

O Trabalho Precário em Saúde: Tendências e Perspectivas na Estratégia da Saúde da Família

The Precarious Work in Health: Tendencies and Perspectives in the Family Health Strategy

Sabato Girardi¹
Cristiana Leite Carvalho²
Lucas Wan Der Maas³
Jacqueline Farah⁴
Jackson Araújo Freire⁵

¹ Médico; Coordenador da Estação de Pesquisa de Sinais de Mercado do Núcleo de Pesquisa em Saúde Coletiva –NESCON da UFMG do Observatório de Recursos Humanos em Saúde - ObservaRH. girardi@superig.com.br

² Dentista; Pesquisadora da Estação de Pesquisa de Sinais de Mercado do Núcleo de Pesquisa em Saúde Coletiva –NESCON da UFMG do Observatório de Recursos Humanos em Saúde - ObservaRH. cristiana@superig.com.br

³ Sociólogo; Pesquisador da Estação de Pesquisa de Sinais de Mercado do Núcleo de Pesquisa em Saúde Coletiva –NESCON da UFMG do Observatório de Recursos Humanos em Saúde - ObservaRH. lucas@nescon.medicina.ufmg.br

⁴ Socióloga; Pesquisadora da Estação de Pesquisa de Sinais de Mercado do Núcleo de Pesquisa em Saúde Coletiva –NESCON da UFMG do Observatório de Recursos Humanos em Saúde - ObservaRH. jaqueline@nescon.medicina.ufmg.br

⁵ Biólogo; Pesquisador da Estação de Pesquisa de Sinais de Mercado do Núcleo de Pesquisa em Saúde Coletiva –NESCON da UFMG do Observatório de Recursos Humanos em Saúde - ObservaRH. jackson@nescon.medicina.ufmg.br

RESUMO *O presente artigo tem por objetivo propiciar uma reflexão acerca do tema da precarização/desprecarização do trabalho na área da saúde, suas tendências e perspectivas, utilizando como material empírico os dados obtidos pelo Observatório de Recursos Humanos em Saúde do NESCON-UFMG. A escolha da ESF se justifica pela importância estratégica do programa para a política de saúde atual. Em uma breve discussão conceitual acerca do trabalho precário, apresentam-se algumas evidências a partir das pesquisas realizadas junto a gestores dos sistemas municipais de saúde nesta primeira década.*

PALAVRAS-CHAVE: *Trabalho precário, saúde da família, trabalho assalariado, recursos humanos em saúde.*

ABSTRACT *This article aims to provide a reflection about the subject of precarious/unprecarious of the labor in the health area, its trends and perspectives using, as empirical material, the data obtained by the Human resources Observatory at the Federal University of Minas Gerais (NESCOM-UFMG). The choice of ESF (Family Health Strategy) is justified by the strategic importance of the program for the current health policy. From a brief conceptual discussion concerning precarious labor, some evidences are presented from the surveys held among managers of the municipal health systems in this decade.*

KEYWORDS: *Precarious labor, family health, wage labor, human resources in health.*

INTRODUÇÃO

A precariedade do trabalho é uma condição multifacetada, com desdobramentos econômicos, jurídicos, políticos e morais. Não se trata de um fenômeno unívoco, pois varia no tempo, entre países e num mesmo país entre regiões, territórios e tipo de atividade econômica. Também não é um fenômeno novo, pois existe desde o início do trabalho assalariado. Em suas determinações atuais, tem-se insinuado de forma cada vez mais insidiosa no mundo do trabalho, a ponto de pensadores como Bourdieu enxergarem a precariedade na raiz das questões sociais do século XXI (KALLEBERG, 2009).

De fato, o problema é que o trabalho vem-se tornando cada vez mais precário no mundo inteiro, invadindo esferas e setores antes relativamente protegidos. Sob formas renovadas, já não respeita os limites da formalidade e contaminou, inclusive, o setor público, insinuando-se também para dentro do campo tradicionalmente protegido das chamadas profissões liberais.¹

Os teóricos do regulacionismo sempre denunciaram a precariedade como condição normal do trabalho na regulação pós-fordista da economia. Argumentam esses autores que o fim da sociedade de pleno emprego disseminou o trabalho temporário e inseguro, a informalidade e as diversas formas relações de trabalho abaixo da linha da decência, inclusive naqueles países ocidentais, outrora bastiões do pleno emprego.

Em países como o Brasil, o desenvolvimento 'constrangido' da relação salarial de tipo canônico fez com que sempre convivessem lado a lado e de forma profundamente correlata o emprego típico do mercado de trabalho formal com extensos bolsões de trabalho

informal e precário (COCCO, 2001). Entre nós, a porcentagem de trabalhadores regularmente empregados e socialmente protegidos, seja no setor público ou privado, nunca ultrapassou a casa dos 50% (SINGER, 2004). Pouco mais de um terço da População Economicamente Ativa (PEA) brasileira usufrui de direitos sociais, trabalhistas e previdenciários, e uma proporção ínfima dos trabalhadores por conta própria contribuem para a Previdência Social (PNAD).

No que concerne ao trabalho em saúde, o Comitê Nacional Interinstitucional de Desprecarização do Trabalho no SUS do Ministério da Saúde, em documento de 2006, estimava em cerca de 600 mil o número de trabalhadores precários no SUS (24% dos postos de trabalho computados pela pesquisa de Assistência Médico-Sanitária do IBGE em 1985). Além disso, calculava que de 20 a 30% de todos os trabalhadores inseridos na Saúde da Família, à época, apresentavam vínculos precários de trabalho, o que gerava insegurança, alta rotatividade e insatisfação profissional, comprometendo a dedicação dos profissionais e a qualidade dos serviços.

Este artigo tem por objetivo propiciar uma reflexão acerca do tema da precarização/desprecarização do trabalho na área da saúde, suas tendências e perspectivas, utilizando como material empírico os dados obtidos pelo Observatório de Recursos Humanos em Saúde do NESCON-UFMG em suas ações de monitoramento da qualidade do emprego na Estratégia da Saúde da Família.

A escolha da ESF não se justifica em função de aí se encontrarem as maiores evidências de utilização de trabalho precário no setor de saúde, mas pela importância estratégica do programa para a política de saúde atual.

A partir de uma breve discussão conceitual acerca do trabalho precário, apresentam-se algumas evidências

¹ Conforme a PNAD de 2008, 18% dos médicos declaram o emprego sem carteira como principal condição de ocupação. Deduz-se que a proporção de trabalho precário entre os médicos parte desse patamar mínimo. Antes dos anos 2000, essa proporção atingia cerca de 6% dos médicos.

a partir de pesquisas realizadas junto a gestores dos sistemas municipais de saúde, ao largo dessa primeira década. Conclui-se o trabalho com algumas considerações acerca dos principais desafios a serem enfrentados. No artigo, concentramo-nos na interpretação dos dados da contratação do trabalho na estratégia da saúde da família pelos municípios brasileiros.

NOTAS CONCEITUAIS

A noção genérica de trabalho precário costuma ser utilizada em referência a uma multiplicidade de realidades laborativas que, em comum, têm apenas o fato de não caberem no figurino da relação de emprego assalariado típico preconizada, ao largo do século passado, como padrão normativo pela chamada “civilização do trabalho” (CASTEL, 1996). O emprego típico corresponde a um tipo específico de relação de trabalho,² a relação salarial, e tem como parâmetro o trabalho heterônomo (pessoal e dependente) exercido de forma subordinada a um empregador, por tempo indeterminado, em tempo pleno e com salários que, em geral, compartilham os eventuais crescimentos de produtividade. Ademais, conta com proteção social trabalhista e previdenciária, direito à negociação coletiva e cobertura jurídico-legal especial.

O trabalho típico, assalariado, tornou-se hegemônico nas economias capitalistas ocidentais, sobretudo nas sociedades democráticas desenvolvidas e nos estados de bem-estar social, no período de vigência do padrão de acumulação conhecido como fordista ou americanista (Pós-Segunda Guerra a finais dos anos de 1970). De

fato, ao longo do século passado, essas economias ergueram um complexo aparato de formas institucionais ‘extramercado’ (previdência social, direito do trabalho, leis trabalhistas e previdenciárias etc.) que protegeram relativamente esse tipo de trabalho da autorregulação dos mercados e promoveram sua hegemonia, elemento fundamental para a consolidação da acumulação fordista. A crise do sistema econômico mundial, sobretudo nos anos de 1990, levou à proliferação das situações de trabalho atípicas, colocando em xeque o referido paradigma.

Entre as principais situações de trabalho ‘atípico’, incluem-se contrato assalariado não regulamentado, emprego por tempo determinado, trabalho em tempo parcial, subcontratação, diversas formas de trabalho associativo, como o autônomo cooperado, trabalho autônomo associado em redes (assim chamado de trabalho autônomo de ‘segunda geração’), informal, entre outros. Formas institucionais antigas e já plenamente legisladas e novos arranjos laborativos juridicamente descobertos se misturam, atualmente, nas situações de trabalho atípicas.

Grande parte desses arranjos não típicos foi chamada outrora de trabalho informal ou subemprego. Entretanto, ao longo dos anos de 1990, com o importante incremento da utilização dos contratos de trabalho irregulares, espúrios e atípicos, seja no âmbito da economia privada, seja no seio da própria administração pública, esses arranjos receberam a valoração explicitamente negativa de trabalho precário. Nesse sentido, o trabalho precário se estabeleceu na arena do mundo do trabalho como conceito contra-hegemônico ao de trabalho flexível, apregoado pelos arautos da nova gestão, inclusive no setor público, como novo cânone.

² Conforme lembra Delgado (2007), em que pese a paradigmática para o Direito do Trabalho, a relação de emprego constitui apenas uma entre as diversas formas de relação de trabalho.

A precariedade pode ser entendida como um processo de perda de qualidade no mercado de trabalho e suas consequências sociais para a população, como redução dos rendimentos e instabilidade nos postos de trabalho. Em geral, tendem a um padrão inferior, vis-à-vis a condição assalariada (GALEAZZI, 2002). Kalleberg (2009) define como precário,

[...] o trabalho incerto, imprevisível, e no qual os riscos empregatícios são assumidos principalmente pelo trabalhador, e não pelos seus empregadores ou pelo governo.

Atualmente, a Organização Internacional do Trabalho (OIT) define como trabalho precário aquele geralmente mal pago, inseguro, desprotegido e insuficiente para sustentar um domicílio. Sete dimensões inter-relacionadas de precariedade, em contraposição ao trabalho decente, são elencadas pela OIT:³

(1) Insegurança do mercado de trabalho (falta de oportunidades de emprego);

(2) Insegurança do trabalho (proteção inadequada contra a perda de emprego ou a despedida arbitrária);

(3) Insegurança de emprego (inabilidade de continuar em uma ocupação particular devido à falta de delimitações de ofício e qualificações de trabalho);

(4) Insegurança de segurança e saúde (condições precárias de segurança ocupacional e saúde);

(5) Insegurança de reprodução de experiência (falta de acesso à educação básica e treinamento vocacional);

(6) Insegurança de renda (nível inadequado de renda; nenhuma garantia de recebimento ou expectativa de um nível adequado de renda atual e futura). Insegurança de renda indica se as rendas são adequadas e se existem auxílios de renda quando necessários;

(7) Insegurança de representação (falta de direitos individuais em leis e de direitos coletivos para negociar).

Esse tipo de insegurança pode ser visto como uma causa dos outros tipos, no sentido de que, se os trabalhadores são capazes de exercer representação individual e coletiva, são menos propensos a se sentir inseguros em outras dimensões.

Segundo Kalleberg (2009) a expansão do trabalho precário em todo o mundo está relacionada ao crescimento da globalização e do neoliberalismo, às mudanças tecnológicas e ao arrefecimento da ação sindical. No Brasil, o aumento da precarização resultou em grande parte das reformas liberais que acompanharam a privatização e a desregulação do trabalho, bem como da crise econômica ocorrida nos anos de 1990, em que se assistiu a baixo dinamismo do mercado de trabalho, acentuado desemprego e ampliação dos níveis de informalidade (MATTOSO e POCHMANN, 1998).

É importante ressaltar também que, na economia privada brasileira, o trabalho precário se expandiu para muito além do segmento informal, chegando a atingir fortemente os setores organizados da economia e as grandes corporações, e até ultrapassando os limites conceituais do subemprego e da informalidade laboral. Na administração pública, a expansão da precariedade laboral – não importa se na forma dos contratos irregulares e desprovidos de valor jurídico (NOGUEIRA, 2004) – coincidiu com a implementação de novas políticas públicas, no contexto das reformas do Estado neoliberal que buscavam, simultaneamente, o enxugamento da máquina pública e a transferência, por meio dos mecanismos contratuais, da operação desses serviços ao setor privado (mormente para as organizações do terceiro setor). A Estratégia da Saúde da Família é um desses exemplos.

³ Reproduz-se aqui textualmente o trabalho de Kalleberg (2009).

O TRABALHO PRECÁRIO NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA

Neste tópico, apresentamos o cenário de evolução das formas de vinculação do trabalho na Estratégia Saúde da Família (ESF). Tal cenário é desenhado com base em dados provenientes de três surveys telefônicos levados a cabo, respectivamente, nos anos de 2001, 2006 e 2009, que tiveram como objetivo monitorar as formas institucionais de contratação que cercam as relações de

são analisadas com o intuito de melhor compreender as dimensões do fenômeno.

A TERCEIRIZAÇÃO NA ESF

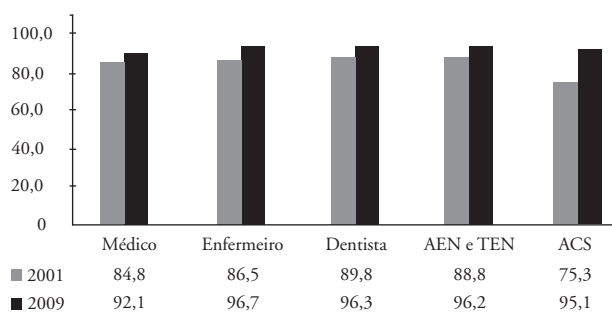
Os Gráficos 1 e 2 apresentam os padrões de contratação adotados pelos municípios em 2001 e 2009, considerando, respectivamente, os municípios que realizavam

QUADRO 1 – Dados da Amostra segundo o Ano de Realização da Pesquisa

	2001	2006	2009
Universo (municípios com cobertura ESF)	3.225	4.884	5.507
Amostra (municípios sorteados)	759	855	856
Taxa de resposta	91%	93%	95%
Municípios entrevistados	696	795	811
Margem de erro	5%	5%	5%
Intervalo de confiança	90%	90%	90%

trabalho no âmbito da ESF.⁴ Foram coletados junto a gestores municipais de saúde e/ou responsáveis pela ESF nos municípios entrevistados. Em todos os anos, coletaram-se dados sobre contratação e remuneração dos trabalhadores na ESF. Também foram dimensionadas a terceirização e a utilização de trabalho desprotegido, bem como as razões atribuídas pelos gestores para a prática de diferentes formas de contratação e vinculação do trabalho. A coleta abrangeu dados sobre médicos, dentistas, enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem, agentes comunitários de saúde. A observação dos padrões de terceirização, de utilização de vínculos de trabalho regulares e protegidos e dos salários praticados

GRÁFICO 1: Distribuição dos Municípios Pesquisados segundo Realização de Contratação Direta de Profissionais da ESF, por Ocupação e Ano – Brasil, 2001 e 2009



Fonte: Elaborado pelos autores a partir dos dados da Estação de Pesquisa em Sinais de Mercado em Saúde.

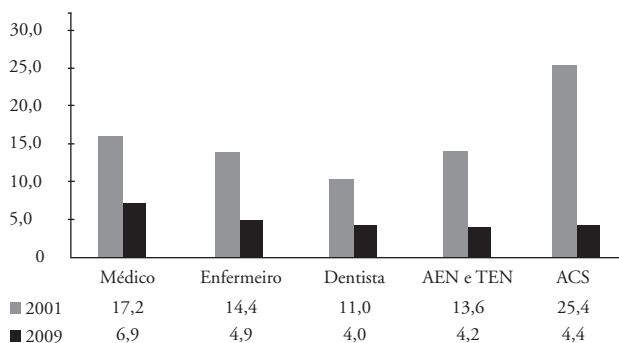
AEN e TEN – Auxiliares de Enfermagem e Técnicos em Enfermagem.
ACS – Agentes Comunitários de Saúde.

⁴ “Pesquisa Nacional de Monitoramento da Qualidade do Emprego na Estratégia Saúde da Família – ESF”, de 2009; “Pesquisa Nacional de Precarização e Qualidade do Emprego no PSF”, de 2006; “Agentes Institucionais e Modalidades de Contratação de Pessoal no PSF no Brasil”, de 2001. Todas as pesquisas foram realizadas pela Estação de Pesquisas em Sinais de Mercado em Saúde (EPSM) – Observatório de Recursos Humanos em Saúde do Núcleo de Educação em Saúde Coletiva (NESCON), da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG).

contratação direta pela administração pública municipal (incluindo autarquias e fundações públicas municipais) e aqueles que contratavam de forma terceirizada, por meio de entidades privadas (empresas, cooperativas, Ongs, OSCIPs, de natureza filantrópica, entre outras). Evidentemente, um mesmo município podia realizar ambos os tipos de contratação, caso em que parte dos profissionais era contratada pela prefeitura e outra parte terceirizada. Em 2009, isso ocorria em apenas 3,2% dos municípios pesquisados.

No cômputo geral, a maior parte dos municípios pesquisados realizava contratação direta pelas prefeituras para todas as ocupações, tanto em 2001 quanto em 2009. Do início para o final da série, houve aumento da proporção de municípios nessa situação, alcançando, para todos os casos, valores superiores a 90%. A contratação direta de agentes comunitários de saúde foi a que registrou maior aumento, de 82,4% para 95,5%

GRÁFICO 2 – Distribuição dos Municípios Pesquisados segundo Realização de Contratação Indireta de Profissionais da ESF, por Ocupação e Ano – Brasil, 2001 e 2009



Fonte: Elaborado pelos autores a partir dos dados da Estação de Pesquisa em Sinais de Mercado em Saúde.

AEN e TEN – Auxiliares de Enfermagem e Técnicos em Enfermagem.

ACS – Agentes Comunitários de Saúde.

das administrações municipais, o que reflete importante focalização no período, no sentido de atenuar os efeitos da terceirização e do trabalho precário entre os agentes comunitários de saúde. Com efeito, a partir da promulgação da EC 51 de fevereiro de 2006, a contratação de ACS se tornou prerrogativa exclusiva do poder público.⁵ A redução da proporção de municípios que realizam contratação terceirizada é observada para todas as ocupações e profissões. Assim, a prática da terceirização da força de trabalho na ESF diminuiu de forma vigorosa na década e, nos dias de hoje, está em torno dos 5% (6,9% para o caso dos médicos e 4% para os dentistas).

REGIMES DE VÍNCULOS NA ESF

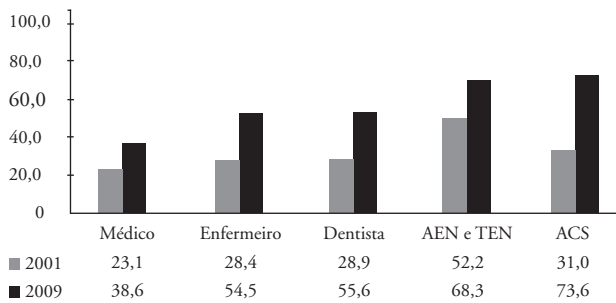
Os Gráficos 3 e 4 apresentam os regimes de vínculos de trabalho de profissionais da ESF praticados pelos municípios pesquisados. O corte utilizado para classificação dos vínculos baseou-se no cruzamento dos critérios de existência de proteção social, cobertura legal e vigência temporal indeterminada dos contratos. A observação de todas essas características define um trabalho que, nas condições da sociedade brasileira, é considerado um contrato plenamente protegido do ponto de vista formal. Assim, a categoria trabalho protegido inclui o regime estatutário, que corresponde ao vínculo padrão dos servidores públicos na administração pública direta e indireta (ocupantes de cargos públicos) e ao regime da Consolidação das Leis do Trabalho (CLT), próprio aos empregados públicos e aos empregados na economia privada. Ambos apresentam como características, ademais da cobertura legal, a existência de proteção social que inclui a plenitude dos direitos trabalhistas e

⁵ A EC nº 51 estabelece, em seu artigo 2º, que, após sua promulgação, os agentes comunitários de saúde e os agentes de combate às endemias somente poderão ser contratados diretamente pelos estados, pelo Distrito Federal ou pelos municípios, na forma do § 4º do art. 198 da Constituição Federal, observado o limite de gasto estabelecido na Lei Complementar de que trata o art. 169 da Constituição Federal.

previdenciários e a indeterminação temporal dos contratos, com regras de terminação dos contratos/vínculos estatutariamente definidas.

Por seu turno, a categoria trabalho desprotegido inclui o conjunto dos vínculos temporários, os de prestação de serviços de profissionais autônomos e demais vínculos sem proteção ou não plenamente protegidos no âmbito do direito do trabalho. Entre os vínculos temporários, incluem-se os contratos temporários com a administração pública, ou seja, aqueles regidos por legislação especial. Esses vínculos não se configuram, na forma do direito administrativo e constitucional, como cargos públicos, mas como vínculos temporários com a administração, criados em razão de excepcional interesse público.⁶ Em comum entre os contratos desprotegidos, ressalta-se a fragilidade da relação de trabalho, configu-

GRÁFICO 3: Distribuição dos Municípios Pesquisados segundo Realização de Trabalho Protegido* na Contratação de Profissionais da ESF, por Ocupação e Ano – Brasil, 2001 e 2009



Fonte: Elaborado pelos autores a partir dos dados da Estação de Pesquisa em Sinais de Mercado em Saúde.

* Estatutário e CLT.

AEN e TEN – Auxiliares de Enfermagem e Técnicos em Enfermagem.

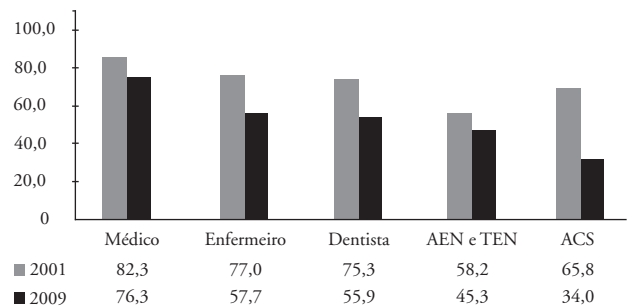
ACS – Agentes Comunitários de Saúde.

⁶ Os contratos temporários com a administração pública são regidos por legislação especial, própria a cada ente da federação, estando, portanto, dentro da legalidade. Incorporam, conforme o caso, um conjunto que pode ser mais ou menos extenso de direitos previdenciários e trabalhistas. Não são precários, portanto, a não ser pelo fato de os contratos terem prazo determinado e serem instituídos em função de situações específicas de excepcional interesse público. Constituem uma forma transicional de regularização dos vínculos na administração pública, pois cumprem o requisito da legalidade. Regularizam os vínculos por um tempo determinado, mas postergam a solução definitiva do problema da precarização. Em 2009, a proporção de municípios que informavam a prática de contratação temporária foi de 71,3% para médicos; 52,7% para enfermeiros; 52,3% para dentistas, 41,8% para AEN/TEN e 30,5% para os ACS.

rada pela inexistência da garantia plena de direitos trabalhistas e previdenciários e de estabilidade do vínculo.

Os dados apontam para a diminuição da prática de contratação do trabalho precário na ESF, para todas as ocupações, de 2001 a 2009. De fato, aumentou no período a proporção de municípios que realizavam, embora não exclusivamente, a contratação de trabalho

GRÁFICO 4: Distribuição dos Municípios Pesquisados segundo Realização de Trabalho Desprotegido* na Contratação de Profissionais da ESF, por Ocupação e Ano – Brasil, 2001 e 2009



Fonte: Elaborado pelos autores a partir dos dados da Estação de Pesquisa em Sinais de Mercado em Saúde.

* Autônomo, temporário e outras formas desprotegidas.

AEN e TEN – Auxiliares de Enfermagem e Técnicos em Enfermagem.

ACS – Agentes Comunitários de Saúde.

protegido. Para a contratação de médicos, por exemplo, a proporção de municípios que praticavam contratos protegidos subiu, no período, de 23,1% para 38,6%; entre os dentistas, praticamente dobrou, de 28,9% para 55,6%; e, entre os ACS, de 31% para 73,6%. Inversamente, a proporção dos que realizavam trabalho desprotegido diminuiu para todas as categorias.

Uma importante ressalva a ser feita é que a tendência de aumento da contratação sob formas protegidas na

ESF não significa, em todos os casos, sua preponderância absoluta. O uso da contratação de trabalho precário vis-à-vis o trabalho protegido ainda predominava em 2009 para médicos (76,3% contra 38,6% dos municípios); enfermeiros (57,7% contra 54,5% dos municípios) e dentistas (55,9% contra 55,6% dos municípios). O predomínio absoluto da contratação protegida é observado entre os municípios apenas para os ACS (73,6%) e para os técnicos e auxiliares de enfermagem (68,3%).

Cabe destacar que a utilização simultânea de duas ou mais formas de vinculação de profissionais é uma prática comum entre os municípios pesquisados. A proporção dos municípios que contratavam simultaneamente trabalho protegido e trabalho desprotegido aumentou entre 2001 e 2009. Na contratação de médicos, por exemplo, 6,3% dos municípios, em 2001, e 14,1%, em 2009, lançavam mão da contratação de trabalho protegido e desprotegido. Na contratação de dentistas, essa proporção subiu de 6,8% para 11,5%; na de enfermeiros, de 6,6% para 11,7%, e na contratação de ACS, de 3,7% para 6,7%, no período.

Com relação ao volume de contratações, os 811 municípios pesquisados em 2009 informavam um total de 84.172 contratos de trabalho na Estratégia da Saúde da Família, 9,3% dos quais operados por entidades privadas, ou seja, terceirizados.⁷ Os contratos diretos com a administração pública somavam 76.326 no total dos municípios pesquisados. Os contratos desprotegidos de pessoas físicas (temporários, autônomos, prestação de serviços etc.) representavam 49,9 % dos contratos de médicos na ESF; 35,6% dos de dentistas; 32,8% dos de enfermeiros e 16,1% dos contratos de ACS. Desse modo, o uso de formas precárias de contratação de trabalho na ESF ainda representa um problema relevante para a maior parte dos municípios brasileiros, sobretudo em relação aos médicos.

Nos três anos em que a pesquisa foi levada a cabo, os gestores informaram que a flexibilidade contratual era um importante fator para a prática de vínculos desprotegidos ou precários. Em 2001, a flexibilidade para demitir, contratar e remanejar pessoal foi a principal justificativa, citada por 58,2% dos gestores. Com percentual bastante próximo, foram citados os limites impostos pela Lei de Responsabilidade Fiscal, 54%. Em 2006, a principal justificativa continuou sendo a flexibilidade, com 51,3%. A dificuldade para a realização do concurso público foi referida por 44,3% dos respondentes naquele ano e a Lei de Responsabilidade Fiscal, por 23,2%. Em 2009, verifica-se maior dissipação das respostas, uma vez que a flexibilidade contratual, a dificuldade para realizar concurso público e, uma vez realizado o concurso, o não preenchimento das vagas aparecem empatados, citados por aproximadamente 21% dos entrevistados. A Lei de Responsabilidade Fiscal aparece apenas com 4,4%.

A REMUNERAÇÃO DO TRABALHO NA ESF

Outro conjunto de informações úteis para analisar a precariedade do trabalho, além dos aspectos relativos aos graus de proteção social do trabalho, diz respeito à remuneração dos trabalhadores. Os dados dos surveys permitem analisar a evolução dos salários praticados na ESF ao longo do período e compará-los aos salários praticados no mercado. É preciso dizer que o dado isolado da remuneração não permite inferências diretas sobre o trabalho precário e os graus de precarização, mesmo porque os mercados de trabalho das categorias analisadas, na realidade, são muito diferentes, não aceitando comparações categóricas. De qualquer forma, contribuem para a reflexão pretendida.

⁷ O total dos contratos de trabalho se refere às seguintes categorias: médicos, dentistas, enfermeiros, auxiliares e técnicos de enfermagem, auxiliares e técnicos de saúde bucal e agentes comunitários de saúde.

As Tabelas 1 e 2 apresentam a evolução dos salários médios praticados na ESF e no mercado de trabalho do setor privado por 40 horas contratuais no período. Em relação à ESF, os dados revelam que houve aumento da remuneração para todas as ocupações no período. Observou-se maior crescimento absoluto de salários

para os agentes comunitários de saúde que tiveram incremento bruto de 154%, entre 2001 e 2009. Os menores crescimentos de salários nominais foram registrados para os dentistas e médicos, que tiveram variação percentual bruta de 48% e 55%, respectivamente, no mesmo período. No mercado de trabalho do setor

TABELA 1: Evolução dos Salários Médios (em reais) Praticados na ESF e de Admissão de Profissionais de Saúde e Total da Economia em Regime Celetista nos Períodos em que Foram Realizados os *surveys, por Ocupação – Brasil, 2001, 2006 e 2009**

Ocupação	2001		2006		2009	
	ESF	Privado 40h	ESF	Privado 40h	ESF	Privado 40h
Médicos	4.093	3.211	5.403	5.595	6.358	7.160
Enfermeiros	1.724	1.866	2.176	2.692	3.101	2.936
Dentistas	1.729	2.039	2.354	3.044	2.562	3.650
AEN e TEN	404	ND	555	1.077	663	1.225
ACS	212	ND	380	510	539	625
Total do emprego economia	482		1.181		1.376	
Empregos com escolaridade superior incompleta	602		875		1.012	
Empregos com nível superior	2.142		2.895		3.289	

TABELA 2: Incremento Bruto (%) dos Salários Médios Praticados na ESF e de Admissão de Profissionais de Saúde e Total da Economia em Regime Celetista nos Períodos em que Foram Realizados os *Surveys, por Ocupação – Brasil, 2001, 2006 e 2009**

Ocupação	2001/2006		2006/2009		2001/2009	
	ESF	Privado 40h	ESF	Privado 40h	ESF	Privado 40h
Médicos	32,01	74,24	17,68	27,97	55,34	122,98
Enfermeiros	26,22	44,27	42,51	9,06	79,87	57,34
Dentistas	36,15	49,29	8,84	19,91	48,18	79,01
AEN e TEN	37,38	ND	19,46	13,74	64,11	ND
ACS	79,25	ND	41,84	22,55	154,25	ND
Total da economia	48,79		16,43		73,24	

Fonte: Elaborado pelos autores a partir dos dados da Estação de Pesquisa em Sinais de Mercado em Saúde e da Relação Anual de Informações Sociais do Ministério do Trabalho e Emprego (RAIS-MTE).

* Novembro e dezembro de 2001, de agosto a novembro de 2006 e de fevereiro a maio de 2009.

AEN e TEN – Auxiliares de Enfermagem e Técnicos em Enfermagem.

ACS – Agentes Comunitários de Saúde.

privado, os salários que mais cresceram no período foram os dos médicos (incremento bruto de 123%) e os dos dentistas (79%). Observa-se que, em 2001, a ESF pagava, em média, para os médicos, salários superiores ao praticado para empregos formais de 40 horas semanais no mercado privado. Para dentistas e enfermeiros, à mesma época o mercado privado remunerava melhor que a ESF por jornada formal equivalente. Em 2009, a situação se modifica. Os salários praticados pelo mercado formal privado são maiores que os da ESF, com exceção dos enfermeiros, que passam a ter melhor remuneração por jornada equivalente na ESF. É preciso lembrar que as jornadas firmadas em contratos formais nem sempre correspondem às realmente praticadas, que, na maior parte dos casos, resultam de acordos informados pelo hábito. Em menos de 70% das equipes de saúde, os médicos, por exemplo, cumprem 40 horas de jornada.

PONTOS PARA DISCUSSÃO (À GUIA DE CONSIDERAÇÕES FINAIS)

Ao largo dessa primeira década dos 2000, observou-se tendência à despreciação do trabalho na ESF. Diminuiu de forma considerável a contratação terceirizada de trabalho, que, se já em 2001 tinha expressão minoritária, em 2009 foi praticada por menos de 5% dos municípios. Ao mesmo tempo, observou-se importante avanço em direção à utilização de trabalho protegido e à regularização dos vínculos. Aumentaram também os salários, embora em ritmo menor que o do conjunto das ocupações na economia.

Em parte, conforme reconhece o Comitê Nacional Interinstitucional de Despreciação do Trabalho no SUS, essa tendência à despreciação pode ser atribuída à ação mais ou menos independente dos Tribunais de

Conta da União e dos estados e dos Ministérios Públicos do Trabalho federal e estaduais.

Outra parte desse movimento, porém, certamente deve ser atribuída às políticas públicas sociais inclusivistas dos dois últimos mandatos do governo federal, que, ao rechaçar vigorosamente as teses do neoliberalismo, instituiu, no período, uma agenda positiva de fortalecimento do Estado e a valorização dos serviços e servidores públicos.

No campo das relações de trabalho, especificamente na área da saúde, a criação da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde no Ministério da Saúde, em 2003; o trabalho das Mesas de Negociação Permanente do SUS e, muito especialmente, a criação do Comitê Nacional Interinstitucional de Despreciação do Trabalho revelaram-se um marco político-institucional decisivo para essa tendência.

As novas esferas públicas de deliberação no campo da gestão do trabalho criadas no período, reunindo trabalhadores, gestores e cidadãos usuários de serviços de saúde do SUS, propiciaram um ambiente para a revisão dos processos de terceirização e precarização do trabalho em curso no setor saúde. Nessas instâncias, particularmente os sindicatos e outras organizações do trabalho exerceram um contramovimento democrático à precarização.

Apesar dos avanços, a precarização ainda representa problema relevante para a maior parte dos municípios brasileiros, sobretudo em relação aos médicos. Mais de 70% dos municípios informam a prática da contratação temporária para médicos e cerca de 50% do total dos contratos de médicos são temporários. Com certeza, temos aqui um grande problema.

Houve, é verdade, expansão da proporção dos municípios que utilizam vínculos estatutários na ESF para todas as categorias profissionais. Atualmente, cerca de 30% contratam preferencialmente os médicos na ESF como estatutários, proporção que chega a mais de 50% para o caso dos ACS e demais categorias de nível médio.

Os contratos estatutários somam cerca de 40% do total dos contratos de médicos na ESF. Para isso, os municípios ou criaram novos cargos ou remanejaram pessoal estatutário já existente em seus quadros para a ESF.

Mas a principal via utilizada para a regularização dos vínculos não foi a da criação de cargos e realização dos concursos, mas a solução transitória da criação de contratos temporários regidos por legislação especial. Vale lembrar que, se com esse movimento os municípios cumprem o requisito da legalidade – regularizando os vínculos por um tempo determinado –, postergam para o futuro a solução definitiva do problema da precarização.

Em verdade, mais da metade dos gestores municipais não considera que o vínculo direto dos profissionais com os órgãos da administração direta seja o mais adequado para a provisão de trabalho no âmbito da ESF. Quase 50%, quando indagados sobre a razão para a utilização do vínculo estatutário, apontam que o motivo é a exigência legal (o regime jurídico único estatutário) e 15% citam o aproveitamento dos quadros efetivos já disponíveis. A dificuldade na criação de cargos e na realização dos concursos públicos, em razão da ritualística envolvida no processo, com a consequente escassez no preenchimento das vagas, particularmente no caso dos médicos, é citada, igualmente, por pouco mais de 20% dos gestores.

Por outro lado, 33,5% citam a flexibilidade como principal razão para a utilização preferencial de contratos regidos pela CLT. Se o RJU adotado pelo município fosse o da CLT, contratariam por essa via, por conta de ela assegurar, a um só tempo, a proteção requerida pelos trabalhadores e a flexibilidade gerencial necessária para a provisão eficiente de serviços.

A elevada prática dos contratos temporários com a administração pública se traduz num grande problema e sua extensão revela, segundo nosso entendimento, uma lacuna estrutural com relação aos formatos jurídico-institucionais existentes na administração pública brasi-

leira. Nos marco legal da administração pública vigente, para praticar contratos plenamente protegidos, não resta alternativa aos municípios senão a criação de cargos públicos em órgãos do poder executivo e o correspondente vínculo estatutário. A legalidade transitória e ainda precária do contrato temporário ou a transferência da operação de serviços essenciais como a atenção primária em saúde ao setor privado – a terceirização – são, no quadro, as únicas alternativas, no direito administrativo, que permitem a flexibilidade gerencial pretendida para a gestão eficiente dos contratos de trabalho, alternativas, diga-se de passagem, que não asseguram proteção plena.

A administração pública carece de um formato institucional adequado à prestação de serviços públicos essenciais que assegure, na gestão do trabalho, segurança e flexibilidade e que, ao mesmo tempo, seja público, de propriedade pública, dos governos. O projeto de criação do formato Fundação Estatal de Direito Privado no âmbito da administração pública aponta exatamente nesse sentido.

Um importante espaço para o aprofundamento desse tipo de debate se abre em torno do projeto de revisão dos marcos legais da administração pública federal, o projeto de lei orgânica da administração federal, que estabelece normas gerais sobre a administração pública direta e indireta, as entidades paraestatais e suas formas de colaboração com entidades civis sem fins lucrativos. Tal projeto vem sendo conduzido pela Secretaria de Gestão do Ministério do Planejamento Orçamento e Gestão (MPOG).

Da mesma forma, os Ciclos de Debates Direito e Gestão Pública, iniciativa conjunta do MPOG e da Associação Nacional de Procuradores da República, também se constituem em espaço a ser explorado. As relações de trabalho no setor público figuram entre os cinco temas prioritários dos referidos ciclos.

Finalmente, resta-nos fazer um último comentário. Conforme dito no início deste texto, a ESF foi escolhida para a discussão do tema da precarização não porque aí se

concentre o trabalho precário em saúde, mas em função de sua importância estratégica. Os espaços e as formas da precariedade na saúde vão muito além, cobrindo toda a superfície do trabalho e, muito mais fundo, deitam suas raízes desde as formas mais autônomas e independentes do exercício das profissões mais prestigiadas ao trabalho assalariado completamente subordinado. Basta lembrar o caso das clínicas populares em odontologia para ver a extensão e a profundidade do problema. Apesar de não dispormos de dados quantitativos, sabe-se que um volume considerável do trabalho mediado por cooperativas é precário. Assim também é precário o trabalho dos profissionais autônomos sub-remunerados. Poucos estudos avaliaram a extensão e a profundidade da precariedade do trabalho dos autônomos associados em rede, constituídos juridicamente como sociedades empresárias – e assim constituídos para escapar aos excessos da administração tributária e ampliar seus rendimentos. Na maior parte dos casos, assim se constituem sob a sugestão dos terceiros pagadores – como, por exemplo, operadoras e planos de saúde – e deles são totalmente dependentes.

Paul Singer (2004) nos lembra que nossa Constituição, em seu artigo 7, ao enumerar os direitos do trabalho, se refere ao trabalhador em geral, e não apenas aos trabalhadores assalariados, os empregados típicos. Para que o trabalho seja desprecariado, além do necessário equilíbrio entre oferta e demanda nos mercados de trabalho, os direitos do trabalho têm de ser estendidos aos autônomos, aos cooperados e ao trabalho associativo. Para ele, todos os trabalhadores são sujeitos do Direito do Trabalho. Na mesma direção, apontam reformadores do direito do trabalho que propugnam a extensão do patamar de direitos de trabalho assegurados aos empregados assalariados formais ao conjunto das relações de trabalho. Para eles, o trabalho decente e digno somente será assegurado quando o manto de proteção do direito do trabalho for estendido ao conjunto das formas de relações de trabalho.

Para concluir, cremos que dar continuidade às políticas públicas adotadas para o enfrentamento dos desafios da precarização do trabalho na saúde é prática absolutamente imprescindível. Devemos caminhar na direção de um ambiente de relações de trabalho que propicie simultaneamente segurança – segurança do trabalho plenamente protegido e de rendimentos adequados – e flexibilidade, necessárias à gestão pública eficiente e cidadã.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Programa Nacional de Despreciação do Trabalho no SUS. *Desprecia SUS: perguntas e respostas*. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão e da Regulação do Trabalho em Saúde. Comitê Nacional Interinstitucional de Despreciação do Trabalho no SUS. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2006.

CASTEL, R. Work and Usefulness to the World, *International Labour Review*, v. 135, n. 6, p. 615-622, 1996.

COCCO, G. Introdução. In: LAZZARATO, M.; NEGRI, A. *Trabalho imaterial: formas de vida e produção de subjetividade*. Rio de Janeiro: DP&A Editora, 2001.

DELGADO, M. C. *Curso de direito do trabalho*. São Paulo: LTr Editora, 2007.

FERREIRA, C. G. O 'fordismo', sua crise e algumas considerações sobre o caso brasileiro, *Nova Economia*, v.7, n. 2, p.165-201, 1997.

GALEAZZI, I. Precarização do Trabalho. In: CATTANI, A.D. (org.). *Dicionário crítico do trabalho e tecnologia*. Porto Alegre: Vozes, 2002, p. 242-247. Divulgação em Saúde para Debate, Rio de Janeiro, n. 45, abr. 2010, p. 11-23.

GIRARDI, S. N. (org.) *et al. Pesquisa nacional de Monitoramento da Qualidade do Emprego na Estratégia Saúde da Família – ESF*. [relatório de pesquisa]. Belo Horizonte: Universidade Federal de Minas Gerais, Faculdade de Medicina, Núcleo de Educação em Saúde Coletiva, Estação de Pesquisa de Sinais de Mercado, 2009.

GIRARDI, S. N. *et al. Precarização e Qualidade do Emprego no Programa de Saúde da Família*. [relatório de pesquisas]. Belo Horizonte: Universidade Federal de Minas Gerais, Faculdade de Medicina, Núcleo de Educação em Saúde Coletiva, Estação de Pesquisa de Sinais de Mercado, 2007. 208f.

_____. *Agentes Institucionais e Modalidades de Contratação de Pessoal no Programa de Saúde da Família no Brasil*. [relatório de pesquisa]. Belo Horizonte: Universidade Federal de Minas Gerais, Faculdade de Medicina, Núcleo de Educação em Saúde Coletiva, Estação de Pesquisa de Sinais de Mercado, 2002. 90f.

HACHEN, D.S. *Contracting out Work in the 1990s, Annual meeting of the American Sociological Association*. San Francisco, 2004. Disponível em: <http://www.allacademic.com/meta/p109795_index.html>

KALLEBERG, A. L. Crescimento do Trabalho Precário: um Desafio Global. *Revista Brasileira de Ciências Sociais*, v. 24, n. 69, 2009, p. 21-30.

_____. Nonstandard employment relations: Part-time, Temporary and Contract work. *Annual Review of Sociology*, v. 26, 2000, p. 341-365.

MATTOSO, J; POCHMANN, M. Mudanças estruturais e trabalho no Brasil, *Economia e Sociedade*, n. 10, p. 213-243, 1998.

NOGUEIRA, R. P. *et al. Limites Críticos das Moções de Precariedade e Desprecarização do Trabalho na Administração Pública*. In: ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE; MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Observatório de Recursos Humanos em Saúde no Brasil: estudos e análises*, Brasília, v. 2, 2004

SINGER, P. Cooperativas de Trabalho Alternativa do Trabalho sem Emprego. In: MARTINS FILHO, I.G.S; SALABERRY FILHO, M. (orgs.). *Cooperativas de Trabalho: anais do Seminário*. São Paulo: LTR Editora, 2004.