

MINISTÉRIO DA SAÚDE
FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ
CENTRO DE PESQUISAS AGGEU MAGALHÃES
DEPARTAMENTO DE SAÚDE COLETIVA

XXI CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE PÚBLICA – 2005

TÍTULO:

**Precarização do trabalho do Agente Comunitário de Saúde: um estudo
em municípios da região metropolitana do Recife.**

AUTOR:

CYNTHIA MARIA BARBOZA DO NASCIMENTO

ORIENTADOR:

KÁTIA MEDEIROS

Recife
2005

CYNTHIA MARIA BARBOZA DO NASCIMENTO

**Precarização do trabalho do Agente Comunitário de Saúde: um estudo
em municípios da região metropolitana do Recife.**

Trabalho de conclusão apresentado como requisito parcial à obtenção do título de Especialista no Curso de Pós-Graduação *lati sensu* em Saúde Pública do Departamento de Saúde Coletiva / CpqAM / FIOCRUZ / MS, sob a orientação da professora Kátia Medeiros.

Recife
2005

CYNTHIA MARIA BARBOZA DO NASCIMENTO

Precarização do trabalho do Agente Comunitário de Saúde: um estudo em municípios da região metropolitana do Recife.

Trabalho de Conclusão de Curso aprovado como requisito parcial à obtenção de Especialista no Curso de Pós-Graduação *latu sensu* em nível de Especialização em Saúde Pública, do Departamento de Saúde Pública/ CPqAM/FIOCRUZ/MS, pela Comissão formada pelos Professores:

Orientador :

Professora Kátia Medeiros - CPqAM/FIOCRUZ

Debatedora :

Dra. Paulette Cavalcanti

Dedico a todos que me ajudaram para
concretização deste trabalho.

AGRADECIMENTOS

Agradeço aos meus pais por toda dedicação e amor.

A minha orientadora Kátia Medeiros por todo apoio e paciência.

Aos professores que contribuíram bastante para realização deste trabalho.

Aos amigos que sempre estão ao meu lado.

**"Uma longa jornada começa com um único passo."
Lao-Tsé**

RESUMO

A expansão da assistência possibilitada pelo Programa de Agentes Comunitários de Saúde/ Programa de Saúde da Família, PACS/PSF vem garantindo a incorporação de um contingente expressivo de trabalhadores. Assim verifica-se a ocorrência de diversas modalidades de contratação com vínculos que se distribuem desde os mais formais e protegidos pela legislação vigente, até os chamados contratos “informais”. O presente trabalho teve como objetivo analisar as formas de contratação dos ACS em municípios da região metropolitana do Recife, identificando elementos que caracterizam precarização do trabalho. Trata-se de um estudo descritivo, observacional e transversal o mesmo foi realizado através da aplicação de um questionário com gestores de Recursos Humanos de três municípios da região metropolitana do Recife-PE, participantes do Curso de Especialização em Gestão e Política de Recursos Humanos para o SUS realizado pelo Centro de Pesquisa Ageu Magalhães. O estudo teve como população os ACS dos municípios. A pesquisa foi realizada com base no ano de 2004, em virtude de serem os dados mais recentes disponíveis nas secretarias de saúde. Todos os municípios participantes assinaram um termo de consentimento livre e esclarecido. Dos questionários aplicados, observou-se que 100% das secretarias de saúde dos municípios estudados recorrem à modalidade de contratos temporários para assegurar as ações desenvolvidas mediante o Programa de Agentes Comunitários de Saúde, pode-se verificar ainda que os municípios garantem alguns direitos sociais aos ACS. No entanto as formas de vinculação utilizadas pelas secretarias de saúde destes municípios podem influenciar e interferir nos processos de trabalho. Observou-se neste estudo que as formas de vinculação de trabalho realizada entre as secretarias de saúde pesquisadas e os ACS são contratos temporários. Sabe-se que na maioria das vezes estas formas de contratação contribuem marcadamente para a precarização do trabalho do ACS. Sendo assim entende-se que essa discussão, com relação às contratações do ACS é bastante complexa, pois não se resolve o problema a partir de uma decisão de se contratar desta ou de outra forma, ela envolve vários outros setores.

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO.....	8
CARACTERIZAÇÃO DO PROBLEMA.....	8
FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA.....	9
OBJETIVOS.....	14
METODOLOGIA.....	15
RESULTADO E DISCUSSÃO.....	17
CONCLUSÃO	20
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	21

INTRODUÇÃO

CARACTERIZAÇÃO DO PROBLEMA

A noção de trabalho precário ganhou grande voga ultimamente nas discussões acerca da gestão de recursos em saúde e tem sido usada, sobretudo para denotar um “déficit de observância de direitos trabalhistas e sociais em situações de emprego mantidas pela administração pública”. Tal noção ganha hoje proeminência numa política que se dirige ao objetivo de desprecarizar o trabalho no Sistema Único de Saúde (NOGUEIRA, 2004).

A discussão do tema precarização do emprego exige que sejam consideradas algumas conexões que envolvem as relações de trabalho e poder. Sendo uma delas o contexto em que se reproduzem as relações sociais específicas no âmbito das práticas de trabalho. Essas relações ganham especificidades pelas formas como se constroem e se reproduzem por meio de elementos políticos e ideológicos.

De acordo com Lima (2004) é importante realçar que há um crescimento, e não um surgimento, dessas relações “atípicas”, “pois estas não são necessariamente novas, contêm, em linhas gerais, o caráter de precariedade do pré-assalariamento”, assumindo apenas nova visibilidade e novos significados.

Neste contexto o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), e o Programa de Saúde da Família (PSF) criados respectivamente em 1991 e 1994, com o objetivo de reorganização da prática de atenção à saúde com atividades de prevenção, promoção e recuperação da saúde, foram iniciativas que apontam de um lado para a expansão do mercado, e do outro para a reestruturação do processo de trabalho em saúde via o trabalho em equipe e criação de novas ocupações para o setor, entre elas o agente comunitário de saúde.

As características da atuação dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) exigem modalidades de contratação compatíveis com seus propósitos de trabalho, assegurando, acima de tudo, sua identificação e relacionamento com a comunidade. Não somente pela exigência de adequar as modalidades de contratação ao perfil social do agente, os dirigentes

vêm utilizando as mais diversas formas para contratar o trabalho do Agente Comunitário de Saúde (NOGUEIRA et al, 2000).

Nesse sentido reconhecendo a necessidade na urgência de medidas o Governo Federal criou na Lei 10.507, de 10 de julho de 2002 a profissão de Agente Comunitário de Saúde, no entanto a regulamentação da profissão não esgota outros problemas relacionados à inserção dessa categoria no âmbito do sistema municipal de saúde. Atualmente o Ministério da Saúde através da SEGTES (Secretaria de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde), vem desenvolvendo um conjunto de ações com o objetivo de desprecarizar o trabalho no setor saúde.

Sabendo que o estado de Pernambuco apresenta um elevado de número de Agentes Comunitários de Saúde de acordo com o CNES são 12.449 mil em outubro de 2005, torna-se pertinente realizar um estudo que faça um diagnóstico da situação em alguns municípios, analisando as formas de contratação utilizadas pelas Secretarias Municipais de Saúde, a fim de identificar se contribui para o surgimento e ou manutenção da precarização do trabalho.

FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

A expansão da assistência possibilitada pelo Programa de Agentes Comunitários de Saúde/ Programa de Saúde da Família, PACS/PSF vem garantindo a incorporação de um contingente expressivo de trabalhadores. Assim verifica-se a ocorrência de diversas modalidades de contratação com vínculos que se distribuem desde os mais formais e protegidos pela legislação vigente, até os chamados contratos “informais”.

No caso do (PACS) apesar de representar um dos grandes avanços na saúde Pública do Brasil, observou-se que seu pioneirismo dificultou a forma de contratação dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS), tornando freqüente às reivindicações pelo reconhecimento e concessão dos benefícios trabalhistas.

A atual conformação do sistema público de saúde, universal, íntegro e gratuito começou a ser construído com o processo de redemocratização do país, e antes de sua criação pela Constituição de 1988. A Constituição introduz uma perspectiva de saúde como “direito social e dever do Estado”. Desta forma o texto constitucional tem como princípios: a universalidade; equidade; integralidade; e como diretrizes a organização descentralizada

com direção única em cada esfera de governo; prioridade das atividades preventivas e sem prejuízo das atividades de assistência; controle social; financiamento público das três esferas de governo; participação da iniciativa lucrativa e filantrópica de modo auxiliar (NEGRI, 2002).

A regulação constitucional do SUS se completa, em 1990, com a edição de duas leis orgânicas. A nº 8.080, tratando do processo de descentralização, das competências das diferentes esferas de governo e da organização do sistema, e a Lei nº 8.142, que aborda sobre a participação da comunidade e os mecanismos de transferências de recursos financeiros às demais instâncias de gerência, estabelecendo a previsão de remessas regulares e automáticas do governo federal.

A partir daí a operação do sistema e a relação entre os gestores foi tratada por meio de portarias do Ministério da Saúde – as Normas Operacionais Básicas do SUS (NOB – SUS). Foram expedidas NOB em 1991, 1992, 1993, 1996. Mais recentemente foram elaboradas as Normas Operacionais da Assistência à Saúde (Noas 01/2001 e 01/2002), cuidando especificamente do regionalismo da assistência.

A NOB 01/96 dá um tratamento especial para as ações básicas de saúde e o estabelecimento apenas de dois níveis de complexidade para os municípios: a Gestão Plena de Atenção Básica e a Gestão Plena do Sistema Municipal. Esta NOB tem uma grande importância no Programa de Agente Comunitário de Saúde, pois é a partir deste momento que o Ministério da Saúde começa a incentivar com financiamento por cobertura.

O processo de descentralização orientado pela NOB 01/96 pode ser considerado como bem-sucedido em vários aspectos, mas revela também algumas fragilidades. Buscando enfrentar esses obstáculos, foi elaborada a Noas 01/01, para ampliação das responsabilidades dos municípios quanto à atenção básica e a definição de processo de regionalismo da assistência. As discussões que se seguiram levaram à elaboração da Noas 1/2, que mantém as diretrizes da anterior, aumentando o número de procedimentos do PAB e criando o Piso Assistencial Básico Ampliado; define as características das regiões de saúde estaduais; e estabelecem mecanismos de financiamento para os procedimentos de maior complexidade e custo (NEGRI, 2002).

De acordo com Souza (2002) um conjunto de modificações ocorreu no desenho e na operação da política de saúde, que permite a aceleração do processo de descentralização da

gerência e uma reestruturação nas formas de financiamento das ações de saúde e de organização dos serviços e práticas de assistência, com a fortificação da atenção básica.

O Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) do Ministério da Saúde foi criado a partir da experiência do Ceará, iniciado em 1987, como parte de um programa emergencial, em 1991, a experiência do Ceará foi institucionalizada como política oficial do Governo Federal, através do Programa de Agentes Comunitários de Saúde do Ministério da Saúde. O seu objetivo geral consistia em melhorar, através dos Agentes Comunitários de Saúde, a capacidade da população de cuidar da sua saúde, transmitindo-lhe informações e conhecimentos e contribuir para a construção e consolidação dos sistemas locais de saúde (BRASIL, 1994).

A origem do PACS está na decisão do Ministério da Saúde, em 1991, como providência para enfrentar os graves índices de morbimortalidade infantil e materna no Nordeste. Surgiu, portanto com uma clara evidência de cobertura e metas, considerando que essa região concentrava o maior percentual de população pobre e, conseqüentemente, estava mais exposta ao risco de adoecer e morrer. Mas foi a experiência de agentes comunitários do Ceará que, com pioneirismo, contribuiu decisivamente para o desenvolvimento e execução do programa nacionalmente.

Inicialmente o PACS foi implantado em 13 Estados das regiões Norte e Nordeste, posteriormente, foi estendido para as demais regiões do Brasil (CASTRO et al, 2004). De acordo com um levantamento realizado pelo Departamento de Atenção Básica /SPS do Ministério da Saúde, em junho de 2004, passados dez anos de sua implantação, são mais de 97 milhões de pessoas acompanhadas por mais de 191.000 (ACS), atuando em, aproximadamente, 5.193 municípios brasileiros.

O PACS foi pensado como uma estratégia de transição para uma outra mais abrangente o PSF – Estas duas estratégias se constituíram em caminhos possíveis no processo de reorganização da atenção à Saúde, representando uma intervenção concreta no contexto da mudança da atenção à saúde. Suas concepções buscam contribuir para a redução de graves problemas enfrentados pelos serviços públicos (BRASIL, 2004).

Desde o início da década de 90, quando o Ministério da Saúde incorporou os agentes comunitários de saúde ao Sistema Único de Saúde, ficou definido, pelo próprio Ministério e pelas secretarias municipais de saúde, que estes trabalhadores,

independentemente do nível de escolaridade, deveriam cumprir requisitos formais de: residir há pelo menos 2 anos na comunidade atuária; ter idade mínima de 18 anos; saber ler e escrever; ter disponibilidade de tempo integral para exercer suas atividades (BRASIL 2004).

De acordo com Nogueira (2000) a estratégia implementada por meio do PACS/PSF busca introduzir uma nova dinâmica de atuação nas unidades básicas de saúde, elegendo a família e seu espaço social como núcleo básico de abordagem na atenção à saúde, onde os serviços passam a buscar estratégias para desenvolver uma atenção integral à saúde de indivíduos e grupos, intervir sobre fatores de risco aos quais a população está exposta, promover parcerias por meio de ações intersetoriais e estimular o controle social. O agente comunitário de saúde atua neste contexto como membro da equipe de saúde, mas suas funções transcendem o campo da saúde, na medida que, para serem realizadas, requerem atenção a múltiplos aspectos das condições de vida da população, situados no âmbito daquilo que se convencionou chamar de ação intersetorial (NOGUEIRA, 2000).

Por outro lado, desde a implantação do PACS, os agentes comunitários de saúde vêm se organizando em busca do reconhecimento legal da profissão e, com a expansão da saúde da família e a conseqüente incorporação destes trabalhadores nas equipes multiprofissionais, houve uma ampliação das aspirações do reconhecimento de sua identidade profissional e de seus direitos trabalhistas e sociais. A organização dos agentes comunitários propiciou a edição do Decreto Federal nº 3.189/99, que fixa as diretrizes para o exercício de suas atividades e, posteriormente, a elaboração de um projeto de lei que culminou na publicação da Lei Federal nº 10.507, de 10 de julho de 2002 que cria a profissão de agente comunitário de saúde (BRASIL, 2004).

Ao longo da segunda metade dos anos 90, a vertente de estudo da força de trabalho em saúde teve que se confrontar com nova realidade social, marcada pela crescente informalidade do trabalho. O SUS seguiu a tendência geral a desregulação do trabalho, ocorrida desde então na economia brasileira e que se caracteriza por subtrair dos trabalhadores alguns dos seus direitos.

Devido a precarização das relações trabalhistas observou-se uma adoção de arranjos flexíveis de gestão na administração pública. Paralelamente, foram introduzidas novas modalidades flexíveis, terceirizadas e em parceria com instituições não-lucrativas.

De acordo com Nogueira (2004) alguns autores tendem a usar o termo precariedade como um eventual sinônimo de “trabalho flexível”. A expressão “trabalho flexível” parece ter sentidos diversos em função da posição teórico-política: a uns parece algo positivo, pois referir-se-ia à possibilidade de o trabalho ser diversificado, não monótono e não necessariamente envolver um pagamento menor que a média do mercado; a outros, negativo, pois abrangeria a flexibilidade jurídico-política do capital e do Estado de contratar e demitir trabalhadores sem obediência a certos direitos consagrados. Três principais conceituações de precariedade e informalidade do trabalho são encontradas entre os autores: 1) caracteriza uma situação de déficit ou ausência de direitos de proteção social; 2) decorre de uma instabilidade do vínculo, do ponto de vista dos interesses dos trabalhadores; 3) está associada a condições de trabalho de determinados setores da economia que criam vulnerabilidade social para os trabalhadores aí inseridos.

Segundo Nogueira, Silva e Ramos (2000), algumas das mais usuais formas de contratação do trabalho dos Agentes Comunitários de Saúde utilizadas pelas Secretarias Municipais de Saúde são: Contrato regido pela CLT com prazo indeterminado (via administração direta, via Associação e via empresa); estatutário (via administração direta); cargo comissionado (via administração direta); contrato excepcional por tempo determinado (via administração direta); contrato autônomo (via cooperativa); prestação de serviços (via administração direta). Algumas destas formas de contratação utilizadas pelas Secretarias Municipais de Saúde, em sua maioria típicas das formas de terceirização do trabalho em saúde, contribuem marcadamente para a precarização do trabalho do Agente Comunitário de Saúde.

Evidentemente, o tipo de desproteção sociolegal implicado pela noção de precariedade do trabalho está associado a certos aspectos excludentes do processo de desenvolvimento econômico, que atualmente tende a ser pautado pela globalização/mundialização do capital, com fortes influências sobre as condições individuais e coletivas de vida e de trabalho. De modo geral, as características econômicas desse tipo de desenvolvimento fazem com que o trabalhador seja levado a “aceitar” a relação contratual precária, dado que se encontra num país com considerável índice de desemprego estrutural e no qual, portanto, a outra opção é a situação de desemprego, socialmente mais excludente (NOGUEIRA, 2004).

OBJETIVOS

Geral:

- § Analisar as formas de contratação dos ACS em municípios da região metropolitana do Recife, identificando elementos que caracterizam precarização do trabalho.

Específicos:

- § Verificar as formas de contratação dos Agentes Comunitários de Saúde, nos municípios da região metropolitana do Recife;
- § Caracterizar o perfil dos Agentes Comunitários de Saúde, nos municípios da região metropolitana do Recife, quanto, ao número de ACS, modalidades de contratação;
- § Apresentar os elementos que configuram o trabalho precário, descrito na literatura social e trabalhista.

METODOLOGIA

Área de Estudo

O estudo foi realizado com três municípios da região metropolitana do Recife participantes do Curso de Especialização em Gestão e Política de Recursos Humanos para o SUS realizado pelo Centro de Pesquisa Ageu Magalhães. Foi solicitada a participação de mais dois municípios, no entanto não se conseguiu a autorização.

Trata-se de uma amostra de conveniência por serem municípios que estão envolvidos no referido curso, que compõe uma das atividades da estação pernambucana da Rede Observatórios de Recursos Humanos neste ano. É oportuno destacar que em momento anterior os municípios envolvidos nesta investigação participaram de pesquisa do observatório e expressaram preocupação e interesse sobre a temática.

População de Estudo

O estudo teve como população os ACS dos municípios da região metropolitana do Recife.

Desenho do Estudo:

Trata-se de um estudo descritivo, observacional e transversal.

Período de referência

Foi realizado com base no ano de 2004, em virtude de serem os dados mais recentes disponíveis nas secretarias de saúde dos municípios.

Variáveis:

- Porte populacional
- Número de ACS
- Cobertura do PACS
- Aspectos de seguridade
- Modalidades de contratação

Fontes de Dados:

Os dados foram coletados, através de um questionário que foi realizado com os gestores de Recursos Humanos das secretarias de saúde em estudo, dados estes referentes à : Porte populacional, cobertura do PACS, número de ACS, aspectos de seguridade e modalidades de contratação.

Plano de análise:

Para análise foram utilizadas tabelas com distribuição das frequências das variáveis. Para a apresentação dos dados de forma tabular foi utilizado o Excel 2000, produzido pela Microsoft Office

Considerações éticas

Todos os municípios participantes assinaram um termo de consentimento livre e esclarecido escrito, sendo a pesquisa encaminhada e aprovada pelo Comitê de Ética e Pesquisa do CPqAM.

RESULTADO E DISCUSSÃO

Dos questionários aplicados, observou-se que 100% das secretarias de saúde dos municípios estudados recorrem à modalidades de contratos temporários para assegurar as ações desenvolvidas mediante o Programa de Agentes Comunitários de Saúde.

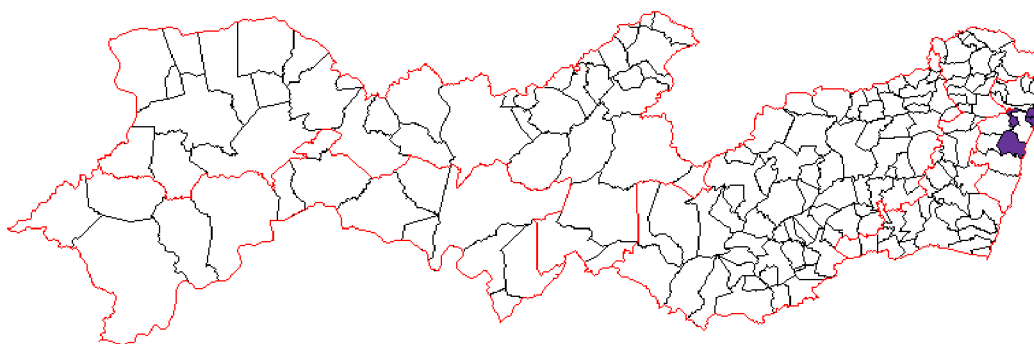


Figura 1- Municípios da região metropolitana do Recife.

Os resultados desta pesquisa corroboram com estudos realizados anteriormente (Roza e Rodrigues, 2003, Girardi e Carvalho, 2003; Castro et al 2004; Pierantoni 2005), que confirmam a situação do panorama já conhecido, onde grande parte das instituições públicas de saúde lançam mão de contratos de caráter precário, a maioria sem garantias dos direitos trabalhistas. Havendo predominância na utilização de contratos temporários.

Tabela 1 – Distribuição dos ACS segundo porte populacional e a relação ACS/habitante dos municípios da região metropolitana do Recife.

Município	População	Nº de ACS	ACS/habitante
A	640.722	495	1.294
B	294.332	689	427
C	147.058	270	545
Total	1.082.112	1454	2.266

Na tabela 1, verifica-se que dos municípios estudados apenas 33,3% apresentam relação ACS/habitante superior ao que é preconizado pelo Ministério da Saúde 1 ACS para cada 150 famílias e 750 pessoas(BRASIL, 2001).

É importante salientar que o grande número de pessoas por ACS gera uma sobrecarga de trabalho sobre os mesmos, dificultando assim os processos de trabalho, comprometendo a qualidade da atenção.

Para Organização Internacional de Trabalho (OIT), o importante é determinar o nível de vulnerabilidade dos trabalhadores, focalizando aspectos sociais e econômicos da condição de informalidade. Assim a OIT considera que o trabalho socialmente vulnerável se traduz em trabalho informal (NOGUEIRA, 2004).

Portanto, o conceito da OIT não considera os aspectos de proteção legal em termos de obediência a direitos sociais e trabalhistas, presentes na noção de precariedade do trabalho.

Quadro 1 – Situação dos vínculos dos ACS dos municípios da região metropolitana do Recife X proteção dos direitos trabalhistas e sociais.

Questões	Municípios			Total
	SIM	NÃO	Não sabe	
Salário mínimo	2	1		3
13° salário	2		1	3
Férias remuneradas	3			3
Jornada de trab n superior a 44 hrs	3			3
Repouso semanal remunerado	3			3
Remuneração de trabalho noturno > diurno	3			3
Licença a gestante 120 dias	3			3
Licença paternidade	3			3
Salário família	2	1		3
Redução riscos inerentes ao trabalho	3			3
Adicional insalubridade	1	1	1	3

Em relação aos resultados demonstrados no quadro acima, pode-se verificar que os municípios garantem alguns direitos sociais/trabalhistas aos ACS. No entanto as formas de vinculação utilizadas pelas secretarias de saúde destes municípios podem influenciar e

interferir nos processos de trabalho, gerando descompromisso, além de insegurança por parte dos trabalhadores, já que são vinculados por contratos temporários.

CONCLUSÃO

No estudo, observou-se que as formas de vinculação de trabalho realizada entre as secretarias de saúde pesquisadas e os ACS são contratos temporários. Sabe-se que na maioria das vezes estas formas de contratação contribuem marcadamente para a instabilidade dos ACS nos municípios, refletindo-se no conjunto de ações desenvolvidas pelo PACS.

A compreensão do fenômeno da precarização na administração pública, precisa ser contextualizada nas regras e exigências impostas na legislação do setor público, que gera restrições ao gestor e perdas aos trabalhadores da saúde.

Portanto, as questões relativas às contratações dos ACS nos municípios são complexas, pois não se resolve o problema a partir de uma decisão de se contratar desta ou de outra forma, ela envolve várias outras esferas de decisão, que vão além do setor saúde.

REFERÊNCIA BIBLIOGRAFICA

BRASIL. Ministério da Saúde. Programas de agentes comunitários de saúde. Brasília : Brasil . Ministério da Saúde, 1994.

BRASIL.Ministério da Saúde.Ministério da Educação. Referencial curricular para curso técnico de agente comunitário de saúde. Brasília ,2004.

BRASIL 2001b. Programa de Agente Comunitário de Saúde-PACS. Secretaria Executiva, Ministério da Saúde, Brasília.

CASTRO, L. J. VILAR, A L. R. ; FERNANDES, P. V. Precarização do trabalho do Agente Comunitário de Saúde: um desafio para a gestão do SUS, Rio Grande do Norte, 2004. Disponível em: www.observatorio.nesc.ufrn.br/artigoPolitica.php?codigo=195.

GIRARDI, S. N.; CARVALHO, C. L. Contratações e qualidade do emprego no Programa de Saúde da Família no Brasil. In: Brasil, Ministério da Saúde. Observatório de Recursos Humanos em Saúde no Brasil: estudos e análises. Org Falcão. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2003. P.157-190.

LIMA, C. J. metamorfoses do trabalho e na organização dos trabalhadores: Notas a partir de uma experiência recente. Disponível em: www.fundaj.gov.br/obsrvanordeste/obed002a.html.

NEGRI, B. Vianna, D. A. L. (Org). O Sistema Único de Saúde em dez anos de desafio: O passo a passo de uma reforma que alarga o desenvolvimento e estreita a desigualdade social. São Paulo, 2002.

NOGUEIRA, P. R. Limites críticos das noções de precariedade e desprecarização do trabalho na administração pública in: Observatório de Recursos Humanos em Saúde no Brasil: estudos e análises, Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

NOGUEIRA, P. R. SILVA, R. B. F. Z. A vinculação institucional de um trabalhador sui generis – o agente comunitário de saúde. Disponível em: www.unb.br/ceam/nesp/polrhs, 2000.

NOGUEIRA, P. R. Alternativas de vinculação Institucional para os trabalhadores do SUS in: Observatório de Recursos Humanos em Saúde no Brasil: estudos e análises, Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

PIERANTONI, C. R. Estudos sobre as formas de contratuais dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS): modalidades e alternativas de contratação. SEGETES, Brasília, 2005.

ROZA, J. R.; RODRIGUES, V. A. O Programa de Saúde da Família e a regulação dos vínculos institucionais externos. In: Brasil, Ministério da Saúde. Observatório de Recursos Humanos em Saúde no Brasil: estudos e análises. Org Falcão. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2003. P.59-74.

SOUZA, H. M. Reforma da Reforma [editorial]. Revista Brasileira de Saúde da Família. Ano II, n° 4, págs. 2-3, janeiro, 2002.

APÊNDICE

Informações gerais:

Município: _____

População: _____

Número de Agentes Comunitários de Saúde: _____

Cobertura do PACS/PSF : _____

Qual modalidade de contratação de trabalho realizada entre a secretaria municipal de saúde e o ACS?

Salário mínimo fixado em lei?

sim não

Garantia de salário nunca inferior ao mínimo para os que percebem remuneração variável?

sim não

Décimo terceiro salário com base na remuneração integral ou no valor da aposentadoria?

sim não

Remuneração do trabalho noturno superior à do diurno?

sim não

Salário –família para os dependentes do trabalhador?

sim não

Duração do trabalho normal não superior a oito horas diárias e 44 semanais?

sim não

Repouso semanal remunerado, preferencialmente aos domingos?

sim não

Remuneração do serviço extraordinário superior, no mínimo, em 50% à do normal?

sim não

Gozo de férias anuais remuneradas com, pelo menos, um terço a mais do que o salário normal?

sim não

Licença à gestante, sem prejuízo do emprego e do salário, com duração de 120 dias?

sim não

Licença paternidade, nos termos fixados em lei?

sim não

Proteção do mercado de trabalho da mulher mediante incentivos específicos nos termos da lei?

sim não

Redução dos riscos inerentes ao trabalho, por meio de normas de saúde, higiene e segurança?

sim não

Adicional de remuneração para as atividades penosas, insalubres ou perigosas na forma da lei?

sim não