



**ESTADO DO MATO GROSSO
SECRETARIA DO ESTADO DE SAÚDE
ESCOLA DE SAÚDE PÚBLICA DO ESTADO DE MATO GROSSO**

DELVAN ALVES CARDOSO

**PRECARIZAÇÃO DO TRABALHO NO SUS – ESTUDO DA FORÇA DE
TRABALHO NO HOSPITAL REGIONAL DE RONDONÓPOLIS**

**CUIABÁ
JULHO/2011**

DELVAN ALVES CARDOSO

**Precarização do trabalho no SUS – Estudo da força de trabalho no
Hospital Regional de Rondonópolis**

Monografia apresentada ao Programa de Pós-Graduação *lato sensu* da Escola de Saúde Pública do Estado de Mato Grosso, como requisito parcial à obtenção do título de Especialista em Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde.

Orientador: Prof. Dr. Antônio César Ribeiro

**CUIABÁ
JULHO/2011**

DELVAN ALVES CARDOSO

**Precarização do trabalho no SUS – Estudo da força de trabalho no Hospital
Regional de Rondonópolis**

Esta monografia foi submetida ao processo de avaliação pela Banca Examinadora
para a obtenção do título de

ESPECIALISTA EM GESTÃO DO TRABALHO E DA EDUCAÇÃO NA SAÚDE

Banca:

Prof. Dr. Antônio César Ribeiro _____

Orientador – Presidente

Profa. Dra. Leda Maria Villaça _____

Membro 1

Ms. Vanessa Thaís B. Villas Boas _____

Membro 2

**CUIABÁ
JULHO/2011**

Dedicatória

Aos meus pais, Gregório (em memória) e Alzira, dois trabalhadores semi-analfabetos que sabiam da importância que a educação tem na vida das pessoas e souberam orientar seus filhos na busca do conhecimento.

Agradecimentos

Primeiro a Deus por me dar força e sabedoria.

A minha esposa, Taís, pela compreensão e apoio nas horas em que estive ausente.

Ao professor Dr. Antônio César pela orientação.

A professora Ms. Giselle Costa que me orientou no início desta caminhada.

A Coordenação do Curso de Especialização em Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde e a Direção e Equipe da Escola de Saúde Pública do Estado de Mato Grosso pela competência com que desempenharam suas funções.

A Direção e toda Equipe do Hospital Regional de Rondonópolis pela compreensão e colaboração, principalmente na realização da pesquisa.

Aos colegas de curso, com os quais dividi dúvidas e angústias.

A todos meu muito obrigado!

Resumo

O presente estudo assume como objetivo geral caracterizar a natureza do vínculo empregatício a que estão submetidos os trabalhadores de saúde lotados e em exercício no Hospital Regional de Rondonópolis, na perspectiva do trabalho precário. Metodologia: Foi realizada uma pesquisa descritiva com delineamento transversal e abordagem quantitativa onde a população foi constituída pelo universo dos trabalhadores de saúde lotados e em exercício no hospital estudado. Os dados foram obtidos por meio da técnica de análise documental, junto ao arquivo de pessoal mantido pelo setor de recursos humanos do hospital e refere-se aos trabalhadores lotados e em exercício na Unidade no mês de maio de 2011. Resultados: Como resultados encontramos que, 28% dos trabalhadores enquadram-se na condição de trabalho precário; que os últimos trabalhadores estáveis/efetivos lotados no HRR ingressaram nos quadros de carreiras da SES-MT no ano de 2005 e que há perfil com mais de 50% da trabalhadores contratados. considerações finais: Diante da análise dos dados, a partir do conceito adotado para trabalho precário, onde consideramos que a precariedade do vínculo de trabalho não se extingue com a presença da *suposta proteção social* legalmente instituída, pudemos inferir que, há trabalhadores em condição de precariedade do vinculo atuando na Unidade estudada, uma vez que ficou clara a presença, ao longo dos anos, de trabalhadores empregados sem antes serem submetidos a concurso público, ou ainda, submetidos à regulações trabalhistas diferentes do Estatuto do Servidor Público do Estado de Mato Grosso.

Palavras Chave: Trabalho no SUS; Hospital; Precarização.

LISTA DE QUADROS

- Quadro 1** – Municípios da regional sul e números de habitantes, 2010.
- Quadro 2** - Total de trabalhadores de saúde de Rondonópolis-MT, 2011.
- Quadro 3** - Comparativo da Força de trabalho do Brasil, Mato Grosso, Rondonópolis e Hospital Regional de Rondonópolis, 2007.
- Quadro 4** - Resumo das informações colhidas referentes a composição da força de trabalho do HRR, Rondonópolis – MT, 2011.
- Quadro 5** – Distribuição por perfil dos Técnicos do SUS com relação ao vínculo, Rondonópolis – MT, 2011.
- Quadro 6** – Distribuição por perfil dos PNS do SUS com relação ao vínculo, Rondonópolis – MT, 2011.
- Quadro 7** – Distribuição do perfil médico por especialidades, Rondonópolis – MT, 2011.
- Quadro 8** – Distribuição do cargo Apoio do SUS por perfil, Rondonópolis – MT, 2011.
- Quadro 9** – Quantidade de trabalhadores ingressos por ano, Rondonópolis – MT, 2011.
- Quadro 10** – Quantidade de trabalhadores estáveis/efetivo ingressos por ano, Rondonópolis – MNT, 2011.
- Quadro 11** – Quantidade de trabalhadores contratados ingressos por ano, Rondonópolis – MT, 2011.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Faixa etária dos trabalhadores do HRR – Rondonópolis/MT - 2011.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Total de trabalhadores em exercício no HRR – distribuição por cargo. Rondonópolis – MT, 2011.

Figura 2 – Distribuição dos trabalhadores de saúde, ocupantes do Cargo de Assistente do SUS, distribuído por Perfil Profissional, Rondonópolis – MT, 2011.

Figura 3 – Distribuição dos trabalhadores de saúde, ocupantes do PNS do SUS, distribuído por Perfil Profissional, Rondonópolis – MT, 2011.

Figura 4 – Distribuição dos trabalhadores de saúde, ocupantes do Cargo de Técnico do SUS, distribuído por Perfil Profissional, Rondonópolis – MT, 2011.

Figura 5 – Distribuição dos trabalhadores de saúde, ocupantes do Cargo de Apoio do SUS, distribuído por Perfil Profissional, Rondonópolis – MT, 2011.

Figura 6 – Total geral de trabalhadores do HRR – distribuição pela natureza do vínculo, Rondonópolis – MT, 2011.

Figura 7 – Total de trabalhadores do HRR – distribuição por tipo de vínculo, Rondonópolis – MT, 2011.

Figura 8 – Total de trabalhadores do HRR – distribuição por tipo de vínculo- Técnicos do SUS, Rondonópolis – MT, 2011.

Figura 9 – Total de trabalhadores do HRR – distribuição por tipo de vínculo - PNS do SUS, Rondonópolis – MT, 2011.

Figura 10 – Ocupantes do Cargo de Apoio do SUS, distribuídos pela natureza do vínculo, Rondonópolis – MT, 2011.

LISTA DE ABREVIATURAS

CIS	Consórcios Intermunicipais de Saúde
CLT	Consolidação das Leis do Trabalho
CNES	Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
CNS	Conselho Nacional de Saúde
COFEN	Conselho Federal de Enfermagem
CONASEMS	Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde
CONASS	Conselho Nacional de Secretários de Saúde
CORES	Consórcio Regional de Saúde
CORESS	Consórcio Regional de Saúde do Sul de Mato Grosso
DEGERTS	???
HR	Hospitais Regionais
HRR	Hospital Regional de Rondonópolis
HRR	Hospital Regional de Rondonópolis Irmã Elza Giovanella
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
OIT	Organização Internacional do Trabalho
OS	Organizações Sociais
OSCIP	Organização da Sociedade Civil de Interesse Público
PPI	Programação Pactuada Integrada
RHS	Recursos Humanos em Saúde
RJU	Regime Jurídico Único
SES-MT	Secretaria de Estado de Saúde de Mato Grosso
SUS	Sistema Único de Saúde
SUS-MT	Sistema Único de Saúde do Estado de Mato Grosso
UTI	Unidade de Terapia Intensiva

Sumário

<i>Precarização do trabalho no SUS – Estudo da força de trabalho no Hospital Regional de Rondonópolis.....</i>	<i>ii</i>
<i>Precarização do trabalho no SUS – Estudo da força de trabalho no Hospital Regional de Rondonópolis.....</i>	<i>iii</i>
<i>Dedicatória.....</i>	<i>iv</i>
<i>Agradecimentos.....</i>	<i>v</i>
<i>Resumo.....</i>	<i>vi</i>
<i>Palavras Chave: Trabalho no SUS; Hospital; Precarização.....</i>	<i>vi</i>
<i>LISTA DE QUADROS.....</i>	<i>vii</i>
<i>LISTA DE TABELAS.....</i>	<i>viii</i>
<i>LISTA DE FIGURAS.....</i>	<i>viii</i>
<i>LISTA DE ABREVIATURAS.....</i>	<i>ix</i>
<i>Sumário.....</i>	<i>x</i>
<i>1. Capítulo I – Introdução.....</i>	<i>11</i>
1.1 Objeto de Estudo.....	11
1.2 Objetivos.....	12
<i>2. Capítulo II.....</i>	<i>14</i>
2.1 O Trabalho e o Trabalho em saúde.....	14
2.2. Precarização do Trabalho e Precarização do trabalho em Saúde.....	16
<i>3. Capítulo III – MÉTODO DE PESQUISA.....</i>	<i>25</i>
3.1. Cenário do estudo – o Hospital no contexto da regionalização do Sistema Único de Saúde.....	25
3.2. Hospital Regional de Rondonópolis Irmã Elza Giovanella – HRR.....	27
3.3. Metodologia.....	28
<i>4. Capítulo IV - RESULTADOS E DISCUSSÃO.....</i>	<i>30</i>
4.1. Caracterização do conjunto dos trabalhadores.....	30
4.2. A Precarização do vínculo de trabalho entre os trabalhadores do HRR.....	36
<i>5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....</i>	<i>49</i>
<i>Anexo.....</i>	<i>52</i>

1. CAPITULO I – INTRODUÇÃO

1.1 Objeto de Estudo

O presente estudo foi desenvolvido a partir da perspectiva assumida pelo Comitê Nacional Interinstitucional de Desprecarização do Trabalho no SUS (Desprecariza-SUS), em especial no que expressa o seu objetivo quinto, a saber, “realizar o levantamento das formas de precarização do trabalho no SUS” (BRASIL, 2006).

Nos últimos dez anos a população de Mato Grosso sofreu o incremento de 17%, passando de 2.504.353 para 3.033,991, segundo dados do Censo 2010 (IBGE, 2010). Tal incremento populacional refletiu diretamente na necessidade de ampliação do aparelho estatal, no sentido de suprir ou antecipar as necessidades por serviços públicos, em especial nas áreas de saúde, educação e segurança.

Especificamente na área da saúde, a inevitável expansão na oferta de serviços, com a ampliação obrigatória do número de postos de trabalho tem se dado por meio dos mais variados recursos de contratação, em detrimento da realização de concursos públicos, o que contribui para a ampliação das relações de trabalho, no setor público, que se dão ao arrepio da própria Constituição Federal.

A afirmação de que as contratações se dão ao arrepio da lei, atualmente, deve ser relativizada, considerando que a forma de acesso ao cargo público e o vínculo foram flexibilizados a partir da Emenda Constitucional nº 19, de 04 de abril de 1998, que promoveu a Reforma Administrativa do Estado Brasileiro, implementada ao longo dos anos 1990.

Em que pese a instituição de fundamentos legais que respaldam o processo de flexibilização nas relações de trabalho no setor público, o que tem despertado a preocupação e o interesse de diferentes atores sociais ligados a área da saúde, tais como o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS), o Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS) e o próprio Ministério da Saúde

está na forma e na intensidade que assumiu tais práticas, em detrimento das condições de oferta dos serviços de saúde e dos interesses da classe trabalhadora.

Tamanha a expressão que a flexibilização do trabalho assumiu no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) nos últimos dez anos tem mobilizado esforços por parte da Gestão Nacional do SUS no sentido de resignificar a gestão do trabalho por meio da instituição de políticas específicas que defendem a inserção e manutenção nos quadros do SUS apenas de trabalhadores assegurados de proteção social.

É neste cenário que realizamos o presente estudo que assumiu como questões centrais:

1. Quantos são? Quem são (cargo/perfil)? E Quais funções desenvolvem os trabalhadores de saúde do Hospital em estudo?
2. Há trabalhadores do Sistema Único de Saúde do Estado de Mato Grosso (SUS-MT), lotados e em exercício no hospital submetidos ao trabalho precário?
3. Qual a sua importância quantitativa e distribuição segundo cargo/perfil profissional, jornada semanal, tempo de serviço, função exercida, idade, sexo?

Neste sentido, ganha importância nas diferentes esferas de gestão do SUS conhecer as características do conjunto dos seus trabalhadores no sentido de identificá-los e, sobretudo, em que condições de inserção e vínculo estão submetidos.

1.2 Objetivos

O presente estudo assumiu como objetivo geral caracterizar a natureza do vínculo empregatício a que estão submetidos os trabalhadores de saúde lotados e em exercício no Hospital Regional de Rondonópolis, na perspectiva do trabalho precário. E, como objetivos específicos:

- Levantar a natureza dos vínculos entre os trabalhadores de saúde do Hospital;
- Relacionar as características dos vínculos considerando sua distribuição por cargo/perfil, função, jornada de trabalho, tempo de serviço, idade e sexo.

- Contextualizar a precarização do trabalho no setor saúde no Brasil;
- Identificar as principais formas de inserção e tipos de vínculos a que estão submetidos os trabalhadores de saúde, a partir do conceito de trabalho precário.

2. Capítulo II – Referencial Teórico

2.1 O Trabalho e o Trabalho em saúde

O trabalho, em sentido amplo, é toda a atividade humana que transforma a natureza a partir de certa matéria dada. Economicamente falando, é toda a atividade desenvolvida pelo homem sobre uma matéria prima, com ou sem a ajuda de instrumentos, tendo como finalidade produzir bens e serviços.

Leo Huberman (1986) afirma que o trabalho existe desde que o homem passou a viver em grupo, era um tipo diferente do que o conhecemos hoje, mas não deixava de ser trabalho - uma vez que o simples ato de colher frutos pode ser considerado como trabalho. Daí o entendimento de que um trabalho nunca é igual a outro, cada modalidade tem um objetivo, uma finalidade e particularidades individuais.

Como bem coloca Marx (1983) ao realizar o trabalho como condição para transformar a natureza em seu benefício, o próprio homem também se transforma, assim, “ao atuar, por meio desse movimento, sobre a natureza externa a ele e ao modificá-la, ele modifica, ao mesmo tempo, sua própria natureza.” (MARX, 1983, p.149)

Segundo Frigotto (2009), o trabalho é tido como crucial quando produz os elementos necessários e imprescindíveis à vida dos seres humanos, mas possui igual relevância quando usado para responder às necessidades intelectuais, culturais, sociais, estéticas, simbólicas, lúdicas e afetivas do homem. E as particularidades do trabalho não param por aí, “de acordo com o que produz, um trabalho difere do outro. Por exemplo, para produzir carro tem de se fazer de um certo modo; para produzir saúde, tem de se produzir de outro.” (MERHY, FRANCO, 2009).

Assim, para compreendermos o trabalho em saúde trazemos a fala de Fonseca (2007), quando considera que

(...) podemos dizer que o trabalho em saúde surge a partir do momento em que o homem procura dar respostas às suas necessidades de saúde. Precisamente, a partir do momento em que

começa a se perguntar sobre seus carecimentos e as possíveis formas de resolvê-los, e quando, com a resposta, funda e enriquece esse tipo de trabalho com as mediações que articula para satisfazer tais carecimentos. (FONSECA, 2007)

Fundamentado nesse princípio temos que “(...) o trabalho em saúde deve pautar-se pelo ‘referente simbólico’: ato de cuidar da vida, em geral, e do outro, como se isso fosse de fato a alma da produção da saúde.” (MERHY, FRANCO, 2009) O que nos leva a concordar com Ribeiro (2010, p. 14) quando assume a posição de que

(...) o trabalho em saúde torna-se essencial à vida humana e é parte integrante da produção não-material, completando-se no ato da sua produção numa relação direta entre seu agente e objeto, ou seu consumidor, sendo o produto – o cuidado a saúde – indissociável do processo que o produziu.

Assim, quando se trata de trabalho em saúde, mais do que se transformar, o trabalhador de saúde é parte fundamental do processo. Impossível de dissociá-lo. Isso nos remete a outra particularidade do trabalho em saúde, sua coletividade. “Não há trabalhador de saúde que dê conta, sozinho do mundo das necessidades de saúde, o objeto real do ‘trabalho em saúde’” (MERHY, FRANCO, 2009).

Outro aspecto relevante é a questão de o trabalho em saúde ser considerado não-produtivo o que não significa que não exige aprendizado/aperfeiçoamento, também não é sinônimo de mão de obra mais barata; simplesmente não gera um produto palpável, haja vista que o resultado do trabalho em saúde, ou seja, a restauração da saúde é consumida no momento em que é produzido.

Diante de tudo que já colocamos, torna-se interessante frisar que além da coletividade e do consumo imediato, outro referencial do trabalho em saúde é a polivalência. Ou seja, mesmo se especializando em determinada área, o trabalhador da saúde se depara com situações onde deve atuar em funções diversas. E mais, por mais qualificado que possa ser um profissional de saúde, por mais tecnologia que

exista a sua disposição, em algum momento do processo de *produção* este profissional terá que realizar o *trabalho braçal*.

Retomando a idéia de coletividade, é importante frisar a diversidade de atores/trabalhadores que compõe as equipes que atuam no trabalho em saúde. Devido a essa variedade de perfis funcionais e para fins de definição de políticas na área de Recursos Humanos em Saúde (RHS), o Ministério da Saúde através da Agenda positiva do Departamento de Gestão e da Regulação do Trabalho em Saúde dividiu os trabalhadores em grupos conceituando-os da seguinte forma:

(...)

b) profissionais de saúde são todos aqueles que, estando ou não ocupados no setor saúde, detém formação profissional específica ou qualificação prática ou acadêmica para o desempenho de atividades ligadas direta ou indiretamente ao cuidado ou às ações de saúde;

c) trabalhadores de saúde são todos aqueles que se inserem direta ou indiretamente na atenção à saúde nos estabelecimentos de saúde ou nas atividades de saúde, podendo deter ou não formação específica para o desempenho de funções atinentes ao setor;

d) trabalhadores do SUS são todos aqueles que se inserem direta ou indiretamente na atenção à saúde nas instituições que compõem o SUS, podendo deter ou não formação específica para o desempenho de funções atinentes ao setor. O mais importante para esta definição é a inserção do trabalhador no SUS; (BRASIL, 2009 p. 66)

Será com base nestas definições que seguiremos nosso estudo sobre a força de trabalho no Hospital Regional de Rondonópolis (HRR), uma vez que naquela unidade encontraremos agentes que se enquadram em uma ou até em mais de uma das definições acima.

2.2. Precarização do Trabalho e Precarização do trabalho em Saúde

Há muito a precarização do trabalho deixou de ser assunto novo. Pode ser vista e sentida por trabalhadores de diversos segmentos e avaliada por toda a população quanto à qualidade dos serviços oferecidos. Mas o que é trabalho precário? O que significa?

Conceitualmente não se tem uma definição precisa para o assunto. Não há um significado padrão. O que temos são componentes ideológicos formulados ou, reformulados de acordo com a área em questão. Existem autores que relacionam o termo à exploração, outros a perdas de direitos e ainda tem aqueles que defendem a idéia de que se trata de trabalho flexível.

Para entendermos sobre flexibilidade do trabalho recorreremos aos escritos de Ricardo Antunes (1995), o qual sugere que tal modalidade surge com a crise do modelo de produção *fordista* por volta do ano de 1973; crise esta motivada/agravada por um novo modelo de produção pautado na “descentralização produtiva e avanço tecnológico” (ANTUNES, 1995. p. 20), o *toyotismo*, modelo de produção desenvolvido no Japão e idealizado pelo engenheiro Taiichi Ohno (1912 – 1990).

Com essa nova modalidade de produção, cujo diferencial eram produções inéditas e em tempo real, uso massificado da tecnologia e redução da mão de obra, o que aconteceu foi, inevitavelmente, uma crise nas organizações de trabalhadores, haja vista que estes deixaram de ser vinculados às grandes empresas e passaram a ser, em sua maioria, prestadores de serviços, parte deles responsáveis pela sua própria produção. A política agora era “(...) empregar cada vez mais uma força de trabalho que entra facilmente e é demitida sem custos (...)”. (ANTUNES, 1995 p. 44) Ou seja, mantém-se o menor vínculo possível com o trabalhador e, quando este já não é mais interessante, é descartado.

Através deste novo modelo de produção – toyotismo – houve um crescimento exarcebado do chamado *setor de serviços*, largamente difundido nos dias atuais e, uns dos focos de precarização do trabalho; são frutos do Neoliberalismo, um modelo político/econômico tido como uma versão agressiva do sistema capitalista, concebido para maximizar lucros, potencializar as capacidades individuais e inevitavelmente, transpor fronteiras e instituir o que passou a ser conhecido como Globalização. Este novo modelo político/econômico sugere que o Estado seja mínimo, devendo permitir que o mercado se auto regule, limitando-se à manutenção da segurança pública e à preservação da propriedade privada.

Segundo Rizzotto (2009), no Brasil o neoliberalismo teve como pano de fundo o discurso da necessidade de modernização do país, iniciando em 1989 e se

aprofundando nas décadas seguintes, 1990 e 2000. Primeiramente voltou-se para as reformas econômicas, privatizando empresas estatais e instituindo políticas sociais focalizadas; Posterior a isso deu-se início, através do Plano Diretor, a uma ampla Reforma do Aparelho do Estado.

(...) A implementação de reformas administrativas e gerenciais permitiria a focalização da ação estatal no atendimento das necessidades sociais básicas, reduzindo a área de atuação do Estado por meio de três mecanismos: a privatização (venda de empresas públicas), a publicização (transferência da gestão de serviços e atividades para o setor público não-estatal) e a terceirização (compra de serviços de terceiros). (RIZZOTTO, 2009)

Segundo Antunes (2001, p 35) “o neoliberalismo e a reestruturação produtiva” no momento histórico que ele denomina de “era da acumulação flexível”, é responsável dentre, “tantos aspectos nefastos”, por uma gigantesca onda de desemprego e uma enorme precarização do trabalho. Afirma, usando dados da Organização Internacional do Trabalho (OIT), que essa forma de “sociabilidade desemprega ou precariza mais de 1 bilhão e 200 milhões de pessoas, *algo em torno de um terço da força humana mundial que trabalha.*” (ANTUNES ,2001, p 36). Estas são apenas algumas das considerações que podem ser feitas sobre o tema.

O Setor Público brasileiro também foi atingido por essa onda de precarização. O marco inicial desse processo se deu como já vimos durante a chamada Reforma Administrativa do Estado ocorrida ao longo dos anos 1990 através da Emenda Constitucional nº 19, de 04 de abril de 1998, quando a não observância aos direitos trabalhistas e não realização de concursos públicos ganhou força. As Reformas tinham como objetivos gerais, delimitar e redefinir o papel regulador do Estado, através de programas de privatização e terceirização. Assim, como bem coloca Fonseca (2007), o Estado deveria ser mínimo, na garantia dos direitos sociais dos trabalhadores e nos gastos públicos sociais e, máximo, para garantir a liberalização e desoneração do capital, aumentando a sua competitividade no mercado internacional.

No Brasil o foco central da reforma da década de 90, na prática, estabeleceu metas para privatização de um lado e, de outro, a flexibilização da gestão, principalmente das relações de trabalho. A autonomia financeira e administrativa alcançada por esta modalidade de gestão poderia romper com a estabilidade do regime jurídico único

(RJU), possibilitando a dotação de mecanismos mais eficientes para contratações e dispensas na máquina pública em benefício de uma maior eficiência. (PIERANTONI, 2001 p. 06)

Conforme considerado em Pierantoni (2001), temos a impressão que o governo usou a lei também para romper com a estabilidade do Regime Jurídico Único (RJU), que após a Constituição de 1988 se tornou a única forma de ingresso no serviço público.

Art. 37 II - a investidura em cargo ou emprego público depende de aprovação prévia em concurso público de provas ou de provas e títulos, de acordo com a natureza e a complexidade do cargo ou emprego, na forma prevista em lei, ressalvadas as nomeações para cargo em comissão declarado em lei de livre nomeação e exoneração; (Brasil, 1988)

Havendo desrespeito a esta norma há também a caracterização do trabalho precário, isso segundo Roberto Passos Nogueira, o qual acredita que trabalho precário está ligado a um déficit na observância de direitos trabalhistas e sociais em situações de emprego mantidas pela administração pública (NOGUEIRA, et al. 2004). Podendo ser caracterizado de três formas:

- 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. (NOGUEIRA, 2004. p. 4)

Ainda segundo Nogueira (2004) a OIT adota este último item como definição de trabalho precário. Nesse sentido, ela considera que a precariedade não está somente na ausência de direitos ou mesmo na instabilidade do vínculo, “mas pelo fato de que esses empregos são facilmente destruídos pela falta de vigor e competitividade do setor econômico que os gera.” (NOGUEIRA, 2004)

Para Pires (2009), “precarização’ é um termo amplo que se unifica pelo sentido de perda de direitos”. Essa definição é baseada em leituras relativas aos

acontecimentos do final dos anos 1960 com a crise do modelo fordista, onde, segundo a autora, os empregadores passaram a questionar e até recusar os direitos conseguidos pelos trabalhadores e que faziam parte do chamado Estado de Bem-Estar Social (*Welfare State*), adotando um novo modelo de políticas tais como: terceirização de alguns serviços, expediente em meio período, entre outras formas de contratação (PIRES, 2009).

Assim, afirma Nogueira (2004, p. 22), “a forma predominante de trabalho irregular no setor público é aquela que decorre da contratação sem obediência ao requisito constitucional de concurso ou seleção pública”. E isso independe da modalidade de remuneração adotada pelo gestor.

Essa questão tem que ser esclarecida, pois são várias as formas pelas quais acontece o ingresso de trabalhadores irregulares no serviço público, dentre elas está a terceirização. Ao terceirizar serviços, o Estado cria entre seus agentes, desigualdades de direitos. Primeiro porque permite a contratação de trabalhador público sem observar a necessidade de submissão a concurso público, e depois porque o trabalhador ingresso via empresa terceirizada, não possui estabilidade de emprego e via de regra, recebe vencimentos menores que os servidores efetivos. O que não significa dizer que o Governo paga pouco às empresas prestadoras de serviço, pois depois de analisar os dados referentes aos gastos com pessoal em municípios de 2000-2003, apresentados pela Finanças do Brasil do Ministério da Fazenda e, tendo como parâmetros a Lei Complementar Nº 101/2000 (a lei de responsabilidade fiscal), Nogueira (2006, p. 8) conclui que

(...) não ocorreu em anos recentes uma limitação efetiva do total das despesas com pessoal nos municípios, a não ser com respeito ao segmento formal e permanente da força de trabalho desse setor público. O segmento informal e/ou temporário, dos trabalhadores vinculados mediante contratos de terceirização e por tempo determinado, tem obtido aumentos constantes de despesas em termos reais. O que se pode argumentar, então, é que os recursos usados para contratar pessoal terceirizado e temporário poderiam estar sendo usados para aumentar o contingente do pessoal efetivo, sem que isso implique em elevação significativa dos percentuais de despesas que já estão em prática. Essa conclusão está em conformidade com a experiência reconhecida do governo federal, comprovando que não se trata, de modo algum, de uma tendência isolada da esfera municipal: de fato, as três esferas de governo

aumentaram seus gastos com terceirizados e temporários ao longo dos anos 2000.

Com base nessa discussão fica a pergunta: se os gastos não aumentariam, por que então os Governos preferem terceirizar em vez de realizar concursos?

Outra corrente de pensamento defende que a terceirização não caracteriza trabalho precário, uma vez que os trabalhadores são contratados sob o regime da Consolidação das Leis do Trabalho (CLT) e mantém então, a garantia dos seus direitos sociais. Esta linha de pensamento é frontalmente atacada por Fonseca (2007, p. 147) que afirma

(...) o fato de existir cobertura social legalmente exigida não é suficiente para caracterizar o trabalho como regular. Assim, a contratação sem concurso público pode caracterizar um trabalho como precário, pois o trabalhador é absorvido de forma irregular, ou seja, seu vínculo com o Estado não tem base legal. A terceirização pode ser então associada à precarização, pois configura fraude à lei, já que ofende o inciso II do artigo 37 da Constituição Federal, que determina a realização de concurso público para provimento de cargo na administração pública. (grifo do autor)

Vale lembrar que a terceirização não é a única forma irregular de ingresso no serviço público. Há também as contratações temporárias por tempo determinado ou indeterminado. E mais, uma vez inserido precariamente em um determinado vínculo, dificilmente tal situação será revertida, haja vista que, se houver uma tentativa de desprecarização, a ação pode atingir somente aos vínculos, dificilmente aos trabalhadores; pois ao realizar um concurso (que deve ser público) o Estado não tem como garantir ao trabalhador, hora precarizado, que seu vínculo se tornará legal em todos os sentidos. Vejamos o que afirma Nogueira (2004, p. 27)

Há uma única maneira de entrada regular ao serviço público, que é a submissão a um concurso público. Mas, neste caso, cria-se um vínculo novo, regular, não havendo um prolongamento do vínculo anterior, que era juridicamente nulo. **Portanto, não se pode garantir aos trabalhadores admitidos sem concurso público que seu vínculo de trabalho será regularizado por um processo de desprecarização comandado pelo Governo.** Isto pode gerar nos trabalhadores a ilusão de que é possível existir uma política pública capaz de corrigir uma situação inconstitucional. (grifo do autor)

Na área da saúde a precarização é latente e também possuem suas especificidades. Aqui também as Reforma do Aparelho do Estado, ocorridas na década de 90 deixaram marcas.

(...) O sucateamento da rede assistencial, a baixa remuneração dos profissionais de saúde e a flexibilização das relações de trabalho são fatores decorrentes da insistência dos definidores da política econômica que priorizam os compromissos com as finanças internacionais em detrimento das políticas sociais. Nesse sentido, cresce a ruptura com os preceitos constitucionais que estabelecem a saúde como direito de todos e dever do Estado, baseados nos princípios da universalidade e igualdade (FONSECA. org, 2007 p. 144).

Pires (2009) traz que, na opinião do Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS) e o Conselho Nacional dos Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS), o trabalho precário está relacionado aos vínculos de trabalho no Sistema Único de Saúde (SUS) que não garantem os direitos trabalhistas e previdenciários consagrados em lei. Essa característica possibilita, dentro do mesmo sistema (SUS), diversas formas de vínculos empregatícios, quando deveria ser apenas dois, o estatutário e o celetista, como traz a Constituição Brasileira de 1988.

No mesmo texto, a autora aponta que, para as entidades sindicais que representam os trabalhadores que atuam no SUS o trabalho precário está caracterizado não apenas como ausência de direitos trabalhistas e previdenciários consagrados em lei, mas também como ausência de concurso público ou processo seletivo público para cargo permanente ou emprego público no SUS. (PIRES, 2009)

O Estado se manifesta por meio do Comitê Nacional Interinstitucional de Desprecarização do Trabalho no SUS (DesprecarizaSUS) que “é uma estratégia de ação do governo federal cujo objetivo é a desprecarização dos vínculos de trabalho na saúde” (BRASIL, 2006 p. 13). Traz praticamente as mesmas definições acima, entretanto o programa trabalha com o entendimento de que trabalho precário só é aquele cuja *Proteção Social* é desrespeitada, entendendo com *Proteção Social* o pleno gozo de direitos trabalhistas e previdenciários, e acrescenta: (...) “os únicos

vínculos trabalhistas que garantem proteção social são o estatutário e o celetista”. (BRASIL, 2006 p.14)

Contudo, há autores que discordam frontalmente da exclusão dos celetistas do rol do precarizados. Fonseca (2007), por exemplo, coloca que “o fato de existir cobertura social legalmente exigida não é suficiente para caracterizar o trabalho como regular”. E acrescenta que “a contratação sem concurso público pode caracterizar um trabalho como precário” (FONSECA, 2007 p. 147). Considerando isso, a autora assume a posição de que, ao ingressar no funcionalismo público sem submeter-se a concurso, o trabalhador é tido como irregular, seu vínculo com o Estado não adquiriu base legal.

No caso do Ministério da Saúde, a precariedade do trabalho relaciona-se com alguma irregularidade no que diz respeito à situação de desobediência às normas vigentes do direito administrativo e do direito do trabalho. O trabalho precário pode ser definido como uma situação de desproteção social, exercido sem os direitos inerentes ao tipo de contrato firmado. Entretanto, **do ponto de vista da administração pública, proteção social não significa somente o pleno gozo dos direitos laborais.** (FONSECA, 2007) grifo do autor!

Convém observar que, nem bem havia sido criado, os estudos sobre a força de trabalho em saúde no SUS, realizados a partir da segunda metade dos anos 1990, já se confrontava com uma nova realidade social, marcada pela crescente informalidade do trabalho. Isso se deve, como já mencionamos, às inovações trazidas pela Reforma Administrativa do Estado. O SUS seguiu a tendência geral de desregulamentação e flexibilização do trabalho, ocorrida na economia brasileira que tinha e ainda tem como característica a subtração de alguns direitos dos trabalhadores.

Segundo o Desprecariza-SUS (BRASIL, 2006) estima-se que 600 mil trabalhadores, 30% da força de trabalho do SUS, encontra-se em situação de precariedade com relação ao vínculo de trabalho junto a esse sistema.

E em Mato Grosso, em especial nos Hospitais Regionais, a situação se repete, parte da mão de obra é constituída de trabalhadores com contratos temporários, portanto precários (segundo as definições acima). E não estamos nos

referindo apenas às áreas meio (administração, manutenção, limpeza e segurança), mas a área fim (atendimento a usuários); são profissionais da saúde tais como: médicos, enfermeiros, fisioterapeutas e outros trabalhadores do SUS de nível técnico. Estes são contratados diretamente pela Secretaria de Estado de Saúde de Mato Grosso (SES/MT), por Organizações Sociais (OS), Organização da Sociedade Civil de Interesse Público (OSCIP) e Consórcios Intermunicipais de Saúde (CIS). Uns preservam direitos trabalhistas básicos, já outros não tem nenhuma garantia no emprego. Sobre isso Nogueira (2004), analisa da seguinte forma:

Os pressupostos de natureza jurídica envolvidos nessa discussão têm sido mais ou menos os seguintes: a) existem direitos consagrados na Constituição que se aplicam a todo trabalhador, seja do setor público, seja do privado; por exemplo, férias, décimo terceiro salário, licença maternidade, aposentadoria, etc.; b) o Estado como empregador, mais do que qualquer agente privado, deveria garantir a seus empregados estes direitos associados ao trabalho. No entanto, no SUS, uma parte substantiva da força de trabalho (que se calcula entre 30 e 50% dos empregados) não usufrui destes direitos, o que caracteriza uma situação absurda de precariedade criada e mantida pela administração pública; c) é necessária uma política de recursos humanos que promova a desprecarização desses vínculos de trabalho em todo o SUS e, portanto, sustente a plena observância dos direitos dos trabalhadores no setor. (NOGUEIRA, 2004)

Dessa forma podemos sugerir que a flexibilização das relações de trabalho possibilitou compor a força de trabalho dos Hospitais Regionais do Estado de Mato Grosso. Hoje é comum e quase regra a terceirização dos serviços da área sistêmica tais como: segurança, limpeza, lavanderia e manutenção. E a celebração de contratos temporários de trabalhos para suprir a falta de pessoal efetivo/estável.

3. CAPITULO III – MÉTODO DE PESQUISA

3.1. Cenário do estudo – o Hospital no contexto da regionalização do Sistema Único de Saúde

A constituição Federal Brasileira de 1988 na Seção II, que trata de assuntos relacionados à saúde define, no Artigo 198 como se darão as ações no SUS.

Art. 198. As ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes:

- I - descentralização, com direção única em cada esfera de governo;
- II - atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais;
- III - participação da comunidade.

(...) (BRASIL, 1988)

A Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990 regulamenta, em seu artigo 7º, as diretrizes previstas no artigo 198 da Constituição Federal.

Art. 7º As ações e serviços públicos de saúde e os serviços privados contratados ou conveniados que integram o Sistema Único de Saúde (SUS), são desenvolvidos de acordo com as diretrizes previstas no art. 198 da Constituição Federal, obedecendo ainda aos seguintes princípios:

(...)

IX - descentralização político-administrativa, com direção única em cada esfera de governo:

- a) ênfase na descentralização dos serviços para os municípios;
- b) regionalização e hierarquização da rede de serviços de saúde;

(...) (BRASIL, 1990)

Posterior a isso temos a Norma Operacional Básica – SUS 01/93, cujo objetivo é disciplinar o processo de descentralização da gestão das ações e serviços de saúde na perspectiva de construção do Sistema Único de Saúde

(...)

f) o objetivo mais importante que se pretende alcançar com a descentralização do SUS é a completa reformulação do modelo assistencial hoje dominante, centrado na assistência médico-hospitalar individual, assistemática, fragmentada e sem garantia de qualidade, deslocando o eixo deste modelo para a assistência integral universalizada e equânime, regionalizada e hierarquizada, e para a prática da responsabilidade sanitária em cada esfera de governo, em todos os pontos do sistema.

g) a regionalização deve ser entendida como uma articulação e mobilização municipal que leve em consideração características geográficas, fluxo de demanda, perfil epidemiológico, oferta de serviços e, acima de tudo, a vontade política expressa pelos diversos municípios de se consorciar ou estabelecer qualquer outra relação de caráter cooperativo. (BRASIL, 1993)

É neste contexto onde “a regionalização objetiva garantir o direito à saúde da população, reduzindo as desigualdades sociais e territoriais, por meio da identificação e reconhecimento das Regiões de Saúde” que está inserido o Hospital Regional de Rondonópolis “Irmã Elza Giovanella” e os demais Hospitais Regionais (HR) do Estado de Mato Grosso (BRASIL 2006. p. 15).

Estes estabelecimentos de saúde recebem o nome de Hospitais Regionais (HR) porque atendem a população de determinada região. São instalados estrategicamente em determinado município constituído-se em referência à atenção terciária para as cidades vizinhas. A demanda é organizada pelas Centrais de Regulação que se orientam, também pela Programação Pactuada Integrada (PPI) que,

É um processo instituído no âmbito do SUS que, em consonância com o planejamento, define e quantifica as ações de saúde para atendimento das populações residentes nos territórios, bem como efetiva os pactos intergestores que objetivam garantir o acesso da população aos serviços de saúde. (BRASIL 2006. p. 30)

Outra característica do processo de regionalização da saúde é a união dos municípios em forma de consórcio, onde buscam diminuir os custos de manutenção dos atendimentos especializados, contudo não é obrigatório estar ligado a algum consórcio para usar os serviços oferecidos pelos HR, mas é interessante a pactuação em PPI.

Atualmente os HRs geridos diretamente pela SES-MT, estão localizados nas cidades de Cáceres, Colíder, Rondonópolis e Sorriso. Juntos, atendem uma parcela significativa da população mato-grossense, cerca de 1.218.495 habitantes (IBGE, 2010), o que representa 40% da população do Estado.

3.2. Hospital Regional de Rondonópolis Irmã Elza Giovanella – HRR

Idealizado no fim da década de 1980 e inaugurado em 03 de abril de 2002 o Hospital Regional de Rondonópolis **Irmã Elza Giovanella – HRR** é a primeira e, no momento, a única unidade hospitalar de natureza pública responsável pela prestação de serviços de saúde de média e alta complexidades na região sul de Mato Grosso, sendo referência direta para 19 municípios que somam uma população aproximada de 450.000 habitantes, conforme demonstrado no Quadro 1.

Município	Total da população 2010
Alto Araguaia	15.670
Alto Garças	10.321
Alto Taquari	8.100
Araguainha	1.095
Campo Verde	31.612
Dom Aquino	8.131
Guiratinga	13.867
Itiquira	11.493
Jaciara	25.666
Juscimeira	11.434
Paranatinga	19.280
Pedra Preta	15.693
Poxoréo	17.602
Primavera do Leste	52.114
São José do Povo	3.601
São Pedro da Cipa	4.142
Rondonópolis	195.550
Santo Antônio do Leste	3.757
Tesouro	3.437
Total	452.565

Fonte: Censo 2010 IBGE/ SISPP/2008

Quadro 1 – Municípios da regional sul e números de habitantes, 2010.

O Hospital está credenciado para receber internações de média e alta complexidades nas especialidades de: Bucomaxicilo Facial, Cardiologia, Cirurgia Geral, Cirurgia Pediátrica, Cirurgia Plástica, Cirurgia Vascular, Endocrinologia, Infectologia, Clínica Geral, Nefrologia, Neurocirurgia, Neurologia, Oftalmologia, Ortopedia/Traumatologia, Otorrinolaringologia, Pediatria, Urologia.

Analisando a história do Hospital descobrimos que, de sua inauguração em 2002, até o início de 2004, a Unidade contava apenas com 64 leitos hospitalares divididos em: 20 leitos clínica cirúrgica; 16 leitos clínica ortopédica; 22 leitos clínica pediátrica e 06 leitos de UTI Adulto; A partir de fevereiro de 2004 passou a contar com 138 leitos. Estes foram divididos em: 36 leitos clínica cirúrgica; 26 leitos clínica ortopédica; 32 leitos clínica pediátrica; 34 leitos clínica médica e 10 leitos UTI Adulto;

A Unidade Hospitalar encerrou o ano de 2010 com 115 leitos ativos. Um quadro profissional com 646 trabalhadores, entre efetivos/estatutários e contratados. Conta ainda com 04 Diretores e 04 Gerentes, além de 38 médicos prestadores de serviço e 74 colaboradores terceirizados nos serviços de vigilância, limpeza e lavanderia, totalizando 766 trabalhadores.

3.3. Metodologia

Trata-se de uma pesquisa descritiva com delineamento transversal e abordagem quantitativa.

A população foi constituída pelo universo dos trabalhadores de saúde lotados e em exercício no hospital estudado.

Considerando a existência de trabalhadores que mantém vínculo com empresas prestadoras de serviços (postos de trabalho terceirizados), a amostra foi definida por 100% dos trabalhadores de saúde que mantém vínculo empregatício direto com a Secretaria de Estado de Saúde de Mato Grosso (SES-MT) ou Consórcio Regional de Saúde (CORES), que totalizou 640 trabalhadores.

Os dados foram obtidos por meio da técnica de análise documental, junto ao arquivo de pessoal mantido pelo setor de recursos humanos do hospital e refere-se aos trabalhadores lotados e em exercício naquela Unidade no mês de maio de 2011.

Após o levantamento das fichas funcionais dos trabalhadores, os dados foram coletados, digitados e armazenados com os recursos do Microsoft Excel, sendo constituído um banco de dados para, posteriormente, serem analisados considerando sua distribuição e valores médios.

Em todas as etapas do estudo foram considerados os dispositivos constantes na Resolução CNS No. 196/96. Neste sentido, o projeto de pesquisa foi submetido ao Comitê de Ética com Pesquisa com Seres Humanos da Secretaria de Estado de Saúde de Mato Grosso e foi aprovado com protocolo N^o. 573/2011.

4. CAPÍTULO IV - RESULTADOS E DISCUSSÃO

Neste capítulo traremos a caracterização geral do conjunto dos trabalhadores de saúde do hospital estudado para, posteriormente, contextualizá-lo à luz da literatura que trata da precarização do trabalho no Sistema de Saúde brasileiro.

4.1. Caracterização do conjunto dos trabalhadores

A carreira dos trabalhadores e profissionais de saúde do SUS-MT é constituída por quatro cargos amplos, a saber: Profissional de Nível Superior do SUS, Técnico do SUS, Auxiliar do SUS e Apoio do SUS.

A figura 1 traz a distribuição percentual, por cargo, do conjunto dos trabalhadores de saúde lotados no HRR, evidenciando uma distribuição relativamente maior para o cargo de Assistente do SUS, que reúne os perfis profissionais próprios dos profissionais de saúde de nível auxiliar e de trabalhadores da saúde cuja escolaridade deve chegar ao ensino médio completo, porém sem profissionalização técnica.

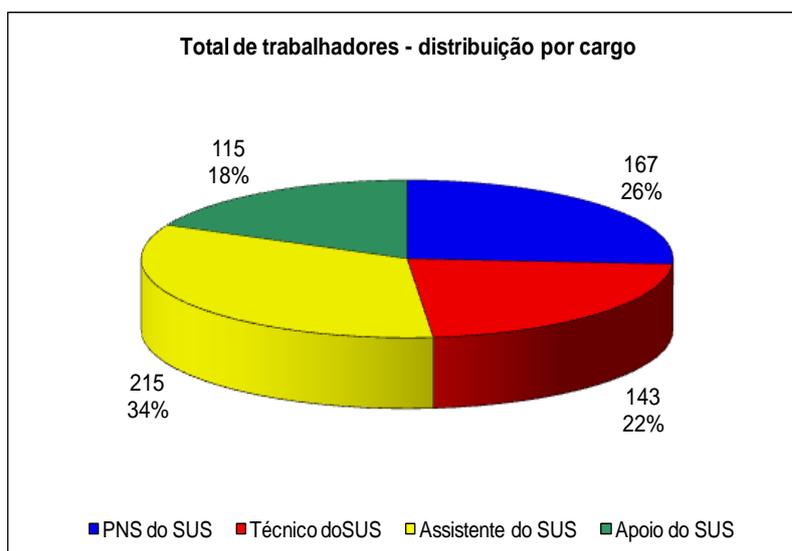


Figura 1 – Total de trabalhadores em exercício no HRR – distribuição por cargo. Rondonópolis – MT, 2011.

Os Indicadores para a Gestão do Trabalho e Educação em Saúde (BRASIL, 2007) afirmam que existiam no município de Rondonópolis 1.978 trabalhadores da saúde inscritos no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) em 2007, distribuídos da seguinte forma:

Nível Superior	Nível Técnico /Auxiliar	Qualificação Elementar	Nível Administrativo	Total
654	597	281	455	1.987

Fonte: Indicadores para a Gestão do Trabalho e Educação em Saúde (BRASIL, 2007)

Quadro 2 - Total de trabalhadores de saúde de Rondonópolis-MT, 2011.

Usamos estes números para fazer um comparativo entre os dados do Brasil, Mato Grosso, Rondonópolis e aqueles lotados no Hospital Regional de Rondonópolis.

Unidade / Qualificação	Nível Superior	Nível Técnico /Auxiliar	Qualificação Elementar	Nível Administrativo	Total
Brasil	870.361	751.730	294.551	650.052	2.566.694
Mato Grosso	10.891	10.231	6.050	10.053	37.225
Rondonópolis	654	597	281	455	1.987
HRR	167	263	0	210	640

Fonte: Indicadores para a Gestão do Trabalho e Educação em Saúde (BRASIL, 2007)

Quadro 3 - Comparativo da Força de trabalho do Brasil, Mato Grosso, Rondonópolis e Hospital Regional de Rondonópolis, 2007.

Analisando o quadro acima podemos constatar que o total de trabalhadores de Mato Grosso representa 1,5% do total do Brasil e que Rondonópolis concentra 5% da força de trabalho do Mato Grosso; enquanto que o HRR emprega 32% dos trabalhadores de saúde em Rondonópolis. Se fizermos a proporção HRR / MT, veremos que 2% da força de trabalho do Estado se encontra neste estabelecimento de saúde. Isto faz do Hospital Regional de Rondonópolis um importante agente econômico para a cidade, além de ser referência em saúde para a região sul de Mato Grosso.

Na análise seguinte passaremos a detalhar as informações colhidas no HRR referente a força de trabalho.

Cargo	Total	Sexo		Natureza do Vínculo				Regime de Trabalho			Relação % por cargo
		M	F	Estável / Efetivo	Contrato SES	Contrato Consórcio	Outros	20 h	30 h	40 h	
PNS do SUS	167	73	94	109	33	21	4	2	47	118	26,1%
Técnico do SUS	143	34	109	73	29	41	0	0	52	91	22,3%
Assistente do SUS	215	40	175	185	0	27	3	2	32	181	33,6%
Apoio do SUS	115	32	83	87	0	28	0	0	8	107	18,0%
Total	640	179	461	454	62	117	7	4	139	497	100,0%

Quadro 4 - Resumo das informações colhidas referentes a composição da força de trabalho do HRR, Rondonópolis – MT, 2011.

Como vimos no quadro 4, o maior número de trabalhadores por cargo é composto pelos Assistentes do SUS, dos quais 50% têm o perfil de auxiliar em enfermagem. Porém, em virtude da Resolução COFEN N° 276/2003, que determina que os profissionais auxiliares em enfermagem formados a partir de 16 de junho de 2003 teriam prazo de 05 anos para fazer a complementação para técnico em enfermagem, fez com que todos os trabalhadores deste perfil em exercício no HRR cursassem a complementação para técnico em enfermagem. A partir de então, desenvolvem as mesmas atividades que os técnicos, mas são enquadrados um nível abaixo na carreira da SES-MT e recebem vencimentos menores que os pagos aos ocupantes do cargo de técnico.

Completam o cargo dos Assistentes do SUS, além dos Auxiliares de Enfermagem, os Assistentes Administrativos, Auxiliares de Laboratório, Motorista, Auxiliares de Farmácia e Auxiliares de Radiologia.

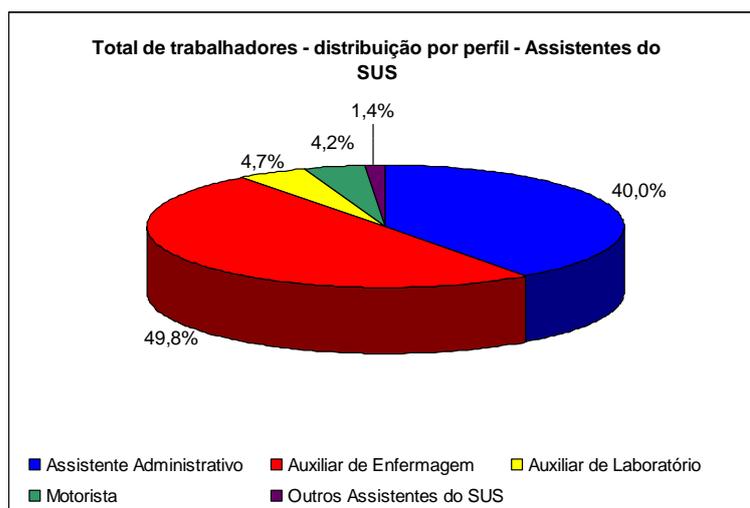


Figura 2 – Distribuição dos trabalhadores de saúde, ocupantes do Cargo de Assistente do SUS, distribuído por Perfil Profissional, Rondonópolis – MT, 2011.

Os Profissionais de Nível Superior do SUS pertencem a segunda categoria mais volumosa dentro da unidade, contrariando a pesquisa do DEGERTS (BRASIL, 2007) onde os profissionais de nível superior ocupam posição majoritária do quantitativo de recursos humanos levantados neste estudo. Os PNS SUS do HRR são compostos por: Assistente Social, Enfermeiro, Farmacêutico, Fisioterapeuta, Médico, Nutricionista, Psicólogo, Contador, Fonoaudiólogo, Biólogo e Técnico de Assuntos Culturais e Educacionais, conforme percentuais ilustrados abaixo (figura-3).

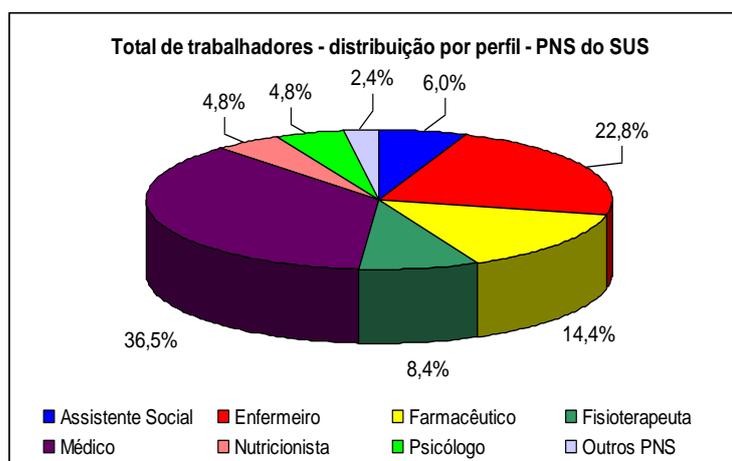


Figura 3 – Distribuição dos trabalhadores de saúde, ocupantes do PNS do SUS, distribuído por Perfil Profissional, Rondonópolis – MT, 2011.

A figura 4 mostra que a maior força de trabalho entre os PNS do SUS é formada por médicos, cuja predominância ainda é masculina, 85%, contra 15% feminina. Entretanto, nos perfis de Assistente Social e Nutricionista 100% da força de trabalho do HRR é feminina.

Já entre os trabalhadores de nível técnico, predomina o sexo feminino 76%. É onde temos o menor número de trabalhadores enquadrados no regime de trabalho de 40 horas semanais (63%).

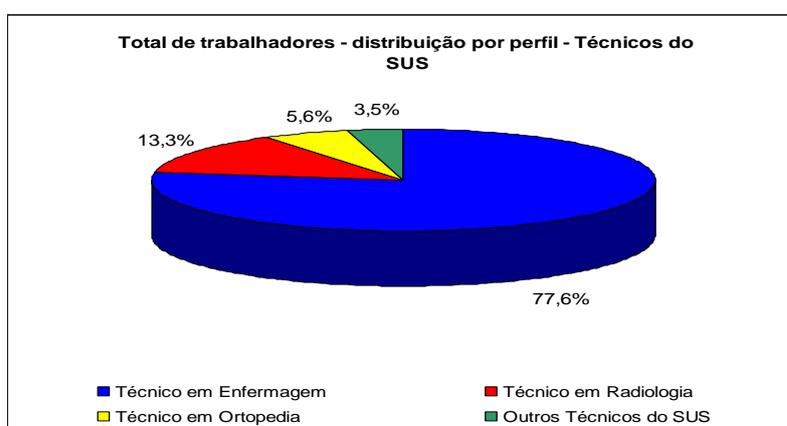


Figura 4 – Distribuição dos trabalhadores de saúde, ocupantes do Cargo de Técnico do SUS, distribuído por Perfil Profissional, Rondonópolis – MT, 2011.

Além de possuírem a maior categoria individual do HRR, os técnicos em enfermagem, que representam 17% do total de trabalhadores da unidade, mantêm o maior número de trabalhadores contratados neste cargo (49%). Os perfis do cargo são: Técnico em Enfermagem, Técnicos de Radiologia, Técnicos em Ortopedia e Técnicos de Laboratório.

Já o cargo de Apoio do SUS é composto por: Copeira, Cozinheira, Oficial de Manutenção, Serviços Gerais e Vigia e estão distribuídos conforme percentuais mostrados na figura seguinte (figura 5).

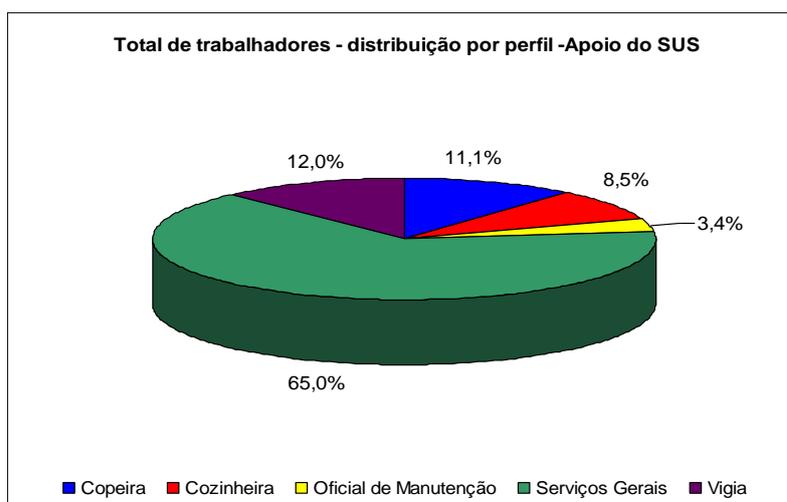


Figura 5 – Distribuição dos trabalhadores de saúde, ocupantes do Cargo de Apoio do SUS, distribuído por Perfil Profissional, Rondonópolis – MT, 2011.

Este é, em números, o menor grupo do Hospital, contudo é o grupo com maior percentual de pessoas trabalhando no regime de 40 horas semanais e; como demonstrado, 65% desses trabalhadores pertencem ao perfil de serviços gerais, uma categoria descaracterizada em virtude da terceirização de alguns serviços dentro da unidade. Há também os Oficiais de Manutenção, todos com desvio de função haja vista a terceirização dos serviços desta natureza.

Outro dado importante levantado durante a pesquisa foi a faixa etária dos trabalhadores, a partir da qual constatamos ser relativamente jovem os trabalhadores do HRR, sendo 54% contida entre 31 e 45 anos.

Tabela 1 - Faixa etária dos trabalhadores do HRR – Rondonópolis/MT - 2011.

Faixa etária geral	Total	%
20 - 25 anos	8	1%
26 - 30 anos	41	6%
31 - 35 anos	120	19%
36 - 40 anos	105	16%
41 - 45 anos	120	19%
46 - 50 anos	89	14%
51 - 55 anos	88	14%
56 - 60 anos	38	6%
61 - 65 anos	25	4%
66 - 70 anos	6	1%
Total Geral	640	100%

Como vimos no quadro acima, 11% dos trabalhadores podem se aposentar nos próximos cinco anos; 1% corre o risco de se aposentar compulsoriamente a qualquer momento, outros 10% podem requerer aposentadorias de acordo com as regras da previdência que leva em consideração idade e tempo de contribuição uma vez que já têm mais de 55 anos de idade.

4.2. A Precarização do vínculo de trabalho entre os trabalhadores do HRR

Partindo da variável “natureza do vínculo”, onde a população foi estratificada considerando a presença do trabalho precário passaremos a analisar as demais variáveis, tais como cargo/perfil, sexo, função, jornada de trabalho.

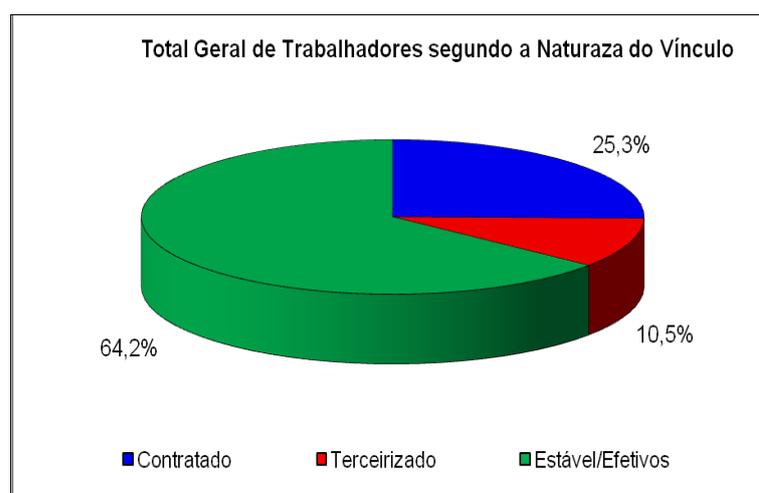


Figura 6 – Total geral de trabalhadores do HRR – distribuição pela natureza do vínculo, Rondonópolis – MT, 2011.

Acima representamos todos os trabalhadores em exercício no Hospital Regional de Rondonópolis, dentre eles 10,5% de terceirizados que não foram incluídos na pesquisa. Contudo vale lembrar que a terceirização dos serviços de saúde, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), tem previsão na própria Constituição de 1988.

Ao término desta pesquisa, descobrimos que o número de trabalhadores não efetivos existentes na Unidade era menor do que pensávamos. Atingem 36% se levarmos em conta toda a população de trabalhadores existentes no HRR, que apesar de ter nos surpreendido, fica acima da estimativa do Governo para o SUS que é de apenas 30% (BRASIL, 2006). Quando levamos em consideração apenas nossa amostra, a qual exclui os terceirizados, a precarização direta atinge 29% do total, dentro da estimativa do governo portanto.

Vejamos como fica a distribuição excluindo os terceirizados.

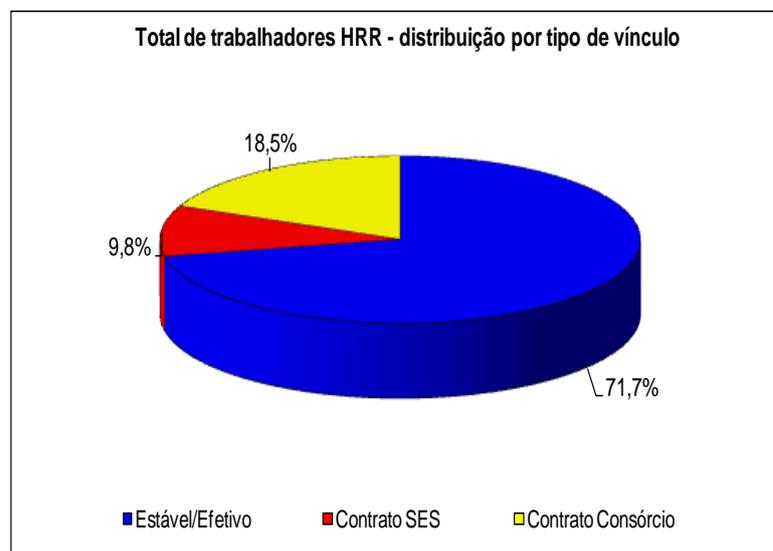


Figura 7 – Total de trabalhadores do HRR – distribuição por tipo de vínculo, Rondonópolis – MT, 2011.

Como demonstrado (figura 7), 18,5% da força de trabalho do HRR é composta por trabalhadores submetidos ao regime da Consolidação das Leis do Trabalho (CLT), criada através do Decreto-Lei nº 5.452, de 1 de maio de 1943 e sancionada pelo presidente Getúlio Vargas, que refere-se ao Direito do trabalho e ao Direito processual do trabalho. Os trabalhadores sob tal regime mantêm vínculo empregatício com o Consórcio Regional de Saúde do Sul de Mato Grosso (CORESS) e exercem suas funções no Hospital através de termos de convênios firmados entre este órgão e a SES-MT, atualmente está em vigor o Termo de Convênio nº 008/2010.

Para o Ministério da Saúde, que se manifesta através do texto do DesprecarizaSUS, o vínculo celetista não é considerado precário, uma vez que mantém as proteções sociais, entretanto no caso em questão essa proteção social tem que ser melhor analisada. Os trabalhadores contratados pelo Consórcio foram antes submetidos a processo seletivo e possuem registro em carteira. Contudo, não têm expectativas de evolução na carreira nem estabilidade no emprego, além de receberem salários menores que os recebidos pelos trabalhadores efetivos. Veja o que diz Kalleberg (2009) sobre esse assunto.

Em países industriais desenvolvidos, os aspectos-chave do trabalho precário estão associados a diferenças em empregos na economia formal, como desigualdade de salários, desigualdade de segurança, vulnerabilidade a demissões (Maurin e Postel-Vinay, 2005) e acordos de trabalho não normatizados. (KALLEBERG, 2009 p. 25).

Embasado em tal reflexão, podemos sugerir que mesmo nestes vínculos *formais* há precarização.

Outros 9,8% dos trabalhadores são contratados por tempo determinado diretamente pela SES-MT, o que, segundo Nogueira (2004), também se caracteriza como trabalho precário.

São às vezes classificadas como precárias as formas de contrato por tempo determinado. O caráter de precariedade diz respeito, nestes casos, não só à eventual redução da amplitude da proteção social ao trabalho, implicando em um menor número de direitos e benefícios, mas também ao fato de esse tipo de contrato ter duração curta ou bem delimitada no tempo, criando um sentimento de instabilidade no trabalhador. (Nogueira, 2004 p. 04)

Estas contratações temporárias, são embasadas na Lei Complementar nº 04, de 15 de outubro de 1990, que dispõe sobre o Estatuto dos Servidores Públicos da Administração Direta, das Autarquias e das Fundações Públicas Estaduais de Mato Grosso. Traz em seu título VII, capítulo único, as regras para Contratação Temporária de servidores por Excepcional Interesse Público.

Art. 263. Para atender a necessidade temporária de excepcional interesse público, poderão ser efetuadas contratações de pessoal por tempo determinado.

Art. 264. Consideram-se como de necessidade temporária de excepcional interesse público as contratações que visar a:

- I. combater surtos epidêmicos;
- II. fazer recenseamento;
- III. atender a situação de calamidade pública;
- IV. substituir professor ou admitir professor visitante, inclusive estrangeiro, conforme lei específica do magistério;
- V. permitir a execução de serviço, por profissional de notória especialização, inclusive estrangeiro, nas áreas de pesquisas científica e tecnológica;
- VI. atender a outras situações motivadamente de urgência. Redação dada pela Lei Complementar nº 12, de 13/01/92. (MATO GROSSO, 1990)

Consideramos as regras determinadas pelo Estatuto do Servidor Público do Estado de Mato Grosso para a contratação temporária de trabalhadores coerentes, mas cabe reflexão. A região Sul do Estado de Mato Grosso, da qual o hospital faz parte, não está passando por nenhum surto epidêmico nem calamidade pública e os trabalhadores contratados são profissionais de saúde comuns. Então o que poderia justificar as contratações seria o inciso VI que foi acrescentado pela Lei Complementar nº 12, de 13/01/1992 e regulamentado pelo decreto Nº 914, de 27 de novembro de 2007. Vejamos o que diz:

Art. 7º Consideram-se como casos de situações motivadamente de urgência, dentre outros, a contratação de pessoal por tempo determinado pela Secretaria de Estado de Saúde decorrentes de:

- I. substituição de servidores que obtiveram afastamentos e licenças previstas na legislação em vigor;
- II. criação de novas unidades de saúde e de novos serviços de saúde; e
- III. ampliação de unidades de saúde e de serviços de saúde já existentes. (MATO GROSSO, 2007)

Como foi descrito no histórico do HRR, a última ampliação significativa de serviços na unidade ocorreu em 2004, ou seja, há 06 anos. Desde então a SES-MT vem utilizando o artifício da contratação temporária de servidores, levando-nos a questionar: por que não foi realizado concurso público para legalizar os vínculos de

trabalho? Será que 28% dos trabalhadores estão afastados do serviço ou gozando de alguma licença prevista em lei?

No intuito de responder a estes questionamentos, ou mesmo de entender a situação em pauta, apresentamos a seguir quais são os cargos e perfis dos trabalhadores contratados na unidade.

O cargo de Técnico do SUS é o que reúne o maior número de trabalhadores não efetivos, sendo que 28,7% estão vinculados ao CORESS.

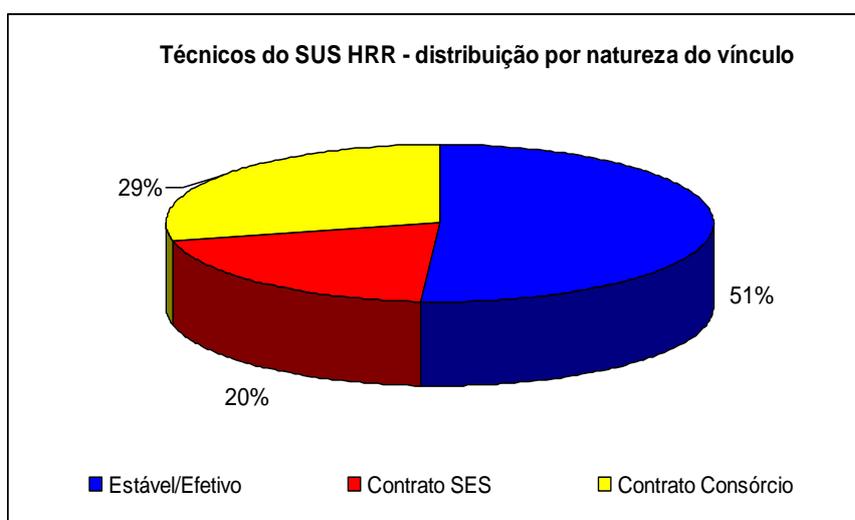


Figura 8 – Total de trabalhadores do HRR – distribuição por tipo de vínculo- Técnicos do SUS, Rondonópolis – MT, 2011.

O quadro 5 mostra como se dá a distribuição dentre os perfis do cargo.

Técnicos do SUS / Perfil	Natureza do Vínculo				% de contratados
	Efetivo	Contrato SES	Contrato Consórcio	Total	
Técnico em Enfermagem	61	16	32	109	44%
Técnico em Radiologia	9	9	1	19	53%
Técnico em Ortopedia	0	2	6	8	100%
Outros Técnicos do SUS	3	2	2	7	57%
Total Técnico SUS	73	29	41	143	49%

Quadro 5 – Distribuição por perfil dos Técnicos do SUS com relação ao vínculo, Rondonópolis – MT, 2011.

Como demonstrado, dentre os Técnicos do SUS, apenas os Técnicos em Enfermagem têm maioria de efetivos, chegando ao extremo de, no perfil Técnico em

Ortopédica, temos 100% de trabalhadores contratados. Nunca é demais lembrar que o HRR é referência em trauma/ortopedia para toda a região sul de Mato Grosso.

O segundo grupo em número de contratados é o de PNS do SUS, com 32,4% de contratados e ainda conta com 2,4% de trabalhadores cedidos de outros órgãos.

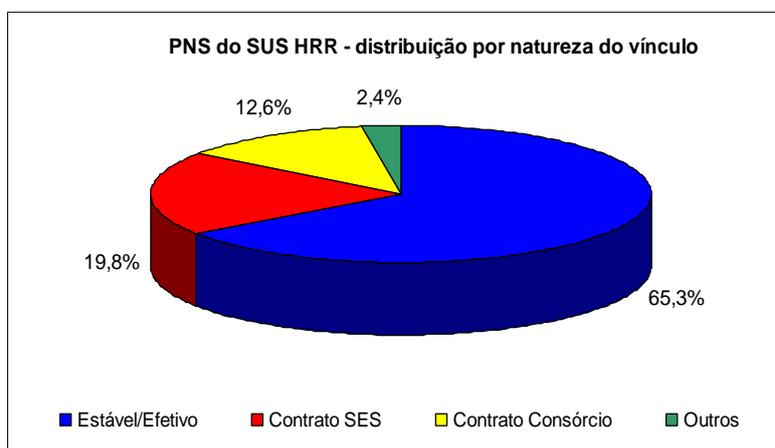


Figura 9 – Total de trabalhadores do HRR – distribuição por tipo de vínculo - PNS do SUS, Rondonópolis – MT, 2011.

Neste cargo, o perfil com maior quantidade de não efetivos é o de enfermeiro com 58% de profissionais contratados, seguido pelo perfil de médico com 38% de contratados. Dentre os trabalhadores médicos do HRR, existe uma parcela que apenas presta serviço na unidade, somando um total de 38 profissionais.

PNS do SUS / Perfil	Natureza do Vínculo				Total	Contratos %
	Efetivo	Contrato SES	Contrato Consórcio	Outros		
Assistente Social	9	0	0	1	10	0%
Enfermeiro	15	10	12	1	38	58%
Farmacêutico	22	0	2	0	24	8%
Fisioterapeuta	10	3	1	0	14	29%
Médico	36	17	6	2	61	38%
Nutricionista	6	2	0	0	8	25%
Psicóloga	8	0	0	0	8	0%
Outros PNS	3	1	0	0	4	25%
Total PNS SUS	109	33	21	4	167	32%

Quadro 6 – Distribuição por perfil dos PNS do SUS com relação ao vínculo.

Na tabela seguinte faremos um detalhamento do perfil médico quanto às especialidades e tipos de vínculos. Vale ressaltar que 82% dos médicos do Hospital, efetivos ou contratados, estão enquadrados no regime de 40 horas semanais.

Perfil	Especialidade	Escala de serviço	Efetivo	Contratado	Terceirizado	Outros
Médicos	Anestesiologista	7	4		3	
	Cardiologista	7	2	1	3	1
	Cirurgião Geral	10	5	5		
	Cirurgião Pediatra	3			3	
	Cirurgião Plástico	2			2	
	Cirurgião Vascular	4	1	3		
	Clínico Geral	10	8		2	
	Endocrinologista	1	1			
	Endoscopista	3			3	
	Infectologista	2		2		
	Intensivista	1			1	
	Nefrologista	2		2		
	Neurocirurgião	5	1	2	2	
	Neurologista	5	2	1	2	
	Oftalmologista	4		4		
	Ortopedista	10	4			6
	Otorrinolaringologista	2		2		
	Pediatra	11	5		6	
	Proctologista	2		1	1	
	Radiologista	5	3		1	1
Urologista	5			5		

Quadro 7 – Distribuição do perfil médico por especialidades, Rondonópolis – MT, 2011.

Obs.: O número de profissionais da escala foi obtido junto ao RH da Unidade e são praticados em situação de normalidade.

Com relação à quantidade de médicos por especialidade, trouxemos a quantidade de vínculos em razão de um mesmo profissional poder ter mais de um vínculo empregatício na Unidade.

Outro destaque na tabela se refere à especialidade de Ortopedia, cuja escala necessita de 10 médicos e, no momento da pesquisa (Maio de 2011), o hospital contava apenas com quatro profissionais efetivos na escala.

No HRR não existe trabalhadores no cargo de Apoio do SUS contratados diretamente pela SES-MT, há apenas os efetivos e os contratados pelo CORESS.

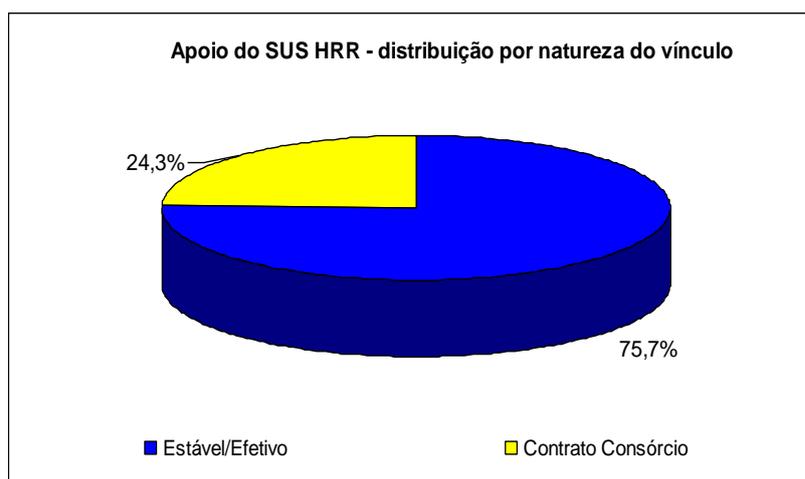


Figura 10 – Ocupantes do Cargo de Apoio do SUS, distribuídos pela natureza do vínculo, Rondonópolis – MT, 2011.

Na análise do cargo de Apoio do SUS constatamos que a precarização se apresenta, exclusivamente, na falta de concurso público, haja vista que os contratados deste cargo são geridos pelo regime CLT, o que na visão do Ministério da Saúde não caracteriza precarização uma vez que os direitos sociais, teoricamente, estão sendo garantidos por Lei. Entretanto, como já colocamos neste trabalho,

(...) O fato de existir cobertura social legalmente exigida não é suficiente para caracterizar o trabalho como regular. Assim, a contratação sem concurso público pode caracterizar um trabalho como precário, pois o trabalhador é absorvido de forma irregular, ou seja, seu vínculo com o Estado não tem base legal (...). (FONSECA, 2007 p, 147)

Vejam no quadro 9 o detalhamento das informações referentes a este cargo e note que 100% dos trabalhadores do perfil *Copeiro* são contratados. No total 24% dos trabalhadores deste cargo mantêm vínculo empregatício com o Consórcio de Saúde.

Perfil	Estável/Efetivo	Contrato SES	Contrato Consórcio
Copeiro	0	0	13
Cozinheiro	9	0	1
Oficial de Manutenção	4	0	0
Serviços Gerais	62	0	14
Vigia	12	0	0
Total Apoio SUS	87	0	28

Quadro 8 – Distribuição do cargo Apoio do SUS por perfil, Rondonópolis – MT, 2011.

Dentre os Assistentes do SUS, 13% são contratados. Via de regra as contratações ocorrem nos perfis que não foram contemplados com os últimos concursos realizados no início da década de 2000 ou foram em número insuficiente. São 20 Assistentes Administrativos, 5 Auxiliares de Laboratório e 2 Auxiliares de Radiologia.

Outra variável que pesquisamos foi o ano de ingresso e, apesar de não termos conseguido saber há quantos anos ou quantas vezes um mesmo trabalhador está ou foi contratado pela SES-MT, em razão da fonte utilizada não oferecer tal informação, a variável “ano de ingresso” apontou o tempo em que o Governo vem recorrendo ao artifício da contratação temporária para suprir as necessidades de mão-de-obra do HRR.

Ano de ingresso	Total	%
Anterior a 2001	15	2%
2001	218	34%
2002	35	5%
2003	14	2%
2004	209	33%
2005	35	5%
2006	6	1%
2007	7	1%
2008	14	2%
2009	63	10%
2010	8	1%
2011	16	3%
Total Geral	640	100%

Quadro 9 – Quantidade de trabalhadores ingressos por ano, Rondonópolis – MT, 2011.

O quadro 10 nos mostra a quantidade de trabalhadores ingressos por ano no HRR desde os primeiros que foram chamados em setembro de 2001. Entretanto encontramos 15 trabalhadores que tomaram posse no serviço público antes deste ano e não conseguimos identificar o ano que os mesmo ingressaram no HRR.

Para facilitar a análise separamos os trabalhadores estáveis/efetivos dos contratados que serão apresentados nos quadros 11 e 12 respectivamente.

Ano de ingresso estáveis/efetivo	Total	%
Anterior a 2001	14	3%
2001	217	48%
2002	35	8%
2003	9	2%
2004	166	37%
2005	13	3%
2006	0	0%
2007	0	0%
2008	0	0%
2009	0	0%
2010	0	0%
2011	0	0%
Total Geral	454	100%

Quadro 10 – Quantidade de trabalhadores estáveis/efetivo ingressos por ano, Rondonópolis – MNT, 2011.

Como podemos observar no quadro 11, os últimos trabalhadores estáveis/efetivos lotados no HRR ingressaram nos quadros de carreiras da SES-MT no ano de 2005. Enquanto que a maioria (48%) ingressou em 2001 quando se preparava a inauguração do Hospital, outro grande montante de trabalhadores (37%) ingressou em 2004, quando houve uma reestruturação e ampliação da oferta de serviços na unidade. Cabe lembrar que alguns desses trabalhadores mostrados no quadro acima podem ter sido transferidos de outras Unidades da SES-MT para o HRR após 2005. A fonte utilizada para a pesquisa não nos possibilitou precisar tal informação, mas estima-se que o número não atinja 1% do total de estáveis/efetivos.

Mesmo não podendo precisar com certeza há quantos anos ou quantas vezes um mesmo trabalhador está ou foi contratado pela SES-MT, conseguimos a última contratação e considerando que o Artigo 25 do Decreto nº 914/2004 (MATO GROSSO, 2004) que permite à SES-MT contratar seguidamente o mesmo profissional sem a exigência de interstício mínimo entre as contratações, tendo como única exigência a submissão a processo de seleção; considerando ainda que os contratados pelo CORESS representem apenas 65% do total de contratações e que, este número era menor em anos anteriores; acrescente-se a isso o fato de que estamos em 2011 e o último estável/efetivo lotado no HRR ingressou nas fileiras do funcionalismo público em 2005; podemos sugerir que existem trabalhadores *fazendo carreira* com vínculos precários no HRR e, por conseguinte, na Secretaria de Estado de Saúde de Mato Grosso.

Ano de ingresso contratado	SES-MT	CORESS	Total	%
Anterior a 2001	0	0	0	0%
2001	0	0	0	0%
2002	0	0	0	0%
2003	0	3	3	2%
2004	0	42	42	23%
2005	0	22	22	12%
2006	0	6	6	3%
2007	2	5	7	4%
2008	0	14	14	8%
2009	49	13	62	35%
2010	0	8	8	4%
2011	11	4	15	8%
Total Geral	62	117	179	100%

Quadro 11 – Quantidade de trabalhadores contratados ingressos por ano, Rondonópolis – MT, 2011.

Capítulo V - Considerações finais

Diante da análise dos dados, a partir do conceito adotado para trabalho precário, podemos inferir que, do conjunto dos trabalhadores de saúde lotados e em exercício no hospital estudado, 28% enquadram-se nesta condição, quando considerado que a precariedade do vínculo de trabalho não se extingue com a presença da *suposta proteção social* legalmente instituída, uma vez que ficou clara a presença, ao longo dos anos, de trabalhadores empregados sem antes serem submetidos a concurso público, ou ainda, submetidos à regulações trabalhistas diferentes do Estatuto do Servidor Público do Estado de Mato Grosso.

É importante dizer que um trabalhador aceita e se submete a tal tipo de desproteção social, própria da noção de trabalho precário, pois está associada a determinados aspectos que excluem o trabalhador social e economicamente, trazendo consigo influências negativas sobre as condições de vida e de trabalho do mesmo, pois a outra opção seria o desemprego.

Outro fato, que causa estranheza está no fato de que, ao mesmo tempo em que o Governo aceita e pratica a flexibilização – entendam precarização – do trabalho ele também incentiva programas que estudam e desenvolvem projetos para dar fim ou minimizar tal situação.

Outra ação dicotômica é o próprio Comitê Nacional Interinstitucional de Desprecarização do Trabalho no SUS (DesprecarizaSUS) que na medida em que se constitui em uma estratégia de ação do governo federal com objetivo de desprecarizar os vínculos de trabalho no âmbito do Sistema Único de Saúde, as contratações continuam sendo concretizadas valendo-se de brechas na legislação.

Ainda neste sentido, é preciso esclarecer que alguns governos municipais, o que não é o caso em questão, não dispõem de recursos financeiros para manter um quadro de servidores públicos legalmente instituídos, com Regime Jurídico Único e Plano de Cargos Carreiras e Salários. Contudo, muitas dessas ações não passam de manobras políticas para acalmar os ânimos das organizações que representam a classe trabalhadora e que estão sempre nos calcanhares dos Governos lutando e

exigindo a regulamentação dos vínculos de trabalhos em todas as instâncias do poder público brasileiro.

Enquanto cidadãos deveríamos cobrar para que muito mais seja feito, pois enquanto houver vinculações precárias, os Governos não realizarão concursos públicos para aferição das reais capacidades dos trabalhadores que ingressam e, conseqüentemente, a legalização dos empregos que poderia refletir em uma força de trabalho pública mais capacitada e em melhores condições de oferecer uma atenção à saúde de qualidade à população.

5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ANTUNES, Ricardo. Adeus ao trabalho? : ensaios sobre as metamorfoses e a centralidade do mundo do trabalho. São Paulo : Cortez; Campinas – SP : Editora da Universidade Estadual de Campinas, 1995.

ANTUNES, Ricardo. A Cidadania Negada. Políticas de exclusão na educação e no trabalho. 2ª ed., SP: Cortez, 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. PORTARIA Nº 545, DE 20 DE MAIO DE 1993. Disponível em <http://siops.datasus.gov.br/Documentacao/Portaria%20545_20_05_1993.pdf>. Acesso em 25/04/2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão e da Regulação do Trabalho em Saúde. Programa Nacional de esprecarização do Trabalho no SUS : DesprecarizaSUS : perguntas & respostas : Comitê Nacional Interinstitucional de Desprecarização do Trabalho no SUS / Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, Departamento de Gestão e da Regulação do Trabalho em Saúde. – Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão e da Regulação do Trabalho em Saúde. Indicadores de gestão do trabalho em saúde : material de apoio para o Programa de Qualificação e Estruturação da Gestão do Trabalho e da Educação no SUS - ProgeSUS / Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, Departamento de Gestão e da Regulação do Trabalho em Saúde. Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2007.

FONSECA, Angélica Ferreira. O processo histórico do trabalho em saúde / Organizado por Angélica Ferreira Fonseca e Anakeila de Barros Stauffer. Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz, 2007.

Frigotto, Gaudêncio. Trabalho. Dicionário da Educação Profissional em Saúde. Fundação Oswaldo Cruz. Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio. 2009. Disponível em: <<http://www.epsjv.fiocruz.br/dicionario/verbetes/trasau.html>> Acesso em 10/03/2011

HUBERMAN, Leo. História da Riqueza do Homem. Rio de Janeiro : Editora Guanabara. 21º Ed. 1986.

KALLEBERG, Arne L. O crescimento do trabalho precário: um desafio global
Revista Brasileira de Ciências Sociais, vol. 24, núm. 69, febrero, 2009, pp. 21-30
Associação Nacional de Pós-Graduação e Pesquisa em Ciências Sociais. Brasil

MARX, K. O Capital. São Paulo: Abril, Cultural, 1983.

MATO GROSSO. Governo do Estado de Mato Grosso. LEI COMPLEMENTAR Nº 04, DE 15 DE OUTUBRO DE 1990.

MATO GROSSO. Governo do Estado de Mato Grosso. DECRETO Nº 914, DE 27 DE NOVEMBRO DE 2007.

MERHY, Emerson Elias. FRANCO, Túlio Batista. Trabalho em Saúde. Dicionário da Educação Profissional em Saúde. Fundação Oswaldo Cruz. Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio. 2009. Disponível em:
<http://www.epsjv.fiocruz.br/dicionario/verbetes/trasau.html> Acesso em 10/03/2011.

NOGUEIRA, Roberto Passos (coordenador). BARALDI, Solange. RODRIGUES, Valdemar de Almeida. BASES NORMATIVAS E CONCEITUAIS DA POLÍTICA DE DESPRECARIZAÇÃO E REGULARIZAÇÃO DO TRABALHO NO SUS: RELATÓRIO FINAL. REDE OBSERVATÓRIO DE RECURSOS HUMANOS EM SAÚDE ESTAÇÃO DE TRABALHO POLRHS/NESP/CEAM/UnB. OPAS. 2004. Disponível em:
<http://www.observearh.org.br/observearh/repertorio/Repertorio_ObserveRH/NESP-UnB/Desprecarizacao/relatfinal.pdf> Acesso em 30/01/2011.

NOGUEIRA, Roberto Passos. BARALDI, Solange. RODRIGUES, Valdemar de Almeida. Limites Críticos das Noções de Precariedade e Desprecarização do Trabalho na Administração Pública. Observatório de Recursos Humanos em Saúde (NESP/CEAM/UnB). Brasília-DF, Brasil. 2004. Disponível em:
<<http://www.observearh.org.br/nesp/interna.php?id=287&palavra=ESTUDOS>>. Acessado em: 20 de abril de 2011.

NOGUEIRA, Roberto Passos. Problemas de Gestão e Regulação do Trabalho no SUS. Revista Serviços Social e Sociedade: Editora Cortez. nº 87. 2006

PIERANTONI, Celia Regina. As reformas do Estado, da Saúde e recursos humanos: limites e possibilidades. Revista Ciência & Saúde Coletiva volume 6. Número 2. ABRASCO. 2001. paginas 341-360.

PINTO, Alice Regina et al. **Manual de normalização de trabalhos acadêmicos**. Viçosa, MG, 2011. 88 p. Disponível em: <<http://www.bbt.ufv.br/>>. Acesso em: 08/07/2011.

PIRES, Denise Elvira. Precarização do Trabalho em Saúde, 2009. In. Dicionário da Educação Profissional em Saúde. Fundação Oswaldo Cruz. Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio. Disponível em <<http://www.epsjv.fiocruz.br/dicionario/verbetes/pretrasau.html#topo#topo>>. Acesso em 27/01/2011.

RIBEIRO, Antônio César. O trabalho do enfermeiro: a relação entre o regulamento, o dito e o feito, no cotidiano do hospital. Tese (Doutorado) - Universidade Federal de São Paulo. Departamento de Enfermagem. Programa de Pós-graduação em Ciências. São Paulo, 2010. xii, 219f.

RIZZOTTO. Maria Lúcia Frizon. Neoliberalismo e Saúde. Dicionário da Educação Profissional em Saúde. Fundação Oswaldo Cruz. Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio. 2009. Disponível em: <<http://www.epsjv.fiocruz.br/dicionario/verbetes/trasau.html>> Acesso em 09/06/2011

VIEIRA, Mônica. As Políticas de Gestão do Trabalho no Sistema Único de Saúde e o Agente Comunitário de Saúde. In Fonseca, Angélica Ferreira. O processo histórico do trabalho em saúde / Organizado por Angélica Ferreira Fonseca e Anakeila de Barros Stauffer. Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz,

Anexo

Parecer emitido pelo Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos.



GOVERNO DO ESTADO DE MATO GROSSO
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE
ESCOLA DE SAÚDE PÚBLICA DE MATO GROSSO
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA ENVOLVENDO
SERES HUMANOS

Protocolo nº 573-2010-CEP-SESMT

Data do Recebimento: 28-04-11

Parecer: 05-05-2011

Ofício 034/11/CEP/SES-MT

Cuiabá/MT, 09 de maio de 2011.

A Senhor

Delvan Alves Cardoso

Pesquisador Responsável

Assunto: Parecer do projeto de pesquisa

Prezada Senhor.,

O Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria de Estado de Saúde de Mato Grosso analisou o protocolo de pesquisa intitulado: "*Precarização Do Trabalho No SUS - Estudo Da Força De Trabalho No Hospital Regional de Rondonópolis*", sendo o mesmo enquadrado na categoria "**Aprovado**".

Conforme Resolução do CNS nº 196/96 item IX.2.c, cabe ao pesquisador apresentar relatórios da pesquisa ao Comitê de Ética a partir da data de sua aprovação, ficando assim definidos: relatório parcial 09/08/2011, e final até 09/11/2011, cumprindo assim as prerrogativas da resolução em pauta.

Atenciosamente,

Valdete Marques A. Antiqureira
Coordenadora do
CEP/SES/MT

Av. Adauto Botelho, Nº 552, Bloco III, sala 02 - Bairro: CoopHEMA
Cuiabá-MT CEP: 78085-200 65-3613-2318
cep@ses.mt.gov.br