúde do trabalhador e situação de informalidade e precarização”, sobretudo nas pesquisas empíricas Moraes (2009) em pesquisa com profissionais do PSF de um município do Rio de Janeiro – Brasil - concluiu que a atenção à saúde do trabalhador ainda não foi incorporada às práticas desenvolvidas no PSF. O desenvolvimento de ações nos diferentes níveis de complexidade da rede pública de saúde faz parte da Política Nacional de Saúde do Trabalhador e tem na Rede Nacional de Atenção à Saúde do Trabalhador uma formulação bem acabada da proposta de integralidade da atenção e de intersetorialidade.

Com intuito de avaliar a demanda, controle e apoio social experienciado por estes profissionais, aplicou-se a Job Stress Scale, desenvolvida por Karasek & Theorell (1990). A distribuição das características segue nas demais tabelas.

Tabela 4: Distribuição das características sobre demanda de atividades com base na Job Stress Scale entre profissionais da ESF em Parintins - Amazonas, 2010.

Demanda de atividades	Parintins n (%)
Com que frequência você tem que fazer suas tarefas de trabalho com muita rapidez?	
Frequentemente	84 (75.68)
Às vezes	13 (11.71)
Raramente	10 (9,01)
Nunca ou quase nunca	4 (3,60)
Com que frequência você tem que trabalhar intensamente (isto é, produzir muito em pouco tempo)?	
Frequentemente	40 (35,71)
Às vezes	41 (36,61)
Raramente	22 (19,64)
Nunca ou quase nunca	9 (8,04)
Seu trabalho exige demais de você?	
Frequentemente	37 (33,04)
Às vezes	42 (37,50)
Raramente	22 (19,64)
Nunca ou quase nunca	11 (9.82)
Você tem tempo suficiente para cumprir todas as tarefas de seu trabalho?	
Frequentemente	53(46.49)
Às vezes	39 (34.21)
Raramente	15 (13.16)
Nunca ou quase nunca	7 (6.14)
O seu trabalho costuma apresentar exigências contraditórias ou discordantes?	
Frequentemente	52 (46.02)
Às vezes	39 (34.51)
Raramente	16 (14.16)
Nunca ou quase nunca	6 (5.31)

Essa tabela expressa que 75.68% dos profissionais da ESF revelam que as tarefas desenvolvidas devem ser feitas com rapidez, que pode ser

entendido com base no déficit de profissionais de nível superior para atender a demanda de atenção básica do município de Parintins, em virtude da maioria das equipes e apresentarem incompletas. Os 36,61% profissionais também revelam terem que produzir suas tarefas às vezes com maior frequência, isso reflete na exigência e no tempo insuficiente para cumprir as tarefas com qualidade.

De uma forma semelhante apresentada nos dados qualitativos 46.02% dos profissionais revelam que no trabalho são feitas exigências contraditórias e discordantes ao preconizado pelo Ministério da Saúde. Como a opressão por parte dos gestores é bem evidente como revela a tabela anterior, faz crer que as exigências estão voltadas aos interesses políticos que limitam os profissionais a desenvolverem suas ações de promoção em saúde e racionalizando para ações focadas no modelo biomédico.

Tabela 5: Distribuição das características sobre controle de atividades com base na Job Stress Scale entre profissionais da ESF em Parintins - Amazonas, 2010.

Dimensões sobre controle	Parintins n (%)
HABILIDADE	
Você tem possibilidade de aprender coisas novas em seu trabalho?	
Frequentemente	36 (32.14)
Às vezes	47 (41.96)
Raramente	13 (11.61)
Nunca ou quase nunca	16 (14.29)
Seu trabalho exige muita habilidade ou conhecimentos especializados?	
Frequentemente	64 (56.64)
Às vezes	40 (35.40)
Raramente	5 (4.42)
Nunca ou quase nunca	4 (3.54)
Seu trabalho exige que você tome iniciativas?	
Frequentemente	62 (55.86)
Às vezes	41 (36.94)
Raramente	7 (6.31)
Nunca ou quase nunca	1 (0.90)
No seu trabalho, você tem que repetir	

muitas vezes as mesmas tarefas?	
Freqüentemente	69 (61.06)
Às vezes	36 (31.86)
Raramente	7 (6.19)
Nunca ou quase nunca	1 (0.88)
AUTONOMIA	
Você pode escolher como fazer o seu trabalho?	
Freqüentemente	71 (62.28)
Às vezes	36 (31.58)
Raramente	6 (5.45)
Nunca ou quase nunca	1 (0.88)
Você pode escolher o que fazer no seu trabalho?	
Freqüentemente	37 (32.14)
Às vezes	53 (46.90)
Raramente	13 (11.81)
Nunca ou quase nunca	10 (8.85)
Você Discute sobre seus direitos trabalhistas em conselhos representativos	
	-
Freqüentemente	6 (5,45)
Às vezes	13 (11.81)
Raramente	89 (80,90)
Nuca ou quase nunca	

As dimensões de controle usadas para expressar a habilidade e autonomia dos profissionais da ESF em Parintins revelam-se da seguinte forma: Na dimensão habilidade 41.96% profissionais revelaram às vezes ser possível aprender coisas novas em seu trabalho, entretanto o trabalho de 56.64% profissionais exige muita habilidade, iniciativa e conhecimento específico para aplicação prática.

As ações desenvolvidas freqüentemente são repetidas, até por que seguem atribuições profissionais e algumas praticas são incorporadas como rotinas. Esse contexto leva a crer que a equipe na dimensão da autonomia, pode planejar e pode escolher como desenvolver o seu trabalho, entretanto somente 46.90% dos profissionais podem escolher o que fazer no seu trabalho. A

configuração desse contexto representou que os profissionais da ESF são limitados sobre o controle de suas atividades.

Tabela 6: Distribuição das características sobre apoio social com base na Job Stress Scale entre profissionais da ESF em Parintins - Amazonas, 2010.

Dimensões de apoio social	Parintins n (%)
Existe um ambiente calmo e agradável onde trabalho.	
Concordo totalmente	29 (25.44)
Concordo mais que discordo	36 (31.58)
Discordo mais que concordo	31 (27.19)
Discordo totalmente	18 (15.79)
Relacionamo-nos bem uns com os outros no trabalho.	
Concordo totalmente	40 (35.09)
Concordo mais que discordo	35 (30.70)
Discordo mais que concordo	23 (20.18)
Discordo totalmente	16 (14.04)
Eu posso contar com o apoio dos meus colegas de trabalho.	
Concordo totalmente	54 (47.37)
Concordo mais que discordo	33 (28.95)
Discordo mais que concordo	25 (21.93)
Discordo totalmente	2 (1.75)
Se eu não estiver num bom dia, meus colegas compreendem.	
Concordo totalmente	52 (45.22)
Concordo mais que discordo	35 (30.43)
Discordo mais que concordo	25 (21.74)
Discordo totalmente	3 (2.61)
No trabalho, eu me relaciono bem com meus chefes.	
Concordo totalmente	61 (53.51)
Concordo mais que discordo	27 (23.68)
Discordo mais que concordo	17 (14.91)
Discordo totalmente	9 (7.89)
Eu gosto de trabalhar com meus	

colegas.

Concordo totalmente	80 (70.18)
Concordo mais que discordo	27 (23.68)
Discordo mais que concordo	6 (5.26)
Discordo totalmente	2 (1.54)

No aspecto da caracterização do apoio social 31.58% dos profissionais apresentaram que existe ambiente calmo e agradável no local de trabalho, enquanto que a maior discordou porque a pressão no trabalho influencia o clima de trabalho. Os profissionais se relacionam bem no trabalho em equipe e podem contar com o apoio entre colegas de trabalho. Essa relação é importante porque quando o profissional não está em um bom dia de trabalho os outros tem a capacidade de compreender. Maiorias Os profissionais de modo geral têm bom relacionamento com as chefias e 70.18% dos profissionais da ESF gostam de trabalhar com os colegas.

De acordo com a análise dos dados apresentados de forma qualitativa e quantitativamente, faz-se a seguinte pergunta: Afinal em Parintins, nas ESF tem trabalho precário? Foi observado através dos dados coletados que existe trabalho precário, porque em síntese as diretrizes na NOB/RH/SUS não são cumpridas, com exceção no eixo de educação permanente, pois os profissionais consideram que essa pratica ocorrerá, mesmo que centrada na lógica do modelo biomédico e não na determinação social do processo saúde-doença.

Com base no exposto o processo avaliativo que permeou essa pesquisa permitiu comprovar a existência do trabalho precário por parte dos profissionais da ESF. A análise documental foi avaliada na perspectiva de conferir se após o ano de 2005 haviam informações pertinentes ao processo de trabalho, a regulamentação do trabalho das ESF, de fato pode verificar que a preocupação da gestão, está baseada no atendimento da demanda espontânea e nas especialidade médicas e serviços de alta complexidade. Enquanto que a necessidade de ampliar o quadro de profissionais e considerar importante a regulamentação de vínculos trabalhistas, atrelado a garantir melhores condições de trabalho ainda estão incipientes nesse contexto.

Para Barbosa (2004) essas situações, contraditórias e complexas, provocam desigualdades estruturais que influenciam em maior ou menor grau a implementação do SUS no estado do Amazonas ao constituírem problemas e dificuldades que representam enormes desafios para a gestão estadual e municipal. Em consequência disso, setores sociais considerados essenciais como a saúde não avançou no campo da descentralização dos serviços e na

aplicabilidade dos princípios do SUS, visto que as condições de saúde da população são consideradas precárias no cenário brasileiro.

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esse estudo visou permear a dimensão do mundo do trabalho até compreender o cenário das condições e relações de trabalho na ESF, e no processo de avaliação que se propôs executar foi verificado que o Município de Parintins está distante do preconizado pelas (NOB/RH/SUS).

O foco de atuação dos profissionais da atenção básica é na sua prática curativista, centrada no tratamento individual nas UBS. Existe um determinante que predomina no discurso dos profissionais de saúde, ainda que a determinação social do processo saúde-doença seja um dos focos da estratégia de saúde da família, a prática se volta ao contraditório do mundo real que o de atender a necessidade da demanda espontânea centrada na doença.

A formação dos profissionais de saúde de nível superior em sua maioria recém-formados, esse aspecto indica a necessidade de aperfeiçoamento para o trabalho, mesmo entre aqueles cujos cursos de graduação foram orientados para o trabalho em Saúde Coletiva.

O regime trabalhista que constitui a relação de trabalho dos profissionais da ESF prevalece o contrato temporário, apontado pelos mesmos como características da precarização do trabalho, porque influencia na instabilidade e rotatividade dos profissionais. Com base nessa identificação é importante o fortalecimento da política de desprecarização do trabalho (NOB/RH/SUS), pois orienta e responsabiliza as esferas de governo, em especial do município, para a elaboração de estratégias para regulamentar as condições e relações de trabalho para combater o trabalho precário em território nacional, uma dessas estratégias é a construção coletiva dos Planos de Cargos e Salários, bem como a realização de processo de seleção pública para cargo público.

Os salários pagos aos profissionais expressam uma disparidade relevante entre as categorias profissionais, porém chama atenção a existência de trabalhadores recebendo menos de um salário mínimo o que determina também uma das características de trabalho precário na ESF.

O processo de trabalho na ESF dos municípios investigados não efetiva a integralidade, o trabalho interdisciplinar e em equipe, conforme orientado pela Política Nacional de Atenção Básica.

As estratégias efetivas de Avaliação, Monitoramento e Planejamento local, não foram percebidas ao longo do processo dessa pesquisa, sendo que,

quando alimentados, os dados dos Sistemas de Informação são considerados apenas burocracias. As reuniões de equipe se dão apenas em casos específicos, para problemas eminentes ou campanhas.

O profissional, assim como os usuários não apresentam interação nos momentos de reunião pública, nos conselhos de saúde por que a representatividade é soberanamente política e voltado aos interesses de do gestor e demandas emergentes. O usuário é percebido como alguém que deve receber o serviço, sem co-responsabilização ou controle social na prática, na medida em que os profissionais não se mostram abertos a horizontalizar as relações. A intersectorialidade é um princípio pouco presente nas práticas da ESF no contexto investigado.

A característica em defesa e estímulo a formação dos profissionais de saúde no contexto amazônico revelou-se contraditória em relação às peculiaridades do trabalho na ESF. Caracteriza-se por uma formação pouco sistematizada e, quando assim se configura, pauta-se na doença e nas endemias regionais, distante do enfoque de saúde ampliada e do conhecimento das características sócio-culturais.

As atividades dos ACS não se restringem as atribuições da ESF, mas também se amplia quando precisam realizar as funções de triagem e agendamento de procedimento nas Unidades de Saúde. Com isso, os ACS mudam o foco do seu trabalho para uma atenção burocrática, tudo isso para cobrir o déficit de profissionais.

Há necessidade de reorientação do trabalho na ESF em espaços que abarquem dimensões e objetos de trabalho comuns, assim como peculiaridades das competências profissionais, partindo do multidisciplinar para o trabalho interdisciplinar.

O seguimento da ESF e as intervenções realizadas pelos profissionais de saúde apresentam disparidades praticas no processo de trabalho o que reflete a permanência de resquícios dos modelos de saúde antecessores ao SUS.

O Ministério da Saúde tem, entre suas prioridades, a necessidade de formular políticas específicas que busquem resolver esse grave problema, que afeta diretamente a consolidação do SUS. Tal preocupação decorre da política deste governo, que reconhece e valoriza o trabalho humano em todas as suas dimensões.

É necessário ampliar o consenso em torno dos prejuízos que a pressão no trabalho na ESF acarreta ao princípio da legalidade e à universalidade dos direitos dos trabalhadores. O trabalho posiciona o “homem” socialmente é capaz de fazê-lo mudar as circunstancias de sua própria vida, por se torna o

bem mais importante devido à posição social ocupada, a sobrevivência, o poder e independência que representa. O trabalho traz suas mazelas, mas inclui o ser social em todos espaços sociais e com dignidade.

Toda e qualquer ação em benefício do trabalhador na busca do prazer e fuga do desprazer depende diretamente da intervenção e da gestão, do comprometimento dos níveis estratégicos da organização. Portanto, torna-se fundamental um olhar cuidadoso para esses trabalhadores que constituem o motor que faz funcionar o primeiro nível de atenção a saúde no país.

Para que os profissionais do sistema possam, de fato, adotar um modelo reorientador da atenção à saúde, é preciso antes haver uma ruptura epistemológica no processo de trabalho em Saúde da Família, superando a antiga, porém, ainda hegemônica visão biomédica.

Com tudo, deve refletir sobre o capitalismo e as novas formas de relações de trabalho: É interesse de quem e para quem construir uma política de desprecarização do trabalho para o SUS?

Como mudar um processo que envolve cidadania (e neste caso direito à saúde através da ESF), sem mudar a sociedade e suas relações sociais? É possível aplicar os princípios do SUS em uma sociedade que visa o lucro? Como a ESF superará as imposições do capitalismo para uma nova era de flexibilização do trabalho, sendo que a proposta do SUS é divergente?

Essa pesquisa avaliativa realizada em Parintins (AM) apontou divergências para o cumprimento das diretrizes e princípios do SUS e as diversas características de trabalho precário no SUS, com vínculos precários, pressões de natureza política, alta rotatividade dos profissionais, falta de insumos e instrumentais para o desenvolvimento das atividades, práticas biomédicas, ausência de avaliação, monitoramento e planejamento local, originando um panorama com enfoque contraditório a APS em tempos de ESF.

Para tanto é preciso que a política de desprecarização do trabalho no SUS e suas normas regulamentadoras, sejam efetivas e executadas. Os dispositivos do poder público devem estar atrelado com a preocupação de desenvolver junto ao Ministério da Saúde e do trabalho formas eficazes para fiscalizar as condições e relações de trabalho dos empregado/empregadores do SUS nas diversas regiões do país, com intuito de garantir o trabalho com proteção social e justiça. Por fim, deve ser também apontado que os profissionais de saúde do SUS são co-responsáveis pelas condições de trabalho precárias, pois no campo da comodidade, do medo da exposição pessoal nos deixamos revelar profissionais submissos ao sistema de relação de trabalho precário. É preciso que as categorias profissionais se movimentem para uma

nova perspectiva, o combate a precarização do trabalho no SUS não depende somente dos interesses políticos, soberanamente é preciso retomar o movimento social, a participação dos profissionais nos respectivos colegiados para representar as necessidades dos trabalhadores, precisamos ganhar força no Congresso Nacional. Finalizo essa dissertação, com coragem e afirmando que é possível mudar essa realidade, mas é preciso ter ideais e luta constante.

REFERÊNCIAS

Antunes, R. Os **Sentidos do Trabalho**. 5ª edição. São Paulo: Boitempo Editorial. 2002.

Alves, M.A; Tavares, M.A. **A dupla face da informalidade do trabalho “autonomia” ou “precarização”**. In: ANTUNES, Ricardo. (org.) Riqueza e miséria do trabalho no Brasil. São Paulo: Boitempo Editorial, 2006.

Becker, B. **Geopolítica da Amazônia**: a nova fronteira de recursos. Rio de Janeiro, Zahar. 1982

Brasil, Presidência da República (F.H. Cardoso). Plano Diretor da Reforma do Aparelho do Estado. Brasília: Presidência da República, Câmara da Reforma do Estado. Ministério da Administração Federal e Reforma do Estado, 1995.

Brasil, Ministério da Administração Federal e Reforma do Estado. A Nova política de Recursos Humanos/Ministério da Administração Federal e Reforma do Estado: Brasília: MARE, 48P(Cadernos MARE de reforma do estado) 1997.

Brasil – Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil. Lei de Responsabilidade Fiscal** (Lei Complementar nº 101 de 4 de maio de 2000).

Brasil. Ministério da Saúde. **Bases Normativas e Conceituais da Política de Desprecarização e Regulamentação do Trabalho no SUS**. Brasília. Ministério da Saúde; 2004.

Brasil. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Princípios e diretrizes para a gestão do trabalho no SUS** (NOB/RH-SUS) / Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Saúde. – 3. ed. rev. atual. – Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

Brasil. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Promoção da Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde; 2006.

Brasil. Ministério da Saúde. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Portaria GM/MS Nº 648, de 28 de março de 2006b. Disponível em http://www.saude.mg.gov.br/atos_normativos/legislacaosanitaria/estabelecimentos-de-saude/atencao-basica/Portaria_648.pdf. Acesso fevereiro 2010.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde; 2006c.

Brasil. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. IBGE. <http://www.ibge.gov.br/home/ acesso> 12/08/2010.

Castro, E. et al. (orgs). Na trilha dos grandes projetos: modernização e conflito na Amazônia. Belém, Núcleo de Altos Estudos Amazônicos/UFPa. 1989.

Conceição, M.F.C. Região e sociedade na Amazônia brasileira: política, ciência e mitos. Tese de doutoramento, São Paulo, Universidade de São Paulo. 1996.

Contandriopoulos A.P, Champagne F, Denis J.L & Pineault R. A avaliação na área da saúde: conceitos e métodos, pp. 29-47. In ZMA Hartz (org.). **Avaliação em saúde: dos modelos conceituais à prática da implantação de programas**. Editora Fiocruz, Rio de Janeiro. 1997.

Chartier, R. Os desafios da escrita. Tradução de Fulvia M. L. Moretto. São Paulo:UNESP, 2002.

Chesnais, F. “O capital produtor de juros: acumulação, internacionalização, efeitos econômicos e políticos! In: _____. A finança mundializada. São Paulo: Boitempo, 2005.

Costa, M.S. **Relações de trabalho e regimes de emprego no Canadá e no Brasil**: um estudo comparativo. RAE electron. [online]. 2007, vol.6, n.2, pp. 0-0. ISSN 1676-5648. doi: 10.1590/S1676-56482007000200006.

Davini MC. Educación permanente en salud. Washington: Organización Panamericana de La Salud; 1995.

Debus M. **Manual para excelência em La investigacion mediante grupos focales**. Washington: Academy for Educational Development, 1997.

Ford, H. Os princípios da prosperidade. Trad. Monteiro Lobato. São Paulo: Livraria Freitas Bastos, 1967.

Friedmann, G. O trabalho em migalhas. São Paulo: Editora Perspectiva, 1972.

Falkembach, Elza Maria F. Diário de campo : um instrumento de reflexão. In: **Contexto e educação**. Ijuí, RS Vol. 2, n. 7 (jul./set. 1987), p. 19-24

Fudge, J, Vosko, L. Gender, Segmentation and the Standard Employment Relationship in Canadian Labour Law, Legislation and Policy. In: **Economic and Industrial Democracy**. v. 22, 2001. p.271-310.

Guba E.G, Lincoln Y.S. **Effective evaluation**. Jossey-Bass Publishers, São Francisco,1987.

Girardi, S. La fuerza de trabajo en el sector salud: elementos teóricos y evidencias empíricas. *Educación Médica y Salud*, 25(1): 37-47, 1991.

Glaser, B. Grounded Theory. Perspective III. Theoretical coding. Mill Valley, Calif: Sociology Press, 2005

_____. **Fourth Generation Evaluation**. Newbury Park. Sage Publication. 1989

Goodman, David et al. **The future of Amazonia: destruction or sustainable development?**. Nova York, St. Martins Press. 1990

Gadamer.H.G. **Verdade e Método**. Petrópolis: Vozes, 1997.

Haguette. T.M.F. **Metodologias qualitativas na sociologia**. 8ª ed. Petrópolis: Vozes, 2001.

Habermas.J. **Dialética e Hermenêutica**. São Paulo: L&PM, 1987.

Karasek, R. Halthy Work: Stress, Productive, and the reconstruction of working life. New York, NY. Basic Books, p 89-103. 1991.

Leopard. M.T. **Metodologia da pesquisa na saúde**. 2ª ed. Florianópolis: Ed. UFSC; 2002.

Lourenço, E.A.S; BERTANI, I.F. **Saúde do Trabalhador no SUS; desafios e perspectivas frente à precarização do trabalho**. Revista Brasileira de Saúde Ocupacional, v. 32, n. 115, p. 121-134, 2007.

Marconi. M.A, Lakatos.E.M.**Técnicas de Pesquisa**. 2ªed.São Paulo. Editora Atlas.S.A 1990.p231.

Marx, K. O Capital: **Crítica da economia política**. Livro 3, Vol. IV, 4ª ed, São Paulo: Difel, 1985.

Minayo. C. **O desafio do conhecimento**. Editora Hucitec, São Paulo, 1996. 269 p.

Machado, M. H. Gestão do trabalho em saúde em contexto de mudanças. Revista de Administração Pública, p. 2000.

Machado, M. H e Oliveira, E. “Mercado de Trabalho em Saúde: em que trabalham?” In: Machado, MH, Moysés, N. e Oliveira, E. **Trabalhadores de saúde em números: Volume 2**. Fundação Oswaldo Cruz. Rio de Janeiro, 2006.

Minayo-gomez, C; Thedim-Costa, S.MF. A construção do campo da saúde do trabalhador: percurso e dilemas. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, vol.13 (supl.2), p.21-32, 1997.

Minayo, M. C. S; Cruz Neto O. **Triangulación de métodos en da evaluación de programas y servicios de salud**. Pp. 65-80. In: Bronfman, M; Castro, R. (coordenadores). *Salud, cambio social y política: perspectivas desde América Latina*. México: Edamex. 1999.

Mészáros, I. **Desemprego e precarização**: Um grande desafio para a esquerda. In: Antunes, Ricardo. (org) *Riqueza e miséria do trabalho no Brasil*. São Paulo: Boitempo Editorial, 2006.

Moraes, L. R. **Análise da Percepção da Atenção à Saúde do Trabalhador pelos profissionais do Programa de Saúde da Família de Nova Friburgo – Rio de Janeiro**. Monografia. Curso de Especialização em Odontologia do Trabalho. Associação Brasileira de Odontologia – Regional Niterói. Niterói: ABO-Niterói, 2009.

Moretti Pires, R. O.; Marinho Lima, L., Katsurayama, M. **A formação dos médicos de saúde da família no interior da Amazônia sobre a problemática do abuso de álcool**. *Revista Brasileira em Promoção da Saúde* [en línea] 2010, vol. 23 [citado 2011-05-17]. Disponible en Internet: <http://redalyc.uaemex.mx/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=40816974009>. ISSN 1806-1222.

Netto, J.P. O Materialismo Histórico como instrumento de análise das políticas sociais. In: NOGUEIRA, F. M. G. e RIZZOTTO, Maria Lucia Frizon (orgs.). **Estado e Políticas Sociais: Brasil - Paraná**. Cascavel: Edunioeste, 2003.

Organização Internacional do Trabalho. **Declaração da OIT sobre os princípios e direitos fundamentais no trabalho e seu seguimento**. 86ª sessão, Genebra, junho de 1998.

Organização Panamericana de Saúde. Ministério da Saúde. Chamado à ação de Toronto: 2006-2015. Rumo a uma década de recursos humanos em saúde nas Américas. Brasília: Ministério da Saúde; 2006. (Série D. Reuniões e Conferências).

Peiró, J.M. *Desencadeantes del Estrés Laboral*. Salamanca: Endema. 1993.

Polit, D. F.; Hangler, B. **Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem**. 3ed. Porto Alegre: Aetes Médicas, 1995.

Pires. D. **Reestruturação produtiva e trabalho em saúde no Brasil**. São Paulo, Annablume; 1998.

Pires. D. **Reestruturação produtiva e conseqüências para o trabalho em saúde**. *Rev Bras Enfermagem* 2000;

Pasche; V. O Sistema Único de Saúde. CAMPOS, G. W. S. et AL (Org.). **Tratado Saúde Coletiva**. 2 ed. São Paulo; Rio de Janeiro: Hucitec; Fiocruz, 2008.

Starfield, B. **Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia.** Brasília: UNESCO Brasil/ Ministério da Saúde, 2004. 725p.

Scheydegger, L. **Informalidade e precarização do trabalho: o SUS como espaço estratégico de atenção básica.** Monografia. Curso de Especialização em Odontologia do Trabalho. Associação Brasileira de Odontologia – Regional Niterói. Niterói: ABO-Niterói, 2009.

Rago, L.M; Moreira, E.F.P. O que é Taylorismo. São Paulo: Brasiliense. 1984.

Taylor, F.W. *Princípios de administração científica.* 7.ed. São Paulo: Atlas, 1970.

Tovar, M. T. **Defender, proteger e exigir el derecho a la salud em el trabajo em el continente.** In: In: ALAMES – Red de Salud y Trabajo. Informe Continental sobre la Situación del Derecho a la Salud en el Trabajo, 2008. 174 p. pp.3-5.

Vasconcelos, E.M. **A construção conjunta do tratamento necessário.** Disponível em: <www.redepopsaude.com.br>. Acessado em: 21 de fevereiro de 2010.

Vasconcelos, E.M. Complexidade e pesquisa interdisciplinar. **Epistemologia e metodologia operativa.** Petrópolis RJ. Editora Vozes, 2002.

Viana, A.L.A.; Dal Poz, M. **A reforma do setor saúde no Brasil e o Programa de Saúde da Família.** *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 8 (Suppl 2), p. 11-48, 1998.

Vasapollo, L. **O trabalho atípico e a precariedade: elemento estratégico determinante do capital pós-fordista** In: Antunes, Ricardo (org) *Riqueza e miséria do trabalho no Brasil.* São Paulo: Boitempo Editorial, 2006. 527 p. pp.45-57.

PARTE II – APENDICÊS E ANEXOS

APÊNDICE 1

Instrumento Qualitativo - Roteiro para questionário individuais com profissionais de Saúde

1. Por que você trabalha em Saúde da Família?
2. Teve algum tipo de formação específica para este trabalho?
3. O que diferencia a atuação em Saúde da Família do trabalho tradicional de sua profissão? (pular para a próxima, na entrevista como ACS)
4. Por que você trabalha no interior do Estado?
5. Onde você se capacitou profissionalmente?
6. Em que é diferente trabalhar no PSF?
7. Em que a prática de PSF é como idealizada pelo Ministério da Saúde?
8. Em que é diferente do que o Ministério idealiza para o Programa?
9. O que é equipe e trabalho em equipe?
10. Como se dá a relação entre as competências profissionais que são específicas e o trabalho em equipe?
11. Como as equipes diagnosticam os problemas de saúde da comunidade?
12. Quais os limites do trabalho em equipe?
13. Como se dá a articulação entre o enfermeiro, o médico e o dentista desta equipe?
14. O ACS trabalha em conjunto com eles? Como?
15. Quais são as principais necessidades da população na sua área profissional?
16. Quais são as principais necessidades da população em relação ao trabalho da equipe?
17. As equipes de Saúde da Família conseguem trabalhar conforme os princípios do SUS? No que conseguem, como conseguem? No que não conseguem, por que não conseguem?
18. Descreva as ações de Educação Permanente que acontecem nesta equipe.
19. Existe articulação com a Nutrição, Fisioterapia, Psicologia, Saúde Mental, Farmácia?

APÊNDICE 2

Roteiro para Grupo Focal com Agentes Comunitários de Saúde

Condições de trabalho = identificar o trabalho precário

1. Apresentação dos integrantes.
2. Neste trabalho, vocês se relacionam com outros setores além da saúde? Quais?
3. Descrevam situações cotidianas em que participe mais de um profissional desta equipe?
4. Descrever os pensamentos reflexivos a cerca das imagens – figuras que forem exibidas?
8. Descrevam conflitos entre os profissionais para a realização do trabalho em equipe?
9. O que é diferente no trabalho em Saúde da Família dos outros tipos de trabalho em Saúde?
10. Já ouviram falar em Política de Desprecarização do Trabalho no SUS?
11. Qual vínculo trabalhista dos agentes comunitários de saúde?

APÊNDICE 3

**FOTOGRAFIA – VISITA DOMICILIAR EQUIPE DE SAÚDE DA
FAMÍLIA**

REPRESENTAÇÃO DA IMAGEM – GRUPO FOCAL ACS



APÊNDICE 4

Instrumento qualitativo – Roteiro do Diário de Campo

1. Roteiro da viagem
2. Cronograma de atividades programadas
 - 2.1 visitas na Secretaria Municipal de Saúde de Parintins
 - 2.2 visitas nas unidades de saúde – aplicações dos instrumentos
 - 2.3 reconhecimento territorial
 - 2.4 Reflexões sobre a coleta de dados

APÊNDICE -5
JOB STRESS SCALE

Instrumento Quantitativo – Roteiro Questionário Individual – Profissionais de Saúde

1) Local de trabalho (marque com um X uma ou mais opções):

- (1) Unidade Básica de Saúde
- (2) Equipe de Saúde da Família
- (3) Hospital
- (4) Outro: _____

2) Especifique sua profissão:

- (1) Enfermeiro
- (2) Médico
- (3) Agente Comunitário de Saúde
- (4) Cirurgião Dentista
- (5) Técnico de Enfermagem
- (6) Auxiliar de Consultório Dentário
- (7) Técnico de Higiene Dental
- (8) Outra _____

3) Sexo:

- (1) Feminino (2) Masculino

4) Idade:

__|__ anos

5) Ano de formatura:

__|__|__|__

6) Tempo de trabalho neste serviço (em anos):

- (1) Menos de 1 ano
- (2) Entre 1 e 5 anos
- (3) Entre 6 e 10 anos
- (4) Mais de 10 anos

7) Qual o seu vínculo empregatício (marque com um X uma ou mais opções):

- (1) Estatutário
- (2) Contrato Administrativo
- (3) Outra _____

8) Com que frequência você tem que fazer suas tarefas de trabalho com muita rapidez?

- (1) frequentemente
- (2) às vezes
- (3) raramente
- (4) nunca ou quase nunca

9) Com que frequência você tem que trabalhar intensamente (isto é, produzir muito em pouco tempo)?

- (1) frequentemente
- (2) às vezes
- (3) raramente
- (4) nunca ou quase nunca

10) Seu trabalho exige demais de você?

- (1) frequentemente
- (2) às vezes
- (3) raramente
- (4) nunca ou quase nunca

11) Você tem tempo suficiente para cumprir todas as tarefas de seu trabalho?

- (1) frequentemente
- (2) às vezes
- (3) raramente
- (4) nunca ou quase nunca

12) O seu trabalho costuma apresentar exigências contraditórias ou discordantes?

Id:

128

- (1) frequentemente
- (2) às vezes
- (3) raramente
- (4) nunca ou quase nunca

13) Você tem possibilidade de aprender coisas novas em seu trabalho?

- (1) frequentemente
- (2) às vezes
- (3) raramente
- (4) nunca ou quase nunca

14) Seu trabalho exige muita habilidade ou conhecimentos especializados?

- (1) frequentemente
- (2) às vezes
- (3) raramente

(4) nunca ou quase nunca

15) Seu trabalho exige que você tome iniciativas?

(1) frequentemente

(2) às vezes

(3) raramente

(4) nunca ou quase nunca

16) No seu trabalho, você tem que repetir muitas vezes as mesmas tarefas?

(1) frequentemente

(2) às vezes

(3) raramente

(4) nunca ou quase nunca

17) Você pode escolher COMO fazer o seu trabalho?

(1) frequentemente

(2) às vezes

(3) raramente

(4) nunca ou quase nunca

18) Você pode escolher O QUE fazer no seu trabalho?

(1) frequentemente

(2) às vezes

(3) raramente

(4) nunca ou quase nunca

19) Você já participou de reuniões que trate sobre os direitos trabalhistas em conselhos representativos.

(1) frequentemente

(2) às vezes

(3) raramente

(4) nunca ou quase nunca

20) Existe um ambiente calmo e agradável onde trabalho.

(1) concordo totalmente

(2) concordo mais que discordo

(3) discordo mais que concordo

(4) discordo totalmente

21) Nós relacionamos bem uns com os outros no trabalho.

(1) concordo totalmente

(2) concordo mais que discordo

(3) discordo mais que concordo

(4) discordo totalmente

22) Eu posso contar com o apoio dos meus colegas de trabalho.

- (1) concordo totalmente
- (2) concordo mais que discordo
- (3) discordo mais que concordo
- (4) discordo totalmente

23) Se eu não estiver num bom dia, meus colegas compreendem.

- (1) concordo totalmente
- (2) concordo mais que discordo
- (3) discordo mais que concordo
- (4) discordo totalmente

24) No trabalho, eu me relaciono bem com meus chefes.

- (1) concordo totalmente
- (2) concordo mais que discordo
- (3) discordo mais que concordo
- (4) discordo totalmente

25) Eu gosto de trabalhar com meus colegas.

- (1) concordo totalmente
- 129

- (2) concordo mais que discordo
- (3) discordo mais que concordo
- (4) discordo totalmente

26) Alguma vez experimentou cigarro/tabaco?

- (1) Sim, e gostei
- (2) Não – salte para 67
- (3) Sim e não gostou – salte para 67

27) O (a) Sr.(a) fuma atualmente?

- (1) Sim
- (2) Não – salte para 33

28) Quantos cigarros o (a) Sr.(a) fuma, em média, por dia? _____

29) Quanto tempo depois de acordar, o (a) Sr.(a) fuma o seu primeiro cigarro?

- (0) Após 60 min
- (1) 31-60 min
- (2) 6 – 30 min
- (3) primeiros 5 min

30) Tem dificuldades em evitar o fumar em lugares onde é proibido?

- (1) Sim
- (0) Não

31) Qual é o cigarro mais difícil de largar ou de não fumar?

(0) Qualquer um

(1) O 1º manhã

32) Quantos Cigarros o (a) Sr.(a) fuma por dia?

(0) até 10

(1) 11-20

(2) 21-30

(3) 31 ou mais

32) Fuma mais freqüentemente nas primeiras horas do dia?

(1) Sim

(0) Não

33) O (a) Sr.(a) fuma mesmo estando doente ao ponto de ficar acamado?

(1) Sim

(0) Não

34) Com que freqüência o(a) Sr.(a) consome bebidas alcoólicas?

(0) Nunca – **Salte para 41**

(1) Mensalmente ou menos

(2) de 2 a 4 vezes por mês

(3) De 2 a 3 vezes por semana

(4) 4 ou mais vezes por semana

35) Pense em um dia em que o(a) Sr.(a) bebe. Quantas doses de sua bebida mais utilizada o(a) Sr.(a) bebe?

(0) 0 ou 1

(1) 2 ou 3

(2) 4 ou 5

(3) 6 ou 7

(4) 8 ou mais

36) Quantas vezes o(a) Sr.(a) toma mais que 6 doses em uma mesma ocasião?

(0) Nunca

(1) Menos do que uma vez ao mês

(2) Mensalmente

(3) Semanalmente

(4) Todos ou quase todos os dias

37) Quantas vezes o(a) Sr.(a) achastes que não conseguirias parar de beber depois de ter começado?

(0) Nunca

(1) Menos que uma vez ao mês

(2) Mensalmente

- (3) Semanalmente
- (4) Todos ou quase todos os dias

39) Quantas vezes depois de ter bebido, o(a) Sr.(a) deixou de fazer alguma coisa que normalmente faria?

- (0) Nunca
 - (1) Menos que uma vez ao mês
- 130

- (2) Mensalmente
- (3) Semanalmente
- (4) Todos ou quase todos os dias

40) Quantas vezes o(a) Sr.(a) precisou beber pela manhã para se sentir bem depois de ter bebido na noite anterior?

- (0) Nunca
- (1) Menos que uma vez ao mês
- (2) Mensalmente
- (3) Semanalmente
- (4) Todos ou quase todos os dias

41) Quantas vezes o(a) Sr.(a) se sentiu culpado ou com remorso depois de ter bebido?

- 0) Nunca
- (1) Menos que uma vez ao mês
- (2) Mensalmente
- (3) Semanalmente
- (4) Todos ou quase todos os dias

42) Quantas vezes o(a) Sr.(a) não foi capaz de lembrar o que aconteceu depois de ter bebido?

- 0) Nunca
- (1) Menos que uma vez ao mês
- (2) Mensalmente
- (3) Semanalmente
- (4) Todos ou quase todos os dias

43) Já aconteceu do(a) Sr.(a) ferir ou magoar alguém ou de se ferir ou se magoar por causa de ter bebido?

- (0) não
- (2) sim, mas não nos últimos 12 meses
- (4) sim, nos últimos 12 meses

44) Algum parente, amigo, médico ou outro profissional já ficou preocupado com a forma que o(a) Sr.(a) bebe ou sugeriu que diminuísse?

(0) não

(2) sim, mas não nos últimos 12 meses

(4) sim, nos últimos 12 meses

APÊNDICE 6



**Universidade Federal de Santa Catarina
Centro de Ciências da Saúde
Departamento de Saúde Pública**

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Estamos convidando o(a) Sr.(a) para participar de nossa pesquisa “Avaliação do Trabalho da Estratégia de Saúde da Família do Município de Parintins sob a Perspectiva do Trabalho Precário. Desejamos avaliar o vínculo trabalhista dos profissionais inseridos na Estratégia Saúde da Família. Recomendamos ler este documento e questionar para sanar dúvidas em relação a sua participação. Para que esta pesquisa se conclua com sucesso é necessário realizar a coleta de dados mediante os questionários e a gravação auditiva e anotações da técnica do grupo focal que serão organizados, analisados e publicados, porém a sua identificação passa a ser sigilosa. Informamos que não existe risco na sua participação, nem desconforto que possa expô-lo (a) a alguma situação experimental.

Esta pesquisa não inclui objetivos onerosos para os profissionais que optarem por participar da pesquisa.

Os objetivos de benefícios desta pesquisa fortalecer pesquisas no campo da avaliação da situação trabalhista dos profissionais do SUS, com isso permitir que as categorias profissionais ou as equipes de saúde conheçam seus direitos trabalhistas e lutem por uma política justa de gestão de pessoas no SUS. Deixamos claro que o senhor (a) poderá desistir da pesquisa a qualquer instante, quando assim o sentir-se a vontade.

Sendo assim, fica disponível os contatos telefônicos para qualquer dúvida.

Agradecemos sua colaboração.

Data: _____ local _____

Assinatura do sujeito

coordenador

Nome completo:
completo

R.G.:

Fone:

E-mail:

Assinatura

Nome

R.G:

Fone:

E-mail: