

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO NORTE  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
NÚCLEO DE ESTUDOS EM SAÚDE COLETIVA  
OBSERVATÓRIO RH NESC/UFRN**

**PESQUISA INTEGRANTE DO PLANO DIRETOR 2004/2005  
ROREHS/MS/OPAS**

**Programa Saúde da Família: flexibilidade e precarização no trabalho**

Janete Lima de Castro (Coordenadora)  
*Coord. do Observatório RH NESC/UFRN*  
Dalva Araújo  
*Prof. do Departamento de Saúde Coletiva da*  
*UFRN*

Maria das Graças de Amorim Pessoa  
*Técnica da Secretaria de Saúde de Natal/*  
Osicleide Bezerra  
*Pesquisadora do Observatório RH NESC/UFRN*  
Rosana Lúcia Alves de Vilar  
*Prof. do Departamento de Enfermagem da UFRN*  
Nara Jocelli Medeiros de Oliveira  
*Bolsista do Observatório RH NESC/UFRN*

**Natal/RN  
2006**

## 1. INTRODUÇÃO

As transformações socioeconômicas em curso no Brasil, nas últimas décadas, têm tornado cada vez mais evidente a afirmação de um novo modelo de organização do trabalho, baseado na flexibilidade das relações e na sua progressiva desregulamentação nas esferas privada e pública. O processo de reestruturação produtiva, consequência de um movimento mais amplo de incorporação de novos arranjos nos planos econômicos e políticos, tem desenhado a nova face das relações capital/trabalho. No cenário nacional, esse movimento, denominado por alguns estudiosos como globalização (HELD ; McGREW, 2001) e por outros como internacionalização ou mundialização do capital<sup>1</sup>, toma corpo, mais notadamente, ao longo da década de 1990.

O forte impacto dessas transformações no sistema ocupacional tem incidência direta na sociedade, por representar uma ameaça ao modelo de *sociedade salarial* (CASTEL, 2001) e à inserção no mercado de trabalho formal, mediante a constituição de vínculos empregatícios com garantias trabalhistas antes conquistadas e, sobretudo, com estabilidade.

Nos últimos anos, temos assistido à desestruturação do sistema ocupacional brasileiro, antes mesmo que ele tivesse chegado a alcançar níveis razoáveis de formalização e consolidação. Após um período de crescimento do mercado de trabalho urbano no Brasil (dos anos 30 até fins dos anos 70 do século XX), iniciaram-se os problemas na economia brasileira (anos 1980) que levaram à baixa capacidade de geração de empregos formais e à estagnação no grau de formalização do mercado de trabalho. A década seguinte (1990), dando continuidade a esse processo, foi marcada pelo desemprego e pelo crescimento do trabalho informal.

O contexto apresenta singularidades, dado seu caráter de múltiplas consequências, que se espraiam atingindo todas as esferas da vida política, tecnológica, econômica, cultural e social (JAMESON, 2001). Todo esse processo sinaliza no sentido das alterações estruturais vividas no cotidiano dos trabalhadores.

Do ponto de vista político, os Estados nacionais também são atingidos principalmente no que concerne às suas funções e atuação, o que faz com que assumam novas atribuições e cumpram, de alguma forma, papel crucial na nova lógica. A admissão desse novo papel pode ser comprovada observando-se a implementação, pelos Estados, de ações de ajustes estruturais em termos de desregulamentação,

---

<sup>1</sup> Sobre um debate acerca dos termos e dos “mitos” da globalização, ver: BATISTA JR (1998).

reestruturação, incorporação de novos paradigmas produtivos e a flexibilização das leis do trabalho.

Nos anos de 1990, o papel do Estado nacional, através da intermediação dos Ministérios e Secretarias reguladoras nas condições de trabalho, perdeu fôlego diante das ações restritas e pontuais a partir de então, em torno da “qualificação profissional, do seguro-desemprego, da geração de emprego e renda e da desregulamentação do mercado de trabalho.” (POCHMANN, 1998, p.157).

Como resultado de um cenário de instabilidade e de mutações, que fazem par com o novo modelo de organização econômica, instaurado sob bases flexíveis de funcionamento, são vistas profundas re-configurações no sistema ocupacional e nas relações de trabalho, produtoras de novos formatos de contratação e novos regimes de trabalho. Nesse bojo, tem forte relevância um tema caro, que vem se tornando alvo de preocupações por parte de estudiosos e governantes: a crescente precarização do trabalho. Por *trabalho precarizado*, podemos entender, genericamente, a condição ocupacional exercida sem o devido amparo das normas legais e que não garante estabilidade, benefícios e segurança ao trabalhador. Mas o tema requer atenção, pois nem todo vínculo formal, regido pelas leis do trabalho, está isento da precarização – o trabalho precário não é sinônimo de trabalho informal. Nossa referência primordial para pensar o tema, no presente estudo, será a ausência de estabilidade e segurança, o que torna vulnerável a condição do trabalho.

A precarização das condições de trabalho tem sido assumida como uma destacada característica dos mercados de trabalho no Brasil, independentemente de suas configurações regionais, de setores, de ocupações ou profissões. E, além disso, atravessa as esferas privada e pública, no que diz respeito à produção de bens ou mesmo à prestação de serviços sociais fundamentais, como a saúde. A precarização pode ser observada sob diversas formas, compondo realidades de trabalho bastante heterogêneas, seja nos vínculos temporários, nas contratações terceirizadas, no trabalho não-assalariado, nas contratações de trabalho informais, na subcontratação, nos trabalhos em tempo parcial, nos contratos que prevêm pagamento por produção, seja nos vínculos gerados através de cooperativas, entre muitos outros, quase sempre desprovidos dos direitos trabalhistas previstos por lei, que incluem férias anuais remuneradas, décimo terceiro salário, aposentadoria, licenças remuneradas e outros.

O maior problema gerado pelo trabalho precário é a vulnerabilidade do vínculo, causadora de grande insegurança no mercado de trabalho, que expõe o

trabalhador a uma subcondição, impossibilitando-o de gozar plenamente seus direitos trabalhistas. Essa insegurança e a instabilidade condizem com a realidade de organização do trabalho flexível, que atende às necessidades e demandas dos contratantes de serviços, de acordo com as flutuações do mercado. Na esfera pública, em áreas como a saúde, as novas modalidades de contratação, que surgiram após a promulgação da Emenda Constitucional n.19 de 1998 – que passava a permitir a flexibilização das formas de vínculo na administração pública –, correspondem à mudança de foco no desempenho do papel do Estado que, naquele momento incluiu a Saúde pública não como “núcleo estratégico”, mas como função “não exclusiva de Estado”<sup>2</sup>.

Esse dado é importante para que tenhamos em mente que o trabalho precarizado é uma realidade do mercado de trabalho formal ou informal. Vínculos através de empresas terceirizadas ou contratações temporárias, por exemplo, representam situações de trabalho quase sempre marcadas pela precarização, mas que, do ponto de vista jurídico, podem ser legais.

É justamente aí que reside um dos grandes desafios resultantes da precarização: a flexibilidade, que caracteriza as relações atuais do sistema ocupacional e os novos formatos de contratação, instaurando-se como um modelador das relações de trabalho e como uma estratégia para o enfrentamento das transformações de que falamos antes. O trabalho precarizado é um produto do funcionamento desse sistema e, tal como são incertas e oscilantes as flutuações na esfera econômica, também inseguros e vulneráveis são os vínculos de trabalho, mesmo que formais.

Num mesmo setor ocupacional, numa mesma organização, num mesmo departamento, podem coexistir relações e contratos múltiplos de trabalho, que segmentam ainda mais os trabalhadores entre si, o que gera a parcelização do trabalho, a competitividade, a ocupação em jornadas diversas ao longo de um dia, em locais diferentes. Muitos, imersos no contexto descrito, acabam conjugando simultaneamente vários vínculos empregatícios, enfrentando longas jornadas através de contratos inconstantes que, às vezes, não chegam a oferecer nem mesmo a cobertura dos direitos legais.

---

<sup>2</sup> Conforme Relatório do Seminário Nacional sobre política de desprecarização das relações de trabalho no SUS (2006).

Na cidade de Natal<sup>3</sup>, capital do Rio Grande do Norte, os dados locais de pesquisas recentes<sup>4</sup> revelam que a precarização do trabalho é, senão o principal, pelo menos um dos maiores desafios a ser enfrentado pelos órgãos públicos.

A População Economicamente Ativa<sup>5</sup> (PEA) da cidade é de cerca de 318.820 pessoas. Deste total, 261.172 pessoas estão ocupadas e cerca de 58.000 estão desocupadas, ou seja, 18,08%. Nesse universo de mais de 260.000 pessoas ocupadas, calcula-se que em torno de 115.000 postos de trabalho são precários. O quadro distribui-se da seguinte forma: 56.000 empregados sem carteira assinada; 3.000 postos não remunerados; 55.000 postos por conta própria<sup>6</sup>.

Na esfera pública, regida por um regime estatutário único para os servidores, consagrado pela constituição de 1988, o problema da precarização, em tese, não deveria ser preocupante. Contudo, a flexibilização dos vínculos de trabalho, mesmo nos serviços sociais públicos, fez com que hoje seja elevado o número de profissionais em condições de trabalho precário.

Nos últimos anos, o Sistema Único de Saúde (SUS) adotou diversas modalidades de contrato. De acordo com o *Relatório do Seminário Nacional sobre política de desprecarização das relações de trabalho no SUS* (2006), a diversidade de vínculos inclui “cooperativas, sistemas de bolsas de trabalho, contrato temporário, pagamento por reconhecimento de dívida, prestação de serviços, etc.”<sup>7</sup> No setor, chega a cerca de 40% da força de trabalho<sup>8</sup> o número de pessoas em condições de precarização.

Diante do quadro descrito, tem se tornado urgente criar iniciativas e soluções para enfrentar o problema e se repensar a forma como grande número de trabalhadores, de diferentes categorias ocupacionais, comprometidos com a prestação de serviços à população, tem desempenhado suas funções, expostos a uma subcondição de exercício da profissão, à instabilidade, à insegurança e à vulnerabilidade.

Nessa perspectiva, este estudo teve como objetivos identificar as modalidades de contrato e formas de inserção dos profissionais que atuam no Programa Saúde da

---

<sup>3</sup> Um dos municípios investigados pelo atual estudo.

<sup>4</sup> Todos os dados referentes à cidade de Natal baseiam-se em dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), Censo 2000. Ver Freire, (2005). Sobre a Região metropolitana, ver Ferreira (2002).

<sup>5</sup> “A PEA refere-se à população com idade igual ou superior a 10 anos de idade que, na semana de referência da pesquisa, estava ocupada ou procurando emprego.” (FREIRE, 2005, p.14).

<sup>6</sup> Apesar de haver postos não necessariamente precários entre os por conta própria, admite-se que sua grande maioria assim possa ser considerada.

<sup>7</sup> Relatório do Seminário Nacional sobre política de desprecarização das relações de trabalho no SUS, 2005, p.09.

<sup>8</sup> *Ibd*, p.09.

Família (PSF) das Secretarias Municipais de Saúde da Região Metropolitana de Natal; evidenciar a existência de iniciativas da gestão municipal para superar a situação de precarização do trabalho e revelar a opinião dos gestores municipais sobre as vantagens e desvantagens para a gestão do trabalho das modalidades de contratos praticadas pelos municípios e o porquê da sua existência.

## **2. O PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA**

O Programa Saúde da Família foi criado em 1994 com o objetivo de contribuir para a reorientação do modelo assistencial a partir da atenção básica, em conformidade com os princípios do Sistema Único de Saúde, imprimindo, assim, uma nova dinâmica de atuação neste nível de atenção, com definição de responsabilidades entre os serviços de saúde e a população (BRASIL, 1998).

Adotado pelo Ministério da Saúde, o PSF passou a ser desenvolvido pelas Secretarias Municipais de Saúde, numa perspectiva de mudança das práticas assistenciais e de reorganização e fortalecimento da rede de serviços básicos (LEVCOVITZ; GARRIDO, 1996), sua implantação cobre, atualmente, a grande maioria dos municípios brasileiros e, segundo dados do Ministério da Saúde, em 2005 o total de Equipes de Saúde da Família implantadas era de 24.600, envolvendo 4.986 municípios, cobrindo 44,4% da população brasileira, o que corresponde a cerca de 78.600.000 de pessoas.

No Estado do Rio Grande do Norte, a implantação do PSF também teve início em 1994, com a instalação de 18 equipes em quatro municípios, cobrindo 2,4% da população. De acordo com coordenação estadual do Programa, existem no Estado 804 Equipes de Saúde da Família e 676 Equipes de Saúde Bucal, distribuídas em 166 municípios, cobrindo 86% da população<sup>9</sup>. O único município não cadastrado no PSF é de Santana do Seridó, com população de 2.294 habitantes.

As modalidades de contratação praticadas pelas Secretarias Municipais de Saúde do Estado não diferem dos outros lugares que utilizam mecanismos precários e informais de vinculação dos profissionais ao programa. Castro, Vilar e Fernandes (2004), estudando o trabalho dos agentes comunitários de saúde no Rio Grande do

---

<sup>9</sup> Dados referentes a 2005. Fontes: Secretaria Estadual de Saúde. Jornal Tribuna do Norte, publicado em: 7 de maio de 2006.

Norte constataram que 59% dos municípios investigados<sup>10</sup> utilizavam contratos informais e 41% lançam mão de contratos temporários<sup>11</sup>.

Apesar do fortalecimento do processo de municipalização do setor saúde, ampliar, cada vez mais, a participação dos municípios no mercado de trabalho de saúde, onde o PSF é responsável por grande parte dos empregos nessa esfera de governo, Girardi e Carvalho (2003, p.169) alertam que as “inferências com relação ao peso PSF na economia de emprego formal devem ser matizadas em função dos níveis acentuadamente elevados de utilização de formas ‘precárias’ e informais de vinculação de profissionais utilizados no programa”.

### **3. O PERCUSSO METODOLÓGICO**

O presente estudo teve como foco de investigação as formas de inserção dos trabalhadores no PSF no âmbito da Região Metropolitana de Natal.

Os dados foram coletados nos meses de abril e maio de 2006, através de entrevistas semi-estruturadas realizadas com gestores e assessores das Secretarias de Saúde dos municípios que integram a Região. As questões abordadas, de forma fechada e aberta, versaram sobre: dados situacionais do PSF no município; modalidades de vínculos empregatícios; vantagens e desvantagens dos vínculos; informações sobre os processos seletivos utilizados; remuneração; carga horária; direitos e vantagens; percepção dos entrevistados sobre as condições de precarização do trabalho; e medidas adotadas pela gestão municipal para superar tal condição.

Foi assegurado o cumprimento dos preceitos éticos contidos na resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde, com a garantia do anonimato, bem como o compromisso do retorno dos resultados da pesquisa.

Também foram coletados dados de documentos institucionais relacionados ao tema do estudo, tais como: folhas de pagamento; contratos de trabalho; relatórios das Conferências Municipais de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde, entre outros.

---

<sup>10</sup> Os municípios investigados foram os da VI Regional de Saúde Pública do Estado e os da Região da Grande Natal.

<sup>11</sup> Os contratos informais se referem à prestação de serviço com termo de adesão assinado pelo agente, prefeito e testemunha, e ou aqueles contratos que se efetivam apenas com o lançamento do nome do trabalhador na folha de pagamento, modalidade utilizada pela maior parte dos municípios. Os contratos temporários são equivalentes aos contratos de excepcional interesse público, bolsas de trabalho e aqueles de funções de confiança.

A análise e sistematização dos dados quantitativos foram feitas através da distribuição em frequências simples, por tipo de variável, organizadas em tabelas. Na análise qualitativa das entrevistas procurou-se interpretar os significados das respostas, com base no referencial proposto por Bardin (1977).

Contextualizando o espaço da região estudada, foram identificadas algumas informações que caracterizam a situação social e de saúde.

#### **4. A REGIÃO METROPOLITANA**

Esta região foi criada em janeiro de 1997 e apresenta semelhanças com outras regiões brasileiras, caracterizadas pela polarização das capitais, crescimento acelerado e desordenado, alta concentração demográfica, afetando as condições de vida de seus habitantes. Localiza-se na zona do litoral oriental e mesorregião leste potiguar constituída por oito municípios: Natal, Ceará-Mirim, Extremoz, Macaíba, Parnamirim, São Gonçalo do Amarante, São José de Mipibu e Nísia Floresta.

A sua população está estimada em 1.240.734 habitantes, conforme pode ser observado na tabela 1, concentrando 41,3% da população de todo o Estado. Vale salientar que a região também concentra 48% do PIB do Estado.

**Tabela 1 - Distribuição da população – 2005**

MUNICÍPIO	POPULAÇÃO	% REGIÃO	% ESTADO
Ceará-Mirim	68.856	5,5	2,3
Extremoz	22.473	1,8	0,7
Macaíba	62.046	5,0	2,1
Natal	778.040	62,7	25,9
Nísia Floresta	22.239	1,8	0,7
Parnamirim	163.144	13,1	5,4
São Gonçalo do Amarante	84.788	6,8	2,8
São José de Mipibu	39.148	3,2	1,3
REGIÃO METROPOLITANA	1.240.734	100,0	41,3
RIO GRANDE DO NORTE	3.003.087	-	100,0

Fonte: IBGE

Tabela transcrita: MINEIRO, Fernando. Perfil da Região Metropolitana de Natal. 2005.

Na região, há uma pequena predominância do sexo feminino em relação ao masculino, predominância esta evidenciada em todos os municípios, exceto Nísia Floresta, onde a concentração de mulheres é de 48,9%, contrapondo-se ao percentual de 51,1% dos homens (TAB. 2).

**Tabela 2 - Distribuição da população por Sexo – 2005**

MUNICÍPIO	TOTAL	DISTRIBUIÇÃO DA POPULAÇÃO POR SEXO, 2000			
		HOMENS		MULHERES	
		ABSOLUTO	%	ABSOLUTO	%
Ceará-Mirim	62.424	31.156	49,9%	31.268	50,1
Extremoz	19.572	9.651	49,3	9.921	50,7
Macaíba	54.883	27.300	49,7	27.583	50,3
Natal	712.317	334.355	46,9	377.962	53,1
Nísia Floresta	19.040	9.721	51,1	9.319	48,9
Parnamirim	124.690	60.533	48,5	64.157	51,5
São Gonçalo do Amarante	69.435	34.229	49,3	35.206	50,7
São José de Mipibu	34.912	17.348	49,7	17.564	50,3
TOTAL	1.097.273	524.293	47,8	572.980	52,2

Fonte: IBGE, Censo de 2000.

Com relação aos indicadores sociais, de acordo com a Tabela 3, o maior Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) é do município de Natal, com 0,788, e o menor, de Ceará-Mirim, com 0,646. A concentração de renda medida pelo coeficiente de GINI é maior em Natal, seguido de Parnamirim, sendo menor em São Gonçalo do Amarante.

Em relação ao Índice de Pobreza e Alfabetização, evidencia-se a pior situação nos municípios de Ceará-Mirim e Extremoz; entretanto, as diferenças são mais marcantes quando se compara Natal e Parnamirim com o restante dos municípios.

**Tabela 3 - Indicadores Sociais – 2000**

MUNICÍPIO	IDH-M	GINI	INDIGÊNCIA %	POBREZA %	ALFABETIZAÇÃO %
Ceará-Mirim	0,646	0,580	35,0	63,0	73,4
Extremoz	0,694	0,550	25,4	51,3	78,8
Macaíba	0,665	0,570	28,5	56,6	75,5
Natal	0,788	0,640	11,1	28,7	89,9
Nísia Floresta	0,666	0,590	30,2	60,9	74,7
Parnamirim	0,760	0,600	12,9	31,9	87,9
São Gonçalo do Amarante	0,695	0,510	22,5	48,9	79,1
São José de Mipibu	0,671	0,550	30,4	62,0	72,3

Fonte: IBGE

Tabela transcrita: MINEIRO, Fernando. Perfil da Região Metropolitana de Natal. 2005.

Outros indicadores, mais diretamente relacionados à saúde, referem-se à Esperança de Vida ao Nascer e ao Coeficiente de Mortalidade Infantil. Quanto à longevidade, a variação de esperança de vida ao nascer, entre os municípios, vai dos 65 anos aos 69 anos. Sobre o Coeficiente de Mortalidade Infantil, verificam-se os melhores resultados em São Gonçalo, Natal e São José, e piores resultados em Ceará-Mirim e Nísia Floresta (TAB. 4).

**Tabela 4 - Indicadores de longevidade e mortalidade infantil – 2000**

MUNICÍPIO	ESPERANÇA DE VIDA AO NASCER (ANOS)	MORTALIDADE / 1000 NASCIDOS VIVOS ATÉ 1 ANO
Ceará-Mirim	65,32	48,66
Extremoz	67,67	40,16
Macaíba	66,62	43,96
Natal	68,78	36,53
Nísia Floresta	65,44	48,41
Parnamirim	68,27	38,10
São Gonçalo do Amarante	69,11	35,26
São José de Mipibu	68,59	36,99

Fonte: Atlas do Desenvolvimento Humano, FJP/IPEA/PNUD-ONU

Tabela transcrita: MINEIRO, Fernando. Perfil da Região Metropolitana de Natal. 2005.

## 5. RESULTADOS: PRECARIZAÇÃO NO PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA

### 5.1. Modalidades de contratação

**Tabela 5** - Dados situacionais das equipes do Programa Saúde da Família, por município. Região Metropolitana de Natal. Maio 2006

DADOS SITUACIONAIS	NÍSIA FLORESTA	EXTREMOZ	SÃO GONÇALO DO AMARANTE	MACAÍBA	CEARÁ-MIRIM	PARNAMIRIM	SÃO JOSÉ DE MIPIBU	NATAL
Ano de implantação do PSF	2002	2001	2001	2000	2001	1999	2000	1998
Número de Unidades do PSF	21	5	19	15	25	23	13	34
Número de equipes do PSF	9	5	17	15	21	40	15	106
Cobertura da PSF	100,0	72,5	69,0	60	78,8	74	100,0	46,3

A Tabela 5 evidencia que Natal é o município que tem o maior tempo de implantação do PSF (8 anos); percebe-se também que é na capital do Estado que se encontra o menor percentual de cobertura (46,3%) do Programa. Fazendo contraponto a esta situação, Nísia Floresta, cuja implantação do programa foi em 2002, apresenta cobertura de 100%. Todavia, faz-se mister destacar a diferença populacional entre estes dois municípios (TAB.1). Em relação à cobertura dos outros municípios investigados, constata-se que, apesar das diferenças entre eles, pode-se considerar que os mesmos apresentam coberturas significativas: São José de Mipibú, com cobertura de 100%; Parnamirim e Extremoz, acima de 70%; Macaíba e São Gonçalo do Amarante, com 60% e 69%, respectivamente.

Todos os municípios têm na sua composição os profissionais da equipe básica: médico, enfermeiro e auxiliar de enfermagem (1 profissional por equipe), ocorrendo variações nos municípios de Ceará-Mirim, que tem 1 auxiliar de enfermagem para atender a duas equipes, e Natal, que em cada equipe há 02 auxiliares de enfermagem. O número de agente comunitário de saúde varia por município e por equipe, apresentando um número médio de 07 por equipe. Os 08 municípios investigados contam com equipe de saúde bucal. Em 06 municípios, a proporção é de um dentista e um auxiliar de consultório dentário por equipe. Nos municípios de Ceará - Mirim e Extremoz, o dentista e o auxiliar de consultório dentário atendem a duas equipes.

**Tabela 6** - Número e percentual de profissionais do Programa Saúde da Família, excluindo-se os agentes comunitários de saúde, segundo a forma de vínculo empregatício. Região Metropolitana de Natal. Maio de 2006

FORMA DE VINCULAÇÃO AO PSF	Nº	%
Regime jurídico único	-	-
Regime jurídico único mais gratificação	609	52,4
Contrato por tempo determinado	227	19,5
Prestação de serviço	-	-
Contratação comissionada	265	22,8
Bolsa de trabalho	-	-
Sem contrato	61	5,2
Total	1162	100,0

A Tabela 6 apresenta o número total de profissionais existentes no PSF nos oito municípios pesquisados, com exceção dos agentes comunitários de saúde, segundo o tipo de vínculo. É relevante observar que 52,4% destes profissionais estão vinculados ao programa através do seu contrato, existente anteriormente, com a Prefeitura (RJU) e recebendo uma gratificação específica destinada àqueles que atuam no programa. Contudo, faz-se pertinente observar que esse elevado percentual sofre decisiva influência do município de Natal, que possui um maior quantitativo de profissionais em relação aos outros municípios. As contratações por meio de cargos de comissão e contratos temporários concentram, respectivamente, o segundo e terceiro maior contingente de profissionais. Dada a importância e a dimensão do PSF nas Secretarias Municipais de Saúde, esses dados são de grande relevância para a avaliação da política de emprego em saúde dos respectivos municípios.

Apesar, de em termos numéricos, a modalidade “sem contrato” ser a que menos concentra profissionais, é importante destacar a existência dessa forma de “vincular” profissionais nos serviços públicos de saúde, característica extrema da precarização do emprego no setor. Cumpre frisar que a soma entre os contratos temporários, contratação comissionada e sem contrato totaliza o percentual de 47,5% do conjunto dos profissionais, o que demonstra que quase a metade dos profissionais de nível superior que atua no PSF, na Região Metropolitana de Natal, é vinculada ao programa de forma instável ou precária.

O detalhamento por profissão, incluindo o agente comunitário de saúde, pode ser vista na Tabela 7, a seguir.

**Tabela 7** - Número e percentual de profissionais do PSF, segundo modalidade de vínculo empregatício e categoria profissional. Região Metropolitana da Grande Natal. Maio de 2006

MODALIDADE	MÉDICO		ENFERMEIRO		DENTISTA		ACD		AUX. DE ENFERMAGEM		ACS		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
RJU	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
RJU mais gratificação	84	39,3	108	47,4	102	52,9	97	50,3	218	65,3	-	-	609	23,2
Contrato por tempo determinado	60	28,0	48	21,1	34	17,6	36	18,7	49	14,7	202	13,8	429	16,4
Prestação de serviço	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	717	49,0	717	27,3
Contratação comissionada	55	25,7	55	24,1	50	25,9	50	25,9	55	16,5	165	11,3	430	16,4
Bolsa de trabalho	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	89	6,1	89	3,4
Sem contrato	15	7,0	17	7,5	7	3,6	10	5,2	12	3,6	289	19,8	350	13,3
Total	214	100,0	228	100,0	193	100,0	193	100,0	334	100,0	1462	100,0	2624	100,0

Observação: RJU - Regime jurídico único

Os dentistas, entre os profissionais de nível superior, são, em percentual, os que menos apresentam vínculos precarizados, todavia, somados os contratos temporários com os comissionados e com os chamados sem contratos, evidencia-se que quase metade (47,16%) dos profissionais desta categoria é contratada por vínculos precários. Já entre os médicos, o total de profissionais contratados por meio destas modalidades chega a 60,75%. Entre os enfermeiros, registra-se o percentual de 52,63%.

Os auxiliares de enfermagem, entre todos os profissionais do PSF, são os que têm menor número de contratos precários, posto que 65,27% estão contratados através do Regime Jurídico Único (RJU), recebendo a gratificação do programa. Contudo, é necessário sublinhar que o percentual de 34,73 de profissionais desta categoria estão expostos à condição de precarização do emprego.

Em relação aos agentes comunitários de saúde (ACS), percebe-se uma situação muito particular; nenhum trabalhador possui vínculo formal com a instituição para a qual trabalha. Os vínculos empregatícios estão distribuídos entre as modalidades de contrato temporário, prestação de serviços, contratação comissionada, bolsa de trabalho,

até a situação de maior vulnerabilidade, os incluídos na condição de sem contrato, o que significa dizer, contrato oral.

**Tabela 8** - Número e percentual de profissionais do Programa Saúde da Família, excluindo-se os agentes comunitários de saúde, segundo vínculo empregatício e município. Região Metropolitana de Natal. Maio de 2006

MODALIDADE	NÍSIA FLORESTA		EXTREMOZ		SÃO GONÇALO DO AMARANTE		MACAÍBA		CEARÁ-MIRIM		PARNAMIRIM		SÃO JOSÉ DE MIPIMBU		NATAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
RJU	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
RJU mais gratificação	-	-	-	-	19	23,8	6	8,0	-	-	-	-	-	-	584	98,2
Contrato por tempo determinado	45	100,0	19	100,0	-	-	69	92,0	83	100,0	-	-	-	-	11	1,8
Prestação de serviço	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Contratação comissionada	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	190	100,0	75	100,0	-	-
Bolsa de trabalho	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Sem contrato	-	-	-	-	61	76,3	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Total	45	100,0	19	100,0	80	100,0	75	100,0	83	100,0	190	100,0	75	100,0	595	100,0

Observação: RJU: Regime jurídico único

A Tabela 8 demonstra que dos oito municípios investigados, cinco utilizam a modalidade de contrato temporário, sendo que dois destes também utilizam outras modalidades. Evidencia-se, portanto, que a forma de contratação temporária predomina sobre as demais.

Merecem destaque as situações de São Gonçalo, município que apresenta uma concentração de 76,3% dos profissionais na modalidade sem contrato; dos municípios de Nísia Floresta, Extremoz e Ceará-Mirim que têm 100% dos profissionais vinculados por contratos temporários; e dos municípios de Parnamirim e São José, que têm 100% dos profissionais com contratação comissionada. No município de Macaíba, 92,0% dos profissionais que atuam no PSF, são contratados por tempo determinado.

## 5.2 Opiniões dos gestores de saúde relativas às modalidades de contratação existentes nos municípios

Na Região Metropolitana de Natal, apenas a modalidade “contrato por tempo determinado” foi referida, pelos gestores, como um novo vínculo adotado nos últimos anos. Sete dos oito municípios que compõem a Região metropolitana mantiveram as

modalidades já existentes, ou seja, não alteraram a estrutura de contratação que já vinha sendo praticada por gestões anteriores.

Vários motivos foram citados pelos gestores para justificar a manutenção das modalidades pré-existentes. De uma maneira geral, foram apresentados os seguintes argumentos:

- ? Afirmou-se que a decisão, quanto à implantação de novas modalidades, caberia ao setor jurídico da prefeitura e não à própria Secretaria Municipal de Saúde. Esta afirmação aponta abstenção no sentido de se resolver ou propor estratégias para o enfrentamento da precarização dos vínculos (mesmo que grande parte dos gestores tenha considerado que as formas de contratação em vigor eram precárias).
- ? Um segundo argumento baseia-se na possibilidade de se manter os vínculos já existentes e se dispor, ao mesmo tempo, da opção para renovar ou não os contratos, a depender das necessidades da instituição. Esta percepção tem uma relação direta com o que chamamos, mais à frente, de “vantagens”, que os gestores identificam em relação às facilidades de um sistema de modalidades de contratação com caráter flexível.
- ? O terceiro motivo diz respeito às dificuldades, apontadas pelos gestores, no sentido de “enxergar caminhos para implantar outras modalidades”. Este seria, talvez, um dos grandes desafios inerentes ao problema da precarização do trabalho, qual seja, o de se criar estratégias para o enfrentamento do problema e efetivá-las. Alguns gestores chegam a incorporar o tema na pauta das preocupações institucionais, contudo, não conseguem obter sucesso na criação de soluções exequíveis.
- ? De acordo com a opinião de alguns gestores, optou-se por manter os vínculos já existentes, dado que empreender alterações, através da adoção de novas modalidades, implicaria danos ao trabalho que vinha sendo realizado, o que causaria a descontinuidade dos serviços.
- ? Argumentou-se ainda que a manutenção das modalidades já existentes teria consonância com a atual política administrativa de gerenciamento dos Recursos Humanos.

- ? O aumento dos custos com a implantação de novas modalidades também chegou a ser mencionado. Este motivo foi ressaltado como a principal causa da desistência de um dos gestores pela adoção de novos vínculos.
- ? Alegou-se ainda que a instituição postava-se aguardando as decisões do Ministério da Saúde.

### **5.3 Vantagens e desvantagens das modalidades adotadas na Região Metropolitana de Natal**

Na Região Metropolitana de Natal, detectamos a existência de seis tipos de vínculo com os profissionais que compõem as equipes do PSF, quais sejam: Regime Jurídico Único com gratificação; contrato por tempo determinado; contratação comissionada; sem contrato; prestação de serviços, e bolsa de trabalho. Os gestores apontaram vantagens e/ou desvantagens relativas às quatro primeiras modalidades. As duas últimas, prestação de serviços e bolsa de trabalho, não foram comentadas.

#### *? Regime Jurídico Único com gratificação:*

Neste tipo de vínculo se encontram profissionais concursados, regidos por um estatuto único que define e regulamenta o trabalho dos servidores públicos. Os profissionais, que se encontram nesta categoria, recebem, além do salário-base, uma gratificação que incide sobre a remuneração total dos profissionais que atuam no PSF. Neste caso, os recursos federais, repassados através das gratificações, funcionariam como incentivos. Para os gestores, esse regime de contratação possibilita a criação de vínculos com a comunidade dado seu caráter de estabilidade. Segundo eles, a segurança e permanência dos trabalhadores da saúde nos quadros de pessoal das Secretarias Municipais refletem positivamente para o profissional, que, neste caso, não está submetido à instabilidade e efemeridade que caracterizam os demais tipos de vínculos e ainda tem garantida a cobertura de todos os direitos trabalhistas legais. Além disso, uma outra vantagem apontada é o fato de que tal modalidade permite o planejamento do trabalho de atendimento à saúde a longo prazo, e uma maior organização dos serviços prestados.

As desvantagens, no que diz respeito a essa modalidade, inscrevem-se no campo da gerência dos profissionais. Os gestores afirmaram que sentem dificuldade de fixá-los e comprometê-los com a causa institucional. Além disso, a solidez do vínculo cria

entraves às Secretarias, quando o profissional não atende às expectativas ou não desempenham bem as atividades que lhe são determinadas. Uma outra dificuldade diz respeito à aposentadoria, uma vez que o salário-base é menor que a remuneração total, já que nesta última está acrescida, como informamos antes, as gratificações. Assim as Secretarias acabam por não oferecer segurança da remuneração total, como base para o cálculo da aposentadoria, dado que o que conta para este fim é o salário-base. Além disso, a própria gratificação possui caráter de instabilidade.

Embora seja difícil inserir esta modalidade, que é sinônimo de gozo legal dos direitos trabalhistas e de estabilidade, no debate, sobre precarização do trabalho<sup>12</sup>, é importante ressaltar que, no quadro atual, os profissionais vinculados às Secretarias Municipais de Saúde, através do RJU são os mais resguardados das consequências da precarização do trabalho, no que se refere à estabilidade no emprego, todavia, estão submetidos à mesma instabilidade dos demais profissionais em relação à insegurança da forma de remuneração praticada pelo Programa.

? *Contrato por tempo determinado:*

Esta modalidade chegou a ser apontada como uma alternativa menos danosa que a terceirização. Os problemas derivados do RJU, apontados como desvantagens, são solucionados aqui através do contrato por tempo determinado. Essa modalidade permite, de acordo com a percepção dos gestores, o desligamento dos profissionais que não cumprem e não atendem às expectativas e exigências institucionais. A flexibilidade do vínculo também facilita a substituição de profissionais quando há solicitação. Quando o contrato tem a participação de outras esferas de governo, os gestores afirmam a possibilidade de repartir responsabilidades.

No campo das desvantagens, um dos principais problemas identificados pelos gestores é a rotatividade dos profissionais, principalmente dos médicos, o que gera a descontinuidade dos serviços prestados à população e impede a criação de vínculos entre as equipes do PSF e a sociedade. Os profissionais, de todas as categorias, por sua vez, que são fixados de forma temporária nos quadros da instituição, manifestam insatisfação com a instabilidade e efemeridade do contrato. De tal forma, voltam-se

---

<sup>12</sup> Poderíamos considerar, por exemplo, que mesmo alguns profissionais cujo vínculo de trabalho é RJU, podem se encontrar submetidos à precarização do trabalho em função de longas jornadas realmente trabalhadas, de condições de trabalho inadequadas, etc. Neste caso, estaríamos adotando um conceito mais amplo de precarização que engloba outros determinantes. Para esta pesquisa, seria possível escalar níveis de precarização, de tal forma, o RJU representa o vínculo menos exposto.

exercendo pressões junto às Secretarias. Um outro sério problema, de ordem financeira, é que a maioria dos municípios não dispõe de meios para prover o que o Ministério da Saúde não cobre, a exemplo do décimo terceiro salário e das férias remuneradas.

? *Contratação comissionada:*

Para esta modalidade, foram apontadas apenas vantagens, as quais se assemelham às aquelas citadas para o caso do contrato temporário. De acordo com a visão dos gestores, a contratação comissionada possibilita autonomia para o desligamento dos profissionais, quando necessário. Além disso, é possível não haver descontinuidade dos trabalhos desenvolvidos nas comunidades, já que o contrato não prevê data de término.

? *Sem contrato:*

A total ausência de qualquer tipo de contrato também pode apresentar vantagens, de acordo com alguns gestores. A principal é a economia pelo enxugamento dos custos, no que diz respeito aos gastos com os encargos sociais. Neste caso, a decisão sobre baratear ou encarecer os custos com profissionais caberia ao município, que teria autonomia para decidir se paga ou não tais encargos, com a contratação de pessoal.

Apenas uma desvantagem foi apontada, e esta não diz respeito à Secretaria propriamente, mas aos profissionais: a ausência total de estabilidade. Outras não foram citadas, mas podem facilmente ser identificadas: vulnerabilidade, instabilidade, insegurança, ausência das normas legais que beneficiam o trabalhador da saúde. Tais características também podem ser estendidas às modalidades “prestação de serviços” e “bolsa de trabalho”.

#### **5.4 Formas de admissão e instrumentos de seleção utilizados**

Foram identificadas, nas Secretarias de Saúde, várias formas de admissão do profissional ao PSF, como, por exemplo: seleção entre os profissionais vinculados ao SUS, que atuam em qualquer esfera de governo; seleção entre os quadros da instituição contratante; seleção para os agentes comunitários de saúde (aberta ao público com critérios definidos, de acordo com o Ministério da Saúde); indicação seguida de seleção e inserção do indicado sem processo seletivo.

Tabela 9 - Número e percentual de municípios segundo instrumentos adotados para ingresso de profissionais no Programa Saúde da Família. Região Metropolitana de Natal. Maio de 2006

MODALIDADE	MÉDICO		ENFERMEIRO		DENTISTA		ACD		AUX. ENFERMAGEM		ACS	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Prova escrita	2	25,0	2	25,0	2	25,0	1	12,5	2	25,0	8	100,0
Entrevista com o profissional	5	62,5	5	62,5	5	62,5	4	50,0	5	62,5	7	87,5
Análise de Currículo	6	75,0	7	87,5	7	87,5	5	62,5	7	87,5	-	-

A prova escrita e a entrevista são os instrumentos mais utilizados para seleção de todas as categorias, inclusive para o agente comunitário de saúde. Já a análise de currículo não é utilizada para este agente.

### 5.5 Salários e acordos em relação à jornada de trabalho

Tabela 10 - Salário médio dos trabalhadores integrantes das equipes do Programa Saúde da Família, com carga horária contratual de 40 horas. Região Metropolitana de Natal. Maio de 2006

CATEGORIA PROFISSIONAL	SALÁRIO		
	MÉDIA	MÍNIMO	MÁXIMO
Médico	3.819,74	2.812,50	5.310,00
Enfermeiro	2.217,11	1.650,00	2.950,00
Dentista	2.173,48	1.700,00	2.950,00
ACD	546,99	350,00	940,63
Auxiliar de enfermagem	561,75	360,00	940,63
ACS	370,00	300,00	470,00

Nota: Não foram incluídas nos cálculos as gratificações de produtividade e deslocamento  
Foram considerados os salários brutos

Na tabela 10, observa-se que a categoria médica é detentora dos maiores salários (média de R\$ 3.819,74). As categorias de enfermeiro e de dentista possuem salários mais ou menos semelhantes. O mesmo ocorre entre os auxiliares de consultório dentário e de enfermagem.

A jornada de trabalho dos profissionais no programa, referida pelo gestor, é de 40 horas semanais. Indagados se havia acordos entre a gestão e os profissionais para diminuição da carga horária, como mecanismos de compensação salarial, os gestores disseram não existir; entretanto, três dos gestores municipais informaram saberem que os profissionais não cumprem a carga horária para a qual foram contratados.

## **5.6 Situações que caracterizam os vínculos precários, segundo a opinião do gestor Municipal de Saúde**

A percepção da maioria dos gestores entrevistados denota o reconhecimento da precarização nas formas de contratos praticadas pelas instituições das quais eles são titulares. Questionados sobre os elementos que caracterizam tal situação, apontaram: inexistência da estabilidade; não garantia de todos os direitos trabalhistas; inexistência de concurso público; e inexistência de contrato assinado. De acordo com esses gestores, esta situação gera rotatividade entre os profissionais, falta de compromisso dos mesmos com a população adscrita e resistência para participar de treinamentos oferecidos. Contudo, é importante frisar que dois gestores entrevistados afirmaram não visualizar existência de precarização nas formas contratuais das equipes do PSF.

## **5.8 Iniciativas de desprecarização adotadas pelos municípios**

Uma outra questão investigada diz respeito às medidas ou iniciativas de desprecarização utilizadas pelos municípios. Neste sentido, ficou evidente, por parte de todos os municípios, a preocupação com a problemática. Em quatro Secretarias (Municípios de Nísia Floresta, São José, Ceará Mirim, Parnamirim), algumas dessas medidas estão em fase de discussão. A Secretaria de Saúde de Natal está discutindo a situação dos agentes comunitários de saúde e a Secretaria de Saúde de São Gonçalo do Amarante estuda a opção de viabilizar a contratação dos profissionais por meio das Organizações Sociais de Interesse Público (OSCIP). Em duas das secretarias investigadas, os gestores declararam ainda não existir iniciativas efetivas nesta direção.

## **6 CONSIDERAÇÕES FINAIS**

De acordo com o Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (2006), desprecarizar significa “garantir os direitos sociais e previdenciários para todos os trabalhadores – nas formas direta ou indireta – além de democratizar as relações de trabalho”. O enfrentamento da problemática, contudo, a fim de minorar os danos causados para o trabalhador em saúde e para a própria população, que é atendida por profissionais que quase sempre estão em constante rotatividade, esbarra em obstáculos de caráter macrossocial, ou seja, encontra dificuldades de realização diante dos determinantes estruturais, os quais relacionam as esferas política e econômica. Dentre os vários problemas, destacamos, o limite orçamentário/financeiro e legal dos

municípios, uma vez que a regularização dos vínculos de trabalho precarizados pressupõe gastos com a contratação legal, a concessão de direitos, o que causa necessariamente o incremento dos gastos com pessoal. Um segundo problema, comumente apontado nos debates, é a ausência de comprometimento de outras esferas de governo com a questão. De tal forma, alega-se que a responsabilidade tem recaído somente sobre os municípios. Este problema relaciona-se diretamente com o processo de descentralização das políticas públicas, em curso, desde fins da década de 1980.

Ao longo da década de 1990, o processo de municipalização gerou mudanças profundas nas estruturas das relações de trabalho. A partir de então, passou a ser responsabilidade dos municípios contratar e gerir profissionais que foram se vinculando de maneiras múltiplas aos diversos programas criados através das políticas públicas de saúde. Para se ter uma idéia dessa mudança de foco, considere-se que, na década de 1980, a esfera municipal respondia por cerca de 16,2 % dos empregos públicos de saúde e, em 2003, esse número foi para 66,3% (IBGE, 1980-2003).

A precarização do trabalho certamente diz respeito a todas as instâncias de governo e a todos os agentes que lidam diretamente com a gestão dos Recursos Humanos, seja nas esferas pública ou privada, ou em quaisquer outros setores. O tema não tem caráter localizado; suas conseqüências atingem a mola mestra fundamental de sustentação da sociedade, que é o trabalhador, esteja ele inserido em qualquer tipo de ocupação.

O trabalho precário, que caracteriza diversas modalidades de vinculação adotadas nos mercados de trabalho da atualidade, responde às demandas de um contexto de relações flexíveis e incertas. De tal forma, faz parte do universo dos profissionais qualificados ou não, homens ou mulheres, jovens ou não. Na Região Metropolitana de Natal, a exemplo do que ocorre nacionalmente, desde os profissionais médicos, dentistas, enfermeiros, auxiliares, até os agentes de saúde, grande parte está submetida às modalidades de vinculação precárias. Daí o papel fundamental dos atores e instituições que atuam diretamente com a questão.

Na medida em que o modelo flexível de gestão e regulação do trabalho se instaura e se generaliza nas instâncias administrativas, muitos aderem, quase sempre, sem que haja maiores debates ou reflexões acerca das conseqüências para os profissionais e, conseqüentemente, para a sociedade, de maneira geral, que recebe os serviços de uma força de trabalho sujeita às oscilações, instabilidades e descontinuidades geradas pelos vínculos de trabalho precários.

Apesar de nas agendas de alguns secretários municipais de saúde já se fazerem presentes as preocupações com os vínculos precários de trabalho, o fato é que a flexibilização desses vínculos tem representado uma tendência nos últimos anos, revelando a existência da precarização de forma marcante no SUS. Imerso neste contexto, destacamos, neste estudo, o PSF que surgiu como uma estratégia de atendimento à população, enfocada na promoção da saúde, com assento nos princípios de integralidade, universalidade e equidade. O grande embaraço dessa situação, que está posto para os gestores, acaba sendo a necessidade de gerir os recursos humanos e os recursos financeiros, preservando os interesses públicos de funcionamento dos serviços de saúde.

## REFERÊNCIAS

BARDIN, L. *Análise de conteúdo*. Lisboa, Portugal: Edições 70, 1977.

BATISTA Junior, Paulo Nogueira. Mitos da “Globalização”. **Revista Estudos Avançados**, v.12, n.32, São Paulo, Jan./Abr. 1998.

BRASIL. **Saúde da Família**: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial. Brasília; Ministério da Saúde, 1998.

CASTEL, Robert. **As metamorfoses da questão social**: uma crônica do salário. 3. ed. Rio de Janeiro: Vozes, 2001.

CASTRO, Janete Lima de; VILAR, Rosana Lúcia Alves de; FERNANDES, Vicente de Paula. Precarização do trabalho do agente comunitário de saúde: um desafio para a gestão do SUS. In: **Observatório de Recursos Humanos em Saúde no Brasil**: estudos e análises. André Falcão do Rego Barros (org) et al. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS MUNICIPAIS DE SAÚDE. Disponível em: [http://www.conasems.org.br/congressos/sudeste/dados/mesa\\_gt02.pdf](http://www.conasems.org.br/congressos/sudeste/dados/mesa_gt02.pdf), Acesso em: 19 jun. 2006.

FERREIRA, B.C. et al. **Região metropolitana de Natal**: radiografia do mercado de trabalho. Natal: DIEESE, 2002.

FREIRE, José Aldemir. **Dinâmica e características do mercado de trabalho de Natal/RN**: uma contribuição à Política Municipal de Emprego e Renda. Natal, RN: Prefeitura Municipal do Natal, 2005.

GIRARDI, Sabádo Nicolau; CARVALHO, Cristiana Leite. Contratação e qualidade do emprego no programa de saúde da família no Brasil. In: **Observatório de Recursos em Saúde : estudos e análises**. André Falcão et. al (org). Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2003.  
HELD, D; MCGREW, A. **Prós e Contras da Globalização**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar editor, 2001.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/pesquisas/default.shtm>. Acesso em: 13 maio 2006.

JAMESON, F. Globalização e estratégia política. In: **A Cultura do dinheiro**: ensaios sobre a globalização. Petrópolis, RJ: Vozes, 2001. p.17-41.

LEVCOVITZ, E.; GARRIDO, N. (1996) – **Saúde da Família**: a procura de um novo modelo anunciado. In: Cadernos de Saúde da Família (Construindo um Novo Modelo: Os municípios já têm história para contar). Brasília: Ministério da Saúde Ano 1, n. 1. p. 3-9.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Relatório do Seminário Nacional sobre política de desprecarização das relações de trabalho no SUS. Disponível em: [www.portal.saude.gov.br/portal/arquivos](http://www.portal.saude.gov.br/portal/arquivos); acesso em: 21 fev. 2006.

POCHMANN, Márcio. O eterno sistema corporativo de relações de trabalho no Brasil. **Novos Estudos CEBRAP**, n.50, p.149-166, mar.,1998.