

## Estratégia Saúde da Família: Contratação Temporária e Precarização nas Relações de Trabalho <sup>1</sup>

Elisângela Nascimento Vilela, Esp.

[isavilela88@yahoo.com.br](mailto:isavilela88@yahoo.com.br), UNIFAL-MG, Brasil

Luiz Antonio Staub Mafra, Dr.

[lasmafra@gmail.com](mailto:lasmafra@gmail.com), UNIFAL-MG, Brasil

---

### Resumo

Esta pesquisa teve como objetivo analisar a precarização nas relações de trabalho das equipes do Programa Saúde da Família provocada pelo processo de contratação temporária. A contratação sem um procedimento de seleção de ampla concorrência pode interferir tanto nas relações internas das equipes de saúde da família como também no atendimento à comunidade. O estudo foi realizado no Programa Saúde da Família em um município da região sudoeste do Estado de Minas Gerais. A metodologia baseou-se em levantamento de dados secundários a partir da apuração do número de profissionais que ingressaram no Programa por processo seletivo e por contrato por tempo determinado. Constatou-se que, 73 servidores atuavam no Programa em maio de 2014, sendo que 38 ingressaram por processo seletivo e 35 eram contratados por tempo determinado. Foi desenvolvida também uma pesquisa qualitativa com entrevista estruturada com participantes do programa e consulta a documentos emitidos pelo Ministério da Saúde. Os relatos obtidos revelam como a contratação temporária de livre escolha pode interferir no fluxo das atividades do programa e no vínculo de confiança com a comunidade.

*Palavras-Chave:* Políticas públicas; Programa Saúde da Família; Precarização nas relações de trabalho.

### Abstract

This research aimed to analyze the precariousness in labor relations teams of the Family Health Program caused by temporary hiring process. The study was conducted at the Family Health Program in a city in the southwest region of Minas Gerais. The methodology was based on a survey of secondary data from the calculation of the number of professionals who joined the program for the selection process and fixed-term contract. It was found that 73 servers operated the program in May 2014, of which 38 entered for selection process and 35 were hired for a fixed period. It was also developed a qualitative research with structured interviews with program participants and consultation documents issued by the Ministry of Health. The obtained reports reveal how the temporary appointment of free choice can interfere with the flow of the program activities and the bond of trust with the community.

*Keywords:* Public policy; Family Health Program; Precariousness in labor relations.

---

<sup>1</sup> Versão resumida de trabalho de conclusão do curso de Especialização em Gestão Pública e Sociedade, Unifal-MG.

---

## 1. Introdução

O Programa Saúde da Família tem como elemento central a necessidade de aproximação da equipe de saúde junto às famílias. Dessa forma, o programa institui uma mudança na concepção do atendimento, na qual os profissionais de saúde se deslocam até as residências dos usuários, o que pressupõe o estabelecimento de laços de confiança, pois os profissionais, muitas vezes, se aproximam afetivamente e até participam do contexto familiar. Assim, o convívio entre os membros da equipe de saúde e as famílias gera vínculos de confiança que auxilia na aceitação das pessoas para o acompanhamento frequente, principalmente através das visitas domiciliares.

No entanto, a rotatividade ou a substituição dos membros da equipe pode gerar um ambiente de instabilidade nas equipes de Saúde da Família e a contratação temporária pode reforçar essa instabilidade, comprometendo o desenvolvimento de suas atividades até que esses vínculos sejam reconectados.

Percebe-se no contexto atual a necessidade de analisar como a contratação temporária baseada na seleção por livre escolha, ou seja, sem um procedimento prévio com seleção de ampla concorrência, pode acarretar prejuízos para o Programa. Pois o sucesso do atendimento depende, em grande parte, do estabelecimento de vínculos com a comunidade, tornando mais difícil de se estabelecer com a alta rotatividade de profissionais provocada pela contratação temporária.

Dessa forma, essa pesquisa teve como objetivo analisar a precarização nas relações de trabalho das equipes do Programa Saúde da Família provocadas pelo processo de contratação temporária e as interferências deste processo nas relações internas das equipes e no atendimento às famílias. Para tanto, foi realizado um estudo de caso em um município da região sudoeste do Estado de Minas Gerais.

## 2. Saúde da Família e os Transtornos Decorrentes da Contratação Temporária

O Programa Saúde da Família foi proposto em 1994 pelo Ministério da Saúde para os municípios brasileiros. O programa foi criado para organizar os serviços de Atenção Básica do governo e reorientar os profissionais que hoje trabalham com assistência, promoção da saúde, prevenção de doenças e reabilitação. São objetivos do programa: levar a saúde para mais perto da família e melhorar a qualidade de vida dos brasileiros.

Em 1997 em documento oficial, denominado *Saúde da família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial*, o Ministério da Saúde chama a atenção para o fato de que o programa tem como objetivo geral contribuir para a reorientação do modelo assistencial a partir da atenção básica. É nesse contexto que o foco do trabalho da equipe de saúde deixa de ser o indivíduo para dar destaque a família, que passa a ser o objeto principal de atenção, observada em seu ambiente físico e social.

Para Rosa e Labate (2005) o surgimento do PSF está ligado a uma proposta de mudança do modelo centrado no médico e no hospital para um modelo centrado no usuário (família) e na equipe.

O Ministério da Saúde (2011) recomenda que a equipe do programa seja composta, no mínimo, por um médico generalista, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem e seis Agentes Comunitários de Saúde (ACS). Pode contar ainda com a Equipe de Saúde Bucal (ESB), composta por um cirurgião dentista, uma atendente de consultório dentário e até mesmo por um Técnico em Saúde Bucal, se o município optar pela Equipe Saúde Bucal.

Conforme resultados apurados pela pesquisa de Oliveira e Spiri (2006, p.729) o trabalho em equipe permite a continuidade do acompanhamento e maior envolvimento com os familiares por meio da abordagem de toda a equipe. Além dos impactos no atendimento das famílias, a relação entre os membros no interior da própria equipe pode interferir nos resultados por ela alcançados.

Assim, é importante que o tipo de contrato dos profissionais garanta a sua permanência no programa e permita a continuidade das ações estimulando que seus membros tenham boa interação.

### **3. Vínculos com a Comunidade e Perfil Profissional para Atuar no Programa Saúde da Família**

O Agente Comunitário de Saúde é responsável por estabelecer o contato mais próximo com cada família de sua área de atuação com as visitas domiciliares. Um agente pode chegar a acompanhar no máximo, 150 famílias ou 750 pessoas (Portaria 1886). Daí a necessidade dos municípios adotarem parâmetros de seleção das pessoas aptas a exercer uma função no programa, garantir um contrato com mais estabilidade e regras claras e transparentes com cada membro da equipe.

Pedrosa e Teles (2001) notam que o vínculo estabelecido pelo agente comunitário de saúde com a comunidade por meio do convívio facilita aderência ao programa e a abordagem da equipe. Esses dois autores entendem que para o estabelecimento do vínculo, os profissionais devem conquistar a confiança da população, que surge com o reconhecimento do profissional como participante de seu tratamento, passando o paciente a tê-lo como referência, fazendo até confidências depois de compreender o seu trabalho.

O estabelecimento de vínculos é considerado pelo Ministério da Saúde (1997, p.7) como um ponto essencial para assegurar a continuidade das ações do Programa Saúde da Família: “assim, o PSF elege como ponto central o estabelecimento de vínculos e a criação de laços de compromisso e de co-responsabilidade entre os profissionais de saúde e a população”.

O Ministério da Saúde (2004<sup>a</sup>, p. 20) ressalta a importância da visita domiciliar, que possibilita o conhecimento da situação de saúde das famílias, o desenvolvimento de ações promocionais e preventivas, o acompanhamento de grupos, além de constituir-se em forte elemento no estabelecimento de vínculos entre as equipes e as famílias. A carga horária de 40 horas para profissionais das equipes de saúde também se sustenta na ideia de que esta é uma condição necessária para a criação de vínculos entre os membros da equipe e entre a equipe e a população.

A lei 11.350, de 06 de outubro de 2006 em seu artigo 6º estabelece que o Agente Comunitário de Saúde deva preencher os seguintes requisitos para o exercício da atividade: residir na área da comunidade em que irá atuar, desde a data da publicação do edital do processo seletivo público; haver concluído, com aproveitamento, curso introdutório de formação inicial e continuada, e também concluído o ensino fundamental.

Cotta e colaboradores (2006) entendem que a qualificação e capacitação do profissional de saúde, certamente, é um dos caminhos, e, não menos importante, um dos desafios para alcançar maior qualidade dos serviços de atenção à saúde, assim como novas formas de contratos de trabalho que garantam maior estabilidade e fortaleçam o vínculo empregatício dos profissionais do Programa Saúde da Família.

O esforço do Ministério da Saúde para profissionalização e a educação permanente dos trabalhadores da saúde é importante para fortalecer e aumentar a qualidade de resposta do setor saúde às demandas da população. Este esforço também deve partir também dos municípios. O problema é que com a contratação temporária, os recursos públicos investidos em capacitações de profissionais contratados podem ter seus efeitos minimizados, pois há o risco de qualificar profissionais que poderão ter seus contratos rescindidos em curto espaço de tempo. Essa instabilidade gerada pela contratação temporária dificulta o estabelecimento do vínculo do membro com a comunidade e com a equipe de saúde da família.

A contratação temporária é um dos fatores responsáveis pela alta rotatividade e pelo pequeno tempo de permanência dos profissionais nas equipes, o que interfere tanto na qualificação dos profissionais quanto no desempenho das ações.

Para a Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS, 2002) é crescente o consenso entre os gestores e trabalhadores do SUS, em todas as esferas de governo, que o desempenho e a formação dos recursos humanos afetam profundamente a qualidade dos serviços prestados e grau de satisfação dos usuários. Vem se difundindo a noção de que os recursos humanos representam a chave fundamental para alavancar uma boa gestão de saúde.

Para Queiroz (2009) o uso inapropriado de critério político em certas escolhas, como na seleção de pessoas para exercerem funções e cargos públicos sem terem a devida formação técnica e o perfil adequado, é um dos fatores que podem afetar os resultados do Programa Saúde da Família. De acordo com Oliveira (2006, p.197):

A capacidade técnica de gerenciar o planejamento de políticas públicas é apontada como outro limitador dos países em desenvolvimento. Faltam recursos humanos capacitados e motivados, equipamentos, experiência e competência técnica dos órgãos responsáveis por planejar as políticas públicas.

A escolha de pessoas para exercer funções na administração pública por simples indicação de caráter político interfere na formulação e gestão das políticas públicas, além disso, o gestor pode incorrer em desobediência a princípios como eficiência e impessoalidade previstos na Constituição Federal.

#### **4. Fragilidades na Contratação por Livre Escolha nas Equipes de Saúde e a Precarização nas Relações de Trabalho**

O preenchimento de determinados cargos e funções no setor público por pessoas que não possuem o perfil profissional requerido é considerado por Queiroz (2009) como uma falha de governo. Para que a contratação temporária esteja dentro da legalidade o gestor deve justificar as circunstâncias de fato e de direito determinantes dessa admissão especial, tendo em vista que a contratação temporária deve decorrer da necessidade e de excepcional interesse público nos termos da lei nº 8.745 de 09 de dezembro de 1993.

O estudo realizado pelo Departamento de Atenção Básica (Ministério da Saúde, 2004<sup>a</sup>) entre 2001 e 2002, identificou que

Entre 20% e 30% de todos os profissionais das equipes de saúde, exceto técnico de higiene dental, tinham vínculos trabalhistas precários, o que provavelmente tem contribuído para alta rotatividade e insatisfação profissional. A fragilidade das modalidades de contratação deve comprometer a dedicação dos profissionais, com consequências nefastas para a qualidade do trabalho das equipes de saúde.

Como mencionado acima, a fragilidade das modalidades de contratação de profissionais da equipe de saúde da família é um dos fatores que contribui com a alta rotatividade e a insatisfação profissional, o que pode comprometer o trabalho realizado no Programa.

De acordo com a III Conferência Nacional de Gestão do trabalho e da Educação na Saúde (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006) o trabalho precário é a ausência de proteção social do trabalho. Assim, o Ministério da Saúde (2006) assume que a precariedade do trabalho está relacionada com alguma irregularidade. Diz respeito à situação de desobediência às normas vigentes do Direito Administrativo e do Direito do Trabalho, sendo um ponto comum entre essas normas a proteção social ao trabalho.

O artigo 16 da lei nº 11.350 proíbe a contratação temporária ou terceirizada de Agentes Comunitários de Saúde e de Agentes de Combate às Endemias, salvo na hipótese de combate a surtos endêmicos. A contratação por tempo determinado, sem um procedimento prévio de seleção, só não fere o princípio da impessoalidade quando há situações de emergência e excepcionalidade.

Para o Ministério Público de Contas do Amazonas (2012), através de uma interpretação sistemática das normas constitucionais, verifica-se que mesmo em casos de contratação de pessoal temporário, faz-se necessária a realização de um teste seletivo, que é uma forma simplificada de concurso. Conforme explica a Procuradoria

As contratações temporárias são excepcionalidades, visto que em regra as admissões de pessoal devem ser promovidas por concurso público (artigo 37, inciso II, da CR/1988). Como se vê a contratação de acordo com as regras estabelecidas pela norma do artigo 37, IX, da CR/88, deve atender a necessidades excepcionais, nas quais o interesse público exige medidas céleres da Administração, razão por que é inviável a realização de concurso público em tais oportunidades.

Quando os profissionais da equipe de saúde da família são contra-tados por tempo determinado sem processo seletivo, pautados por outros meios, como, por exemplo, indicação, convite ou

simples ocupação de vaga disponível, o gestor coíbe que outros interessados com os mesmos requisitos solicitados pleiteiem a vaga. Para Cotta et al. (2006)

o tipo de contrato temporário (assinado a cada seis meses), dificulta o estabelecimento de vínculo do profissional com o serviço e a população atendida, característica indissociável do trabalho no PSF. Ademais, a facilidade de utilização política na concessão desses cargos, permitida por essa forma de contrato, pode confirmar, de certa forma, uma tradição de barganha político-partidária bastante reconhecida em Municípios de pequeno porte. Cabe aos gestores sanitários implementar políticas que assegurem os trabalhadores da saúde no PSF e conduzam à tão esperada superação da alta rotatividade desses profissionais e à dirimção de seu medo e da população por represálias de fundo “polítiqueiro”.

Para Oliveira e Spiri (2006) o vínculo estabelecido entre os profissionais e a população melhora a qualidade da assistência porque o paciente ou família aderem ao Programa e participam nas intervenções. Com isso pode-se inferir que, sempre que ocorrer a rescisão contratual de algum membro da equipe de saúde da família esse vínculo será prejudicado e conseqüentemente, as ações do Programa Saúde da Família.

De acordo com a Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) (citado por COTTA et al. 2006) diversas pesquisas mostram que no SUS, assim como nos demais setores do mercado de trabalho nacional, ao longo da década de 90, proliferaram os contratos informais de trabalho e o não-pagamento, por muitos empregadores, dos encargos sociais de sua responsabilidade, para, enfim, privar os trabalhadores de direitos garantidos a eles pela lei, como férias, Fundo de Garantia de Tempo de Serviço (FGTS), licenças, décimo terceiro salário e aposentadoria. Sem essa proteção, esses profissionais permanecem à mercê da instabilidade político-partidária e diferenças entre governos que se sucedem no poder, tão presentes na realidade dos Municípios brasileiros.

A seleção de profissionais para atuar no Programa Saúde da Família deve estar pautada na legislação vigente e nas orientações do Ministério da Saúde sobre qual o procedimento mais indicado para a formação das equipes.

## **5. Contratação e Formação das Equipes do Programa Saúde da Família: Aspectos Legais e Limitações Institucionais nos Municípios**

Na década de 1990, poucos foram os concursos públicos feitos para admissão de novos servidores para os quadros de instituições de governo no âmbito do SUS. O Ministério Público e os tribunais de contas vêm pressionando o poder executivo dos municípios para que somente admitam novos contingentes de trabalhadores obedecendo as normas constitucionais de concurso público. (Ministério da Saúde e OPAS, 2002)

De acordo com o Ministério da Saúde (2002) a seleção da equipe não deve ser reflexo da livre escolha, sem qualquer procedimento prévio seletivo. Por isso, instrui os municípios da seguinte modo

Por outro lado, não seria recomendável o procedimento clássico do concurso público, no qual se apura somente o conhecimento do candidato. Portanto, deve-se caminhar para uma solução intermediária, na qual se realiza um processo seletivo público, mediante requisitos estabelecidos em edital, mas que devem valorizar, à exaustão, a comprovação dos critérios de liderança e

solidariedade, imprescindíveis para o exercício dos ACSs, a par de sua capacidade para o aprendizado e responsabilidade no desenvolvimento de suas tarefas.

Em 14 de fevereiro de 2006, foi finalmente promulgada a Emenda Constitucional nº. 51, que estabeleceu mais uma forma de ingresso no serviço público – o Processo Seletivo Público para os Agentes Comunitários de Saúde e Agentes de Combate às Endemias buscando resolver assim as irregularidades relacionadas aos seus vínculos de trabalho. No entanto, para esta Emenda obter plena eficácia jurídica, fazia-se necessária sua regulamentação. Desta forma, em 12 de junho de 2006, o Governo Federal publica a Medida Provisória nº297, convertida, sem alterações, na Lei nº.11.350, de 5 de outubro de 2006, que estabelece os requisitos para o exercício da atividade de ACS e ACE, define suas atribuições e esclarece os critérios para a regularização dos vínculos de trabalho, ingresso e desligamento destes profissionais, além de reafirmar a possibilidade de realização de modo singular de seleção: o Processo Seletivo Público. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006)

A Lei 11.350/06 regulamenta em seu artigo 9º que a contratação de Agentes Comunitários de Saúde e de Agentes de Combate às Endemias deverá ser precedida de processo seletivo público de provas ou de provas e títulos, de acordo com a natureza e a complexidade de suas atribuições e requisitos específicos para o exercício das atividades, que atenda aos princípios de legalidade, impessoalidade, moralidade, publicidade e eficiência.

Quando o gestor público seleciona uma pessoa para exercer uma função pública por livre escolha, sem qualquer procedimento prévio de seleção ele coíbe que outros interessados pleiteiem a vaga e acaba infringindo os princípios constitucionais. Além disso, a lei nº 11.350 proibiu a contratação temporária ou terceirizada de Agentes Comunitários de Saúde e de Agentes de Combate às Endemias, salvo na hipótese de combate a surtos endêmicos.

O problema é que sem concurso público não há estabilidade, entretanto muitos municípios estabelecem no próprio processo seletivo que o vínculo empregatício entre o candidato aprovado (contratado) e a Prefeitura Municipal (contratante), durará enquanto houver a manutenção do Programa Saúde da Família (PSF) pelo Governo Federal. Este item garante que os membros da equipe de saúde da família, que foram aprovados por processo seletivo, tenham um vínculo mais estável com a Prefeitura mesmo havendo a hipótese de encerramento do programa, para darem continuidade ao trabalho que está sendo desenvolvido.

## **6. Estudo de Caso e Procedimentos Metodológicos**

O estudo foi realizado em maio de 2014 em um município da região sudoeste do Estado de Minas Gerais. A abordagem utilizada foi a quali quantitativa; onde se efetuou um levantamento quantitativo para evidenciar o total de funcionários que atuam nas Unidades Básicas de Saúde (PSF), especificando quantos ingressaram por processo seletivo e quantos foram contratados por tempo determinado. Foi utilizado também o recurso de pesquisa bibliográfica para conhecer o programa e entrevistas para analisar como a contratação temporária por livre escolha pode interferir na continuidade do Programa Saúde da Família e conseqüentemente na qualidade do serviço prestado.

As perguntas foram previamente estabelecidas e entregues ao entrevistado, os quais tiveram liberdade para escrever expondo suas considerações e opiniões sobre o programa Saúde da Família. As perguntas foram fixas para todos os entrevistados, os quais responderam por escrito. O roteiro de entrevista era composto por 09 (nove) perguntas, que tratavam sobre: a alta rotatividade de profissionais na equipe de saúde da família e os transtornos decorrentes dessa troca constante de membros da equipe; situação da cobertura populacional quando um membro da equipe tem seu contrato rescindindo; dificuldades do novo membro inserido na equipe; o estabelecimento do vínculo de confiança com a população; critérios essenciais que os profissionais consideram importantes para concorrer a uma vaga para trabalhar no programa; relação inicial do profissional com a comunidade; como um novo membro da equipe é recebido pela comunidade; como é feito o treinamento do profissional recém-inserido; estabilidade garantida pelo processo seletivo e sua importância para a continuidade do programa.

Participaram da entrevista 06 (seis) profissionais que atuam no Programa Saúde da Família e ingressaram por processo seletivo, sendo 02 (dois) agentes comunitários de saúde, 02 (duas) enfermeiras, 01 (um) agente de combate a endemias e 01 (um) auxiliar de enfermagem. Foi entrevistado também um auxiliar de enfermagem que trabalhou de 2009 a 2011 no programa.

### **7. Efeitos da Precarização: Conflitos Internos e Relação com a Comunidade**

Conforme os relatos obtidos com as entrevistas, pode-se observar que as mudanças na formação das equipes pode provocar, além dos conflitos internos no grupo, dificuldades quanto à receptividade do novo membro pela comunidade. Há relatos de resistência da comunidade diante de mudanças na equipe de profissionais como a relatada por um auxiliar de enfermagem:

“Há resistência. Quando eu saía com uma agente nova para fazer visitas, as pessoas logo perguntavam: ‘onde está tal pessoa?’, se referindo ao agente anterior e não convidava para entrar. Dispensava a gente na porta. Isso na primeiras visitas”. (TEC.ENF01)

Pedrosa e Teles (2001, p. 307) também identificaram em sua pesquisa resistência da comunidade nas relações iniciais com membros da equipe:

Para todos, a relação com a comunidade representou experiências semelhantes, como a resistência e as dificuldades iniciais que foram substituídas pela participação nas atividades do programa. Os agentes consideraram a relação inicial permeada pela desconfiança das famílias, inclusive pela demora da identificação oficial.

Um agente comunitário de saúde (ACS) entrevistado relata a dificuldade em vencer a desconfiança das famílias, porém esclarece que isso dependerá da confiança transmitida pelos membros da equipe:

“ainda mais nos dias de hoje que algumas pessoas agem de má fé, usando, digo, se passando por membro de equipe de saúde da família para roubar ou coisa pior, mas isso tudo também depende da abordagem e/ou confiança que este membro irá passar para comunidade”. (ACS01)

Quando um dos membros da equipe tem seu contrato rescindido o vínculo da equipe com as famílias de sua área de atuação fica comprometido, porque o vínculo é estabelecido pelo agente comunitário de saúde com a comunidade por meio do convívio. Além disso, até que uma nova pessoa seja contratada a equipe deve desdobrar-se para realizar as atividades e a cobertura dos

atendimentos que eram realizadas por esse membro. Conforme relatos de uma agente comunitária de saúde, quando acontece a ausência de um membro da equipe “outros ACS’s fazem visitas, principalmente nas visitas prioritárias como: idosos, acamados, gestantes, etc” (ACS01). Ou seja, em caso de rescisão contratual de algum membro da equipe, apenas as visitas prioritárias e os avisos mais urgentes são realizados pela equipe de enfermagem e por agentes comunitários de outras microáreas, que se remanejam para comunicar as famílias, conforme destacam os depoimentos:

“... a cobertura da área fica deficiente. E procuramos comunicar aos usuários a falta do agente em determinada área e pedimos que se necessitar dos serviços procurar a unidade de saúde” (AUX.ENF01); “Geralmente as visitas de rotina ficam descobertas, os pacientes com risco são acompanhados pela equipe de enfermagem (auxiliar e enfermeira). Caso precise de algum aviso, os ACS’s remanejam-se...” (ENF01); “Na realidade a área fica descoberta por certo período (em torno de mais ou menos de um mês). Após este período é contratado uma nova pessoa. Geram às vezes reclamações por parte da população, algumas pessoas são compreensivas” (ENF02).

Ribeiro, Pires e Blank (2004) entendem que o resultado positivo obtido com as ações iniciais de implantação ajuda no processo de disseminação do programa pelo país, porém destacam, que uma série de condições envolvendo o processo de trabalho das equipes do PSF dificulta, deteriora e torna vulnerável tal processo. Entre essas condições, os autores destacam a diminuição de salários, a redução da força de trabalho qualificada, as formas de contrato, a infraestrutura material, a dinâmica da assistência e condições sociopolíticas para desenvolvimento do trabalho.

De acordo com a auxiliar de enfermagem entrevistada que trabalhou no programa Saúde da Família (2009 a 2011) do município estudado, a troca de membros da equipe “gera inúmeros transtornos, porque quando a própria equipe está se acostumando com o jeito de trabalhar de cada um, acontece a troca”. De fato, as trocas constantes de membros da equipe podem causar problemas para a própria equipe porque o processo de interação é construído ao longo do tempo e com as trocas de experiências.

Dentre as maiores dificuldades apontadas nas entrevistas quando um novo membro é inserido na equipe, destacam-se: a falta de treinamento; período de adaptação ao novo serviço; aprender a lidar com o sistema de computação; adquirir confiança tanto dos membros da equipe quanto dos usuários. Um dos entrevistados destaca que

“a maior dificuldade é a falta de treinamento para o profissional recém-inserido. Outra dificuldade é a falta de perfil para trabalhar na Estratégia de Saúde da Família. Entretanto, o treinamento ‘pré-inserção’ do profissional minimizaria esse segundo agravante” (ENF01).

Sobre a relação inicial com a comunidade os depoimentos demonstram que a dificuldade inicial deixa de existir com o tempo e a convivência, pois se estabelece um vínculo de confiança, conforme depoimentos:

“Foi uma conquista gradativa em cada lar que eu adentrava. A confiança foi sendo estabelecida aos poucos” (ENF02); “Muito boa, não tive resistência por parte da população graças a Deus, pois sempre tive facilidade de me relacionar com as pessoas, devido ao respeito que sempre tive com o próximo” (ACS01).

A pesquisa realizada em 2001 e 2002 pelo Ministério da Saúde (Brasil, 2004<sup>a</sup>) revelou que os vínculos trabalhistas precários estabelecidos com os profissionais das equipes de saúde contribuem para alta rotatividade e insatisfação profissional. Além disso, destacou que o pequeno tempo de permanência dos profissionais nas equipes pode se constituir em fator limitante para o trabalho, dificultando tanto a qualificação dos profissionais até o desempenho das ações, tendo em vista a necessidade de adesão e incorporação de novos valores e o exercício de novas práticas de saúde.

A troca constante de membros da equipe do programa gera transtornos na realização das atividades, conforme explicitado por um dos entrevistados, isso acontece

“porque normalmente esse membro, em especial o ACS, acaba criando um vínculo com a comunidade, vínculo de confiança acima de tudo, pois como o objetivo do programa de saúde da família é de promoção e prevenção, com esse vínculo fica mais fácil a orientação. Isto tudo leva tempo, então com certeza essas mudanças geram transtornos” (ACS01).

Um dos entrevistados relata que “quando ocorre essa troca constante ficam áreas descobertas. Gasta tempo para treinar os novos membros e a dificuldade de atingir as metas aumenta” (ACE01). Pode-se perceber por meio dos depoimentos que o vínculo da equipe com as famílias é restabelecido com o tempo e que a alta rotatividade dos profissionais pode interferir tanto no vínculo que já havia sido estabelecido quanto na qualidade do serviço prestado.

## **8. Análise das Contratações das Equipes de Saúde da Família do Município em Estudo**

O município pesquisado aderiu ao programa em 1997 com apenas uma unidade de saúde. No ano de 2014 o município possuía 05 equipes de saúde da família, além de contar com o apoio de outros profissionais como: farmacêutico, psicólogo clínico, terapeuta ocupacional, nutricionista e fisioterapeuta, que fazem parte do Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF).

O último processo seletivo para selecionar os profissionais para atuar no PSF foi realizado em 2007. Em 2010, ocorreu um processo para seleção dos profissionais do Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF). Depois desses dois certames públicos nenhum outro procedimento de seleção de profissionais para atuar no PSF ocorreu até a realização desta pesquisa.

Em 2006, antes de realizar o primeiro processo seletivo para a seleção de pessoal para atuar no Programa Saúde da Família, o município - por meio de Lei Complementar - criou funções públicas temporárias para implementação do Programa Saúde da Família, Programa de Saúde Bucal e do Combate a Endemias e estabeleceu que as funções ora criadas serão extintas automaticamente, quando do término do programa pelo Governo Federal. Em seu artigo 2º, estabelece que para preenchimento das funções criadas, o município deverá contratar servidores em caráter temporário, enquanto o Governo mantiver o programa Saúde da Família e programa de Combate a Endemias. E no § 1º, deste mesmo artigo esclarece que o preenchimento das funções dar-se-á mediante processo seletivo simplificado público de provas ou de provas e títulos, de acordo com a natureza de suas atribuições e requisitos específicos para o exercício das atividades. Ou seja, a equipe selecionada por processo seletivo tem estabilidade enquanto vigorar o programa e é isso que irá garantir a continuidade de suas ações.

Para analisar o percentual de pessoas contratadas por tempo determinado para atuar no programa Saúde da Família do município foi realizado um levantamento por meio de informações públicas fornecidas no sítio eletrônico do Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde (<http://cnes.datasus.gov.br>) e dados repassados pela Secretaria de Recursos Humanos. Esses dados mostram que há 73 funcionários atuando no programa.

Apesar do foco deste trabalho ser o Programa Saúde da Família foram considerados também os servidores do Programa de Combate a Endemias e do Núcleo de Apoio a Saúde da Família, pois os servidores destes dois programas são alocados no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) por Unidades Básicas de Saúde, ou PSF's.

Os dados fornecidos pela Secretaria de Recursos Humanos do município em 14 de maio de 2014 revelam que dos 73 profissionais em exercício no Programa Saúde da Família, 38 (trinta e oito) ingressaram por processo seletivo de ampla concorrência e 35 (trinta e cinco) eram contratados temporariamente, conforme tabela 1. Ou seja, 47,94% dos funcionários que atuavam em maio/2014 na equipe do Programa Saúde da Família eram por contratos temporários e 52,06% ingressaram por processo seletivo.

Tabela 1 – Comparativo entre o número de profissionais contratados por processo seletivo e por contrato temporário.

Profissionais Atuantes em Maio/2014	Modo de Ingresso	
	Processo Seletivo	Contrato Temporário
Programa Saúde da Família	27	29
Combates a Endemias	06	04
Núcleo de Apoio à Saúde da Família	05	02
<b>TOTAL</b>	<b>38</b>	<b>35</b>

Fonte: Informações fornecidas pela Secretaria de Recursos Humanos do município em 14 de maio de 2014.

Do total de 29 servidores contratados por tempo determinado que atuavam no Programa Saúde da Família, têm-se agentes comunitários de saúde, auxiliar de enfermagem, enfermeiro e médico. Há também 04 servidores contratados que atuam no Programa de Combates a Endemias e 02 servidores contratados que atuam no Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF), sendo um psicólogo clínico e um terapeuta ocupacional.

A Secretaria de Recursos Humanos esclarece ainda que o município optou pela contratação por tempo determinado pela necessidade temporária de excepcional interesse público de acordo com a Lei Complementar 17/2002, que autoriza a contratação. Questionados sobre os parâmetros de seleção para contratação temporária de membros da equipe de saúde da família, o responsável pelo departamento explica que “num primeiro momento é feita pela análise de currículo, analisando a escolaridade, experiência na área, o registro no órgão competente e perfil”. O responsável explica ainda que os contratos firmados têm vigência de 01 (um) ano e podem ser prorrogáveis por igual período.

De acordo com os entrevistados quem ingressou pelo processo seletivo, sente-se mais seguro para exercer suas funções no programa; um dos relatos evidencia esta análise: “porque sem dúvidas a

pressão psicológica que a pessoa sente por medo de perder o emprego interfere na execução de suas tarefas, trabalhar com segurança ainda é o melhor caminho” (ACS01). Outro depoimento evidencia que a garantia estabelecida no processo seletivo

“evita que os administradores públicos fiquem fazendo jogadas políticas, prometendo emprego para quem votou neles. Nesse processo seletivo o agente pode se dedicar, fazer cursos, treinamentos sem ficar preocupado com a mudança de prefeitos” (ACE01).

Para Bertoncini (2000 apud Ribeiro et al., 2004) as condições de trabalho apontadas produzem alienação, impotência, estresse, conflitos, disputa por poder e sentimentos de medo, insegurança, baixa auto-estima, dificultando, assim, as iniciativas para mudar as condições vigentes e garantir a integralidade da assistência.

De acordo com as Diretrizes operacionais disposta na portaria nº 1.886

A substituição de um ACS por suplente classificado no processo seletivo poderá ocorrer em situações onde o ACS: deixa de residir na área de sua atuação; assume outra atividade que comprometa a carga horária necessária para desempenho de suas atividades; não cumpre os compromissos e atribuições assumidas; gera conflitos ou rejeição junto a sua comunidade; o próprio ACS, por motivos particulares, requeira seu afastamento.

A segurança trazida pela estabilidade no serviço, que deve estar garantida no processo seletivo, faz com que o funcionário continue no programa, a não ser que surjam oportunidades melhores ou ocorram as intercorrências citadas na portaria nº 1.866. Caso algum membro da equipe desista, o próximo da lista de espera deverá ser convocado.

## **9. Considerações Finais**

A contratação temporária é um dos fatores que reforçam a precarização do trabalho das equipes do Programa Saúde da Família, sendo responsável pela alta rotatividade e pelo pequeno tempo de permanência dos profissionais nas equipes, o que interfere tanto na qualificação dos profissionais quanto no desempenho das ações do Programa. Os membros da equipe de saúde da família precisam ter uma estabilidade empregatícia com o município para que possam dar continuidade as ações que vem sendo desenvolvidas pelo programa. Conforme avaliação feita pelo Ministério da Saúde a fragilidade das modalidades de contratação deve comprometer a dedicação dos profissionais, com consequências nefastas para a qualidade do trabalho das equipes de saúde.

Por meio das entrevistas pôde-se observar que a rotatividade dos membros das equipes pode comprometer os vínculos entre os membros da equipe como também da equipe com os beneficiários do programa. O pouco tempo de permanência de profissionais na equipe é um problema que vem sendo enfrentando há alguns anos pelas equipes de saúde da família e que não houve mudanças significativas no modo de contratação no município estudado.

Quando os profissionais da equipe de saúde da família são contra-tados por tempo determinado, sem processo seletivo, pautados por outros meios, como, por exemplo, indicação, convite ou simples ocupação de vaga disponível, o gestor coíbe que outros interessados com os mesmos requisitos solicitados pleiteiem a vaga.

Tanto o Ministério da Saúde quanto a legislação em vigor orientam que a contratação da equipe de saúde da família deve ser precedida de processo seletivo público, isto garante que os princípios constitucionais sejam respeitados e permite que todos os interessados com os requisitos exigidos possam pleitear a vaga.

Conclui-se com os depoimentos dos profissionais que atuam no programa, que a contratação temporária pode interferir no programa, desde o fluxo de atividades até na questão do vínculo que a equipe já tinha estabelecido com a comunidade. Além disso, quando a equipe perde um de seus membros, ela deve desdobrar-se para realizar as atividades e a cobertura populacional que eram feitas por esse membro, até que uma nova pessoa seja contratada.

Pode-se afirmar também que a contratação permanente pode melhorar a qualidade do serviço prestado, pois o convívio entre os membros da equipe de saúde e as famílias gera vínculos de confiança que auxilia na aceitação das pessoas para o acompanhamento frequente, principalmente através das visitas domiciliares.

Espera-se que a discussão lance luz para a necessidade de aprofundamento de pesquisas e das possíveis alternativas de inserção desses profissionais nas equipes de saúde da família, a fim de que se alcance a isonomia na seleção, a proteção social destes trabalhadores e a continuidade de um serviço de qualidade oferecido pelo Programa Saúde da Família.

### **Referências bibliográficas**

BRASIL. Ministério da Saúde. Saúde da Família: uma estratégia para reorientação do modelo assistencial. Brasília, DF, 1997. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd09\\_16.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd09_16.pdf). Acesso em 30 de março de 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. Modalidade de contratação de agentes comunitários de saúde – Um pacto tripartite/ Secretaria de Políticas de Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2002. Disponível em [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/contratacao\\_agentes.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/contratacao_agentes.pdf). Acesso em 01 abril de 2014.

BRASIL. Portaria nº 1886/GM, 1997. Disponível em: [http://189.28.128.100/dab/docs/legislacao/portaria1886\\_18\\_12\\_97.pdf](http://189.28.128.100/dab/docs/legislacao/portaria1886_18_12_97.pdf). Acesso em 01 abril 2014.

BRASIL. Lei nº 8.745 de 09 de dezembro de 1993. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/L8745cons.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8745cons.htm). Acesso em 02 abril de 2014.

BRASIL. Lei nº 11.350 de 05 de outubro de 2006. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2004-2006/2006/lei/111350.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2006/lei/111350.htm). Acesso em 01 abril de 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Avaliação normativa do Programa Saúde da Família no Brasil: monitoramento da implantação e funcionamento das equipes de saúde da família: 2001-2002/ Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2004a. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/avaliacao\\_normativa\\_programa\\_saude\\_familia.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/avaliacao_normativa_programa_saude_familia.pdf) Acesso em 29 de abril de 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Perfil de competências profissionais do agente comunitário de saúde. Brasília, 2003. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/perfil\\_competencia\\_acs.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/perfil_competencia_acs.pdf)

BRASIL. Ministério da Saúde. Ministério da Educação. Referencial curricular para curso técnico de agente comunitário de saúde: área profissional saúde /Ministério da Saúde, Ministério da Educação. – Brasília: Ministério da Saúde, 2004b. Disponível em: [http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/referencial\\_Curricular\\_ACS.pdf](http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/referencial_Curricular_ACS.pdf). Acesso em 17 de maio de 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Comitê Nacional Interinstitucional de Desprecarização do Trabalho do SUS. Orientações Gerais para elaboração de editais – Processo Seletivo Público (Agentes Comunitários de Saúde e Agentes de Combate a Endemias). Brasília, 2006. Disponível em: [http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/desprec\\_cart.pdf](http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/desprec_cart.pdf) . Acesso em 10 de junho de 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.488 de 21 de outubro de 2011. Disponível em: [http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488\\_21\\_10\\_2011.html](http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488_21_10_2011.html). Acesso em 05 de agosto de 2015.

BRASIL. Ministério Público de Contas do Estado do Amazonas. Parecer nº 5238/2012-MP-EFC. Disponível em: [http://mpc.tce.am.gov.br/wp-content/uploads/PROC\\_6368-2012\\_PARECER\\_5238-2012\\_EFC.pdf](http://mpc.tce.am.gov.br/wp-content/uploads/PROC_6368-2012_PARECER_5238-2012_EFC.pdf) . Acesso em 17 de maio de 2014.

BRESSER-PEREIRA, L. C. Do Estado Patrimonial ao Gerencial. Disponível em: <http://www.bresserpereira.org.br/papers/2000/00-73estadopatrimonial-gerencial.pdf> . Acesso em 28 de abril de 2014.

COTTA, R.M.M., SCHOTT, M., AZEREDO, C.M., FRANCESCHINI, S.C.C., PRIORI, S.E. & DIAS, G. Organização do trabalho e perfil dos profissionais do Programa Saúde da Família: um desafio na reestruturação da atenção básica em saúde. Disponível em: <http://iah.iec.pa.gov.br/iah/fulltext/pc/portal/ess/v15n3/pdf/v15n3a02.pdf>. Acesso em 16 de maio de 2014.

JUNQUILHO, G. S. Teorias da administração pública – Florianópolis: Departamento de Ciências da Administração / UFSC; [Brasília: CAPES: UAB, 2010. 182p.: il. Disponível em: [http://ead.uepb.edu.br/arquivos/Livros\\_UEPB\\_053\\_2012/01-teorias%20da%20administra%E7%E3o%20publica/livro%20grafica%20TGAPublica.pdf](http://ead.uepb.edu.br/arquivos/Livros_UEPB_053_2012/01-teorias%20da%20administra%E7%E3o%20publica/livro%20grafica%20TGAPublica.pdf) . Acesso em 05 de junho de 2014.

OLIVEIRA, E. M.; SPIRI, W.C. Programa Saúde da Família: a experiência de equipe multiprofissional. Rev. Saúde Pública 2006; 40 (4); 727-33. Faculdade de Medicina de Botucatu, Universidade Estadual Paulista, Botucatu, SP, 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v40n4/25.pdf> acesso em 30 de março de 2014.

OLIVEIRA, J. A. P. Repensando políticas públicas: porque freqüentemente falhamos no planejamento? Estado e Gestão Pública: visões do Brasil Contemporâneo. Rio de Janeiro: Editora FGV, 2006. Páginas 189-204. Disponível em: <http://books.google.com.br/books?hl=pt-BR&lr=&id=5vXkrKvGt5oC&oi=fnd&pg=PA189&dq=phd+em+pol%C3%ADticas+p%C3%BAblicas+autores&ots=fKJQHauz4e&sig=jRfHcMo4kDXkwFhKOaFSZ1LpaqY#v=onepage&q&f=false>. Acesso em 16 de maio 2014.

Organização Pan-Americana da Saúde. Avaliação de tendências e prioridades sobre recursos humanos de saúde. Brasília: Opas; 2002. Disponível em: <file:///C:/Users/bahia/Downloads/Avaliacao-Tendencias-Prioridades.pdf>. Acesso em 22 de maio de 2014.

QUEIROZ, Roosevelt Brasil. Formação e Gestão de políticas Públicas. 2ª edição. Curitiba: Ibpx, 2009.

ROSA, W.A.G.; LABATE, R.C. Programa Saúde da Família: a construção de um novo modelo de assistência. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v13n6/v13n6a16.pdf>. Acesso em 30 de março de 2014.

PEDROSA, J. I. S.; TELES, J. B. M. Consenso e diferenças em equipes do Programa Saúde da Família. Rev. Saúde Pública, 2001; 35 (3); 303-11. Departamento de Medicina Comunitária da Universidade Federal do Piauí. Teresina, PI, 2001. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v35n3/5017.pdf> . Acesso em 02 de abril de 2014.

RIBEIRO, E.M, PIRES, D, BLANK, V.L.G. A Teorização sobre processo de trabalho em saúde como instrumental para análise do trabalho no Programa Saúde da Família. Cadernos de Saúde Pública 2004;2:438-446. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v20n2/11.pdf> Acesso em 25 de maio de 2014.

SILVA, A. F. Federalismo, descentralização, municipalização e direito à educação básica no Brasil. XXIV Simpósio Brasileiro de Política e Administração da Educação, Vitória, ES, 2009. Disponível em: [http://www.anpae.org.br/congressos\\_antigos/simposio2009/33.pdf](http://www.anpae.org.br/congressos_antigos/simposio2009/33.pdf).