

# Plano de carreira, cargos e salários: ferramenta favorável à valorização dos recursos humanos em saúde pública

## Plan of careers, offices and salaries: tools favorable at valorization of recourses on Public Health

Adriana Cristina Oliva Costa<sup>1</sup>, Suzely Adas Saliba Moimaz<sup>2</sup>, Artênio José Ispere Garbin<sup>3</sup>, Cléa Adas Saliba Garbin<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Doutoranda em Odontologia Social e Preventiva. Departamento de Odontologia Infantil e Social da Faculdade de Odontologia de Araçatuba. Universidade Estadual Júlio de Mesquita Filho, São Paulo - Brasil.

<sup>2</sup> Professora Doutora Adjunta. Departamento de Odontologia Infantil e Social da Faculdade de Odontologia de Araçatuba. Universidade Estadual Júlio de Mesquita Filho, São Paulo - Brasil.

<sup>3</sup> Professor Assistente. Departamento de Odontologia Infantil e Social da Faculdade de Odontologia de Araçatuba. Universidade Estadual Júlio de Mesquita Filho, São Paulo - Brasil.

### DESCRITORES:

Recursos Humanos. Gestão em Saúde. Odontologia. Salários. Serviços de Saúde.

### RESUMO

Os recursos humanos no Sistema Único de Saúde (SUS) são sujeitos sociais importantes para que o Estado, apoiado nos ditames da Constituição Brasileira, garanta a saúde como direito à população brasileira. O Plano de Carreira, Cargos e Salários (PCCS) é uma ferramenta administrativa que deve ser elaborado para atender aos objetivos da organização mantendo o nível de satisfação dos servidores, com uma política de Recursos Humanos que permita seu desenvolvimento para, então, ter produtividade, eficiência e objetividade dos serviços prestados à comunidade. O propósito deste artigo é de contextualizar o PCCS como instrumento de Gestão de Pessoas, para nortear e incentivar uma das formas de despreciação da força de trabalho de profissionais de Odontologia do SUS. Foi realizada uma revisão da literatura e consultados documentos oficiais do Ministério da Saúde, como portarias, leis, relatórios de conferências de saúde. Verificou-se que, embora exista apoio legal para que os municípios utilizem o PCCS-SUS como ferramenta para atrair e manter o dentista a desenvolver sua profissão no SUS, ainda é constante a falta de valorização deste profissional, o que impede sua dedicação exclusiva aos serviços públicos de saúde, haja vista que o trabalho precário em Odontologia é observado em várias regiões do Brasil.

### Keywords:

Human Recourses. Health Management. Dental Care. Salaries. Health Services.

### ABSTRACT

Human recourses on Brazilian Health System (SUS) are important social points because on this form the State can guarantee the health like a right of Brazilian population, based on National Constitution Dictates. The Plan of Offices, Careers and Salaries (PCCS) is an administrative tool that should be elaborated to attendance objectives of organization. It maintain the satisfaction level of workers, with a politic of Human Recourses that allows its development and so, can get higher productivity, efficiency and objectivity of services rendered at community. The aim of this study is to contextualize the PCCS like an instrument of People Management to guide and incentive one of forms to turn no precarious the work force of Public System Dental Professionals in SUS. For them, it was realized a literature review, and official documents of Health Ministry were consulted, like governmental decrees, laws, health conference written report. It was possible to verify that, although there is legal basement on the use of PCCS-SUS by Brazilian cities like a tool to attract and maintain dental surgeon developing his profession on SUS, is often the absence of valorization of this professional, and this situation no allows his exclusive dedication at health public services. Precarious work in Dentistry is still observed on many regions of Brazil.

119

### Endereço para Correspondência

Faculdade de Odontologia de Araçatuba  
Rua José Bonifácio, 1193 Araçatuba / São Paulo / Brasil  
CEP: 16015-050. Tel: (18) 3636-3250.  
E-mail: secrdos@foa.unesp.br  
Manter contato com: costa\_ol28@hotmail.com

## INTRODUÇÃO

Os recursos humanos no Sistema Único de Saúde (SUS) são sujeitos sociais importantes para que o Estado, apoiado nos ditames da Constituição Brasileira, garanta a saúde como direito à população brasileira.

No contexto geral do setor da saúde público e privado, o Brasil conta com 2.556.694 empregos de saúde, sendo que, deste montante, 6,5% estão na região Norte, 24,8%, na região Nordeste, 7,6%, na região Centro-Oeste, 46,7%, na re-

gião Sudeste e 14,4% na região Sul. No entanto, o setor público detém mais da metade destes (56%), constituindo-se no maior empregador, distribuídos nas três esferas de governo da seguinte forma: empregos federais (7%); estaduais (24%) e empregos municipais (69%). Também de grande relevância na oferta e demanda de profissionais, o setor privado complementar representa 44% dos empregos<sup>5</sup>.

Sendo o SUS um grande empregador, ressalta-se que o Ministério da Saúde do Brasil consagrou o ano de 2006 como o Ano dos Trabalhadores em Saúde, lembrando ainda que o tema "Recursos Humanos em Saúde" ocupará destaque na

agenda da Organização Mundial da Saúde (OMS) e Organização Panamericana de Saúde (OPAS) para os próximos 10 anos, objetivando a necessidade de ampliar as ações em benefício dos trabalhadores em saúde no Brasil<sup>3</sup>.

No entanto, na realidade do dia-a-dia de trabalho no SUS, muitos são os problemas enfrentados pelos trabalhadores de saúde: baixos salários é o fator determinante que impossibilita a dedicação do profissional exclusivamente no SUS; diversos tipos de vínculos empregatícios; condições precárias de execução das atividades essenciais; ausência de incentivos; condições inadequadas de qualificação/especialização e de infraestrutura, fatores estes que direta ou indiretamente interferem na prestação de serviços de saúde aos usuários do SUS<sup>27</sup>. Não obstante, no final de cada mandato eletivo, tanto na esfera municipal quanto na estadual e na federal levam as inevitáveis trocas de pessoal em cargos de coordenação, e consequentemente, na mudança de políticas de gerenciamento, interferindo diretamente na prestação de serviços aos usuários do SUS.

Diante do exposto, o propósito deste artigo é o de contextualizar o PCCS como instrumento de Gestão de Pessoas, para nortear e incentivar uma das formas de desprecarização da força de trabalho de profissionais de Odontologia do SUS.

## DESENVOLVIMENTO

No relatório final da 11ª Conferência Nacional de Saúde (2000), observa-se que os desafios para que os serviços de saúde passem a integrar o cotidiano da vida dos brasileiros, com qualidade e integralidade necessárias à saúde, para assim efetivar o SUS, são: reduzir as desigualdades regionais e ampliar a oferta de ações de saúde, de modo que os mais afetados pelas desigualdades sociais tenham tal acesso. Nessa perspectiva, é importante destacar que, no setor saúde, os recursos humanos constituem a base para a viabilização e a implementação dos projetos, das ações e dos serviços de saúde disponíveis para a população, de forma que os investimentos nos recursos humanos irão influenciar decisivamente na melhoria da qualidade do sistema de saúde brasileiro, consequentemente a efetivação do SUS<sup>12</sup>. No relatório da 12ª Conferência Nacional de Saúde (2003), ressalta-se que os trabalhadores do SUS não podem ser vistos como mais um recurso da Saúde, lembrando-se ainda que todas as mudanças no modelo de atenção dependem necessariamente da adesão dos profissionais de saúde e da qualidade do seu trabalho. Contudo, esta adesão e qualidade dependem das condições de trabalho e da capacitação para o seu exercício, com remuneração justa<sup>13</sup>. Na 3ª Conferência Nacional de Saúde Bucal, na área temática "O trabalho em Saúde Bucal", está proposto que sejam garantidos recursos financeiros para implantação ou reestruturação do PCCS, nas três esferas de governo, para todos os trabalhadores de saúde com ênfase na humanização dos serviços de saúde, qualidade de vida do trabalhador e do caráter multiprofissional do trabalho na saúde<sup>11</sup>.

## O TRABALHO PRECÁRIO NO SUS

Dentre as diretrizes para a Norma Operacional Básica de Recursos Humanos do SUS - NOB/RH-SUS14, a mais complexa refere-se aos recursos humanos, que vem sofrendo o maior processo de desregulamentação dentro da política de reforma do Estado, lembrando-se que, segundo Ferreira e Moura<sup>25</sup>, em 2006, ao realizar análise dos relatórios das conferências, observaram que os temas para as recomendações relacionadas a recursos humanos sempre mereceram lugar de destaque, observando-se necessidades de se implantarem as mudanças

nos serviços de saúde, mas, para isso, seria preciso investir neste segmento.

O trabalho precário "é a ausência de proteção social do trabalho, isto é, situação em que este se realiza desprovido de certos direitos e benefícios constitucionalmente assegurados", assim o é definido classicamente, ressalta Araújo et. al.<sup>1</sup>, afirmando ainda em seu estudo que outras variáveis podem se somar a este conceito, como: baixos vencimentos ou salários, inadequadas condições de trabalho.

Pode-se considerar também como condições inadequadas de trabalho os aspectos relacionados ao ambiente físico de trabalho que expõem o trabalhador/usuário a situações de riscos à saúde e/ou impede o profissional de saúde desenvolver sua função; jornada de trabalho aliada ao excesso de hora extra ou plantões, a falta de recursos humanos na equipe, por exemplo, fatores estes que influenciarão na qualidade de prestação de serviço aos usuários bem são fatores condicionantes de stress, interferindo assim, na saúde do profissional, bem como na qualidade do serviço prestado.

A "precarização do trabalho", segundo o Conselho Nacional de Secretários de Saúde<sup>4</sup>, contribui decisivamente para a existência de alguns problemas enfrentados pelo setor público de saúde, tais como a falta ou o pouco compromisso dos trabalhadores com a instituição e com os usuários do sistema, a baixa qualidade dos serviços, a alta rotatividade de trabalhadores e a dificuldade de formação de vínculo entre os usuários e as equipes de saúde, além de problemas de cunho trabalhista, com previsão de sanções para o gestor.

## A ODONTOLOGIA NO SUS E O TRABALHO PRECÁRIO

As políticas públicas do governo federal, em se tratando de Odontologia, formuladas neste novo século, contribuíram de forma ímpar para o crescimento da categoria odontológica. A inclusão das equipes de Saúde Bucal no Programa da Saúde da Família, em 2000, com a Portaria nº 1444 e, mais recentemente, em 2004, com a instituição da Política Nacional de Saúde Bucal, novas oportunidades de trabalho para os profissionais de odontologia foram geradas neste processo de reorganização da Atenção Básica e da Atenção Especializada<sup>19</sup>.

Todavia, Souza e Roncalli<sup>32</sup>, na pesquisa realizada com 19 coordenadores ou responsáveis pela saúde bucal e 25 dentistas do PSF do Rio Grande do Norte, ao observar a forma de seleção dos profissionais para integrar as equipes de saúde bucal do referido programa, aponta a precarização das relações de trabalho, evidenciadas pelas maneiras informais de vinculação e contratação desses profissionais, observando-se um grande número de dentistas (40%), mantendo uma relação com o município por meio de contratos temporários, contratações estas feitas por indicação e não, por concurso público, o que acarreta instabilidade no emprego.

Segundo o resultado do estudo de Rodrigues et.al.<sup>30</sup>, cerca de um quarto dos vínculos contratuais são do tipo contrato informal; no entanto, o estudo de Silva<sup>31</sup> relata que, em relação ao vínculo empregatício dos cirurgiões-dentistas empregados nos municípios fluminenses, a maioria dos profissionais foram contratados por intermédio de cooperativas (38,1%), 23,8% eram prestadores de serviços, sendo remunerados após emissão de recibo profissional autônomo, 14,3% cumpriam um contrato temporário de trabalho e também, 14,3% eram de funcionários estatutários que receberam uma gratificação adicional por trabalharem no PSF; finalizando, 9,5% eram empregados pelo regime da Confederação das Leis do Trabalho (CLT).

Brasil<sup>15</sup>, na pesquisa de âmbito nacional, verificaram que as contratações são realizadas na maior parte dos municípios

pelas próprias prefeituras, sendo contratos temporários ou prestação de serviços as duas principais formas de contratar profissionais da equipe do PSF e equipe de saúde bucal, o que enfraquece o vínculo dos profissionais.

Lourenço<sup>26</sup>, ao avaliar as equipes de saúde bucal do PSF de 166 municípios do Estado de Minas Gerais, observou que 21% dos municípios relataram efetuar teste seletivo interno dos profissionais existentes na rede para preencherem as vagas do PSF, 12% efetuaram concurso público, 16,3% efetuaram credenciamento dos profissionais e 50,6% relataram efetuar outras formas de contratação como: indicação política, nomeação, licitação, terceirização, contratos por cooperativas, por prestação de serviço, entre outros.

Em se tratando de Saúde Pública Brasileira, na Odontologia, o trabalho precário caracterizado pela contratação sem concurso público, ausência de vínculos contratuais e salários baixos, podem ser identificados como obstáculos para o desenvolvimento do sistema. As condições inadequadas de trabalho também devem ser observadas e consideradas como condicionantes do trabalho precário, pois as circunstâncias em que os profissionais são submetidos dificultam, ou até mesmo impedem o desempenho da função dentro dos preceitos éticos, morais e científicos. Tais condições expõem os profissionais não somente a risco de acidentes de trabalho mas também impulsionam a existência do preconceito social de inoperância dos trabalhadores por “falta de vontade”. Sendo assim, sugere-se que equipamentos degradados pelo uso, pela falta de manutenção, alguns por estarem ultrapassados pela evolução tecnológica, ainda, a falha ou ausência do fornecimento de equipamentos de proteção coletivo e individual no ambiente de trabalho e de material de consumo para que os profissionais possam desempenhar suas atribuições também podem ser identificados como obstáculos para o desenvolvimento do SUS. Essa questão compromete a relação da equipe de Saúde Bucal com o sistema, prejudicando a qualidade e a continuidade dos serviços odontológicos prestados pelo SUS.

Facó et. al.<sup>24</sup> em sua investigação, analisando o perfil do Cirurgião-dentista do PSF em dez municípios da Microrregião II, Ceará, concluiu que satisfação de um profissional decorre não só do prazer da prática mas também da remuneração justa e reconhecida de seu contratante, observando-se ainda que, embora o cirurgião-dentista possa gostar do trabalho em saúde coletiva e dos propósitos que este serviço possui, dois pontos se mostram a afligir a categoria que são: os padrões salariais do setor bastante defasados e a falta de vínculo empregatício, desestimulando os profissionais à dedicação aos serviços públicos.

No início de 2006, o Conselho Regional de Odontologia de Goiás iniciou uma série de visitas a municípios do interior do Estado para conhecer as Unidades de Saúde que dispõem de serviço de odontologia e verificar as condições de trabalho dos profissionais. Até o mês de março do referido ano, foram visitados cinco municípios e observou-se que em todas as cidades visitadas, as Unidades Básicas de Saúde, com raras exceções, apresentaram instalações físicas degradadas; abastecimento irregular de materiais; instrumentos, insumos e manutenção de equipamentos inadequados. Além da falta de condições de trabalho, foi observado que imperam as contratações precárias, ou seja, sem concurso público, com ênfase aos profissionais que atuam no Programa de Saúde da Família. Em um destes municípios, por exemplo, constatou-se que a contratação sem concurso público é a de maior frequência, haja vista que do total de 47 dentistas existentes na rede pública, apenas 02 eram concursados<sup>23</sup>.

Embora a profissão de Cirurgião-dentista seja devidamente regulamentada, enfoca Carvalho<sup>21</sup>, em 2003, que tem se observado a atividade ilegal da profissão, exercida pelos

“dentistas práticos” no Brasil. Mesmo sendo considerado crime contra a saúde pública, o exercício da Odontologia pelos dentistas práticos é bastante comum, especialmente nas cidades do interior e nas periferias das capitais. Os Conselhos Regionais de Odontologia (CROs) se constituem em uma fonte para estimar o número de “dentistas práticos” no País, que, por meio da fiscalização de rotina nos consultórios ou através de denúncias, acabam sendo encontrados. De acordo com a referida autora, em 2003, segundo os dados obtidos nos CROs participantes de sua pesquisa, estimou-se a existência de 27 mil “dentistas práticos” atuando no âmbito de saúde bucal contra a existência de 170 mil dentistas registrados no Conselho Federal de Odontologia, afirmando ainda que a existência dos “dentistas práticos” não estava vinculada à escassez de cirurgiões-dentistas legalmente habilitados no país, e sim, ao menos em parte, pela má distribuição destes profissionais credenciados no país. A existência deste número significativo de “dentistas práticos” pode ser explicada pelo fato de que uma grande parcela da população, geralmente carente, não tem acesso aos serviços públicos de odontologia.

O Conselho Regional de Odontologia de Goiás, em 2007, verificou que havia somente em Goiânia mais de 80 falsos odontólogos, entretanto no Estado de Goiás, estimava-se que a quantidade supere a 300 falsos dentistas. Tais números, de acordo com o presidente do CRO-GO, não são precisos, uma vez que esses falsos dentistas, após serem descobertos, mudam de endereço ou migram para outra cidade, dificultando o controle por parte do CRO-GO<sup>29</sup>.

Costa<sup>22</sup>, em 2005, ao avaliar a distribuição geográfica do cirurgião-dentista na região administrativa de Campinas, resalta que políticas reguladoras devem ser elaboradas para o controle do número de profissionais e o controle no mercado de trabalho para o dentista e equipe. Enfoca que tanto a superpopulação de dentista como a ausência total deles, nas diversas regiões do País, abre precedentes para que exista a prática ilegal da profissão, por “dentistas práticos”, que se sujeitem a buscar locais inexplorados, ao que os cirurgiões-dentistas não se sujeitam.

O número expressivo de “dentistas práticos” aliado à falta de oferta de serviços odontológicos em algumas regiões do Brasil sugere que a universalidade e equidade são ainda desafios a serem enfrentados nesse grande e complexo sistema chamado SUS. Observa-se, entretanto, que o setor público, em se tratando de saúde bucal, tem recebido investimentos e com isso o SUS passou a ser um grande empregador no setor de saúde bucal. Contudo, muito investimento ainda deverá existir para que a população brasileira tenha acesso com resolubilidade e qualidade aos serviços oferecidos pelo SUS no setor de saúde bucal.

Considerando os aspectos até aqui destacados, bem como a Política Nacional de Saúde Bucal, evidencia-se a implementação do PCCS como uma das formas de valorização dos profissionais da saúde no SUS, uma vez que por meio deste, é possível um sistema de carreiras unificadas, baseado na produtividade, no desempenho, na capacitação e na progressão com a admissão por concurso público, fatores que contribuirão para a valorização dos profissionais da equipe de Saúde Bucal.

## O PLANO DE CARREIRA, CARGOS E SALÁRIOS NO SUS

A 8ª Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1986, é um marco histórico e vitorioso da Reforma Sanitária no País. Entre outras questões, contemplou as relativas aos trabalhadores em saúde, com destaque para remuneração condigna, isonomia salarial, admissão por concurso público, estabilidade

no emprego, incentivo à dedicação exclusiva e direito à sindicalização e à greve, ao lado da urgência na adequação da formação profissional às necessidades colocadas pela realidade. A I Conferência Nacional de Recursos Humanos em Saúde, também realizada em 1986, consolidou as análises até então realizadas sobre a temática, detalhando e propondo uma agenda para o movimento da Reforma Sanitária no tocante à política de gestão do trabalho e de formação e desenvolvimento dos trabalhadores de saúde e a implementação do SUS<sup>10</sup>. A implantação de PCCS-SUS há tempos tem sido constantemente referida como fundamental, não somente para o desenvolvimento gerencial dos serviços de saúde mas sobretudo para a consolidação do Sistema Único de Saúde. Entre as estratégias apontadas no sentido da despreciação do trabalho no SUS também está centrado o tema PCCS-SUS, que tem sido discutido pelo Governo há alguns anos.

O Plano de Carreira é definido como o conjunto de normas que disciplinam o ingresso e instituem oportunidades e estímulos ao desenvolvimento pessoal e profissional dos trabalhadores de forma a contribuir com a qualificação dos serviços prestados pelos órgãos e instituições, constituindo-se em instrumento de gestão da política de pessoa<sup>7</sup>.

Na Lei Federal 8.142/90, está clara, no Art.4º, inciso VI, a determinação da obrigatoriedade da existência do PCCS para todos no sistema de saúde, nos níveis federal, estadual e municipal<sup>6</sup>. No entanto, tem-se observado que, na maioria dos municípios brasileiros, não há aplicabilidade de tais leis. No Estado da Paraíba, por exemplo, segundo a Assessoria da Imprensa dos Sindicatos da Saúde 2, desde a promulgação da lei 8.142/90 até o ano de 2007, dos 223 municípios paraibanos apenas dois possuem o PCCS. Todavia, é competência do Ministério da Saúde apoiar e estimular a instituição de PCCS-SUS nos Estados, nos municípios e no Distrito Federal, estabelecendo assim, uma política de gestão do trabalho articulada, compatibilizando as diferentes realidades sociais e institucionais no País<sup>16</sup>.

Em cumprimento à previsão legal e ao compromisso do Governo Federal, foi criada a Comissão Especial para elaboração das diretrizes do PCCS-SUS Portaria nº. 626, de 08 de abril de 2004. Em 6 de junho de 2007, dada a complexidade do assunto, foi publicada, no Diário Oficial da União, nº108, a Portaria nº. 1.318/GM, de 5 de junho de 2007, que determina as Diretrizes Nacionais para a Instituição ou Reformulação de PCCS-SUS e em 14 de agosto de 2007, foi publicada, no Diário Oficial da União, nº158, a Portaria nº. 1.963/GM de 14 de agosto de 2007, que institui a Comissão para assessorar os órgãos e as instituições integrantes do Sistema Único de Saúde na elaboração ou na reformulação de PCCS-SUS<sup>17,18,20</sup>.

Considerando os princípios norteadores das Diretrizes Nacionais para a instituição do PCCS-SUS, espera-se que no SUS, futuramente, outra realidade no tocante aos recursos humanos. Se hoje, constata-se a existência de contratação sem concurso público, ausência de vínculos contratuais e salários baixos dos profissionais de saúde os fatores que dificultam a fixação do profissional no SUS e que interferem na continuidade de programas de saúde espera-se que com a implementação do PCCS-SUS como instrumento para a valorização dos profissionais, mudanças plausíveis possam acontecer, pois a forma de contratação será somente por concurso, cujo resultado será: a existência de vínculos, o desenvolvimento na carreira do trabalhador será através da promoção e progressão, será permitida a concessão de gratificações ou adicionais no interesse da administração ao trabalhador pelo exercício em condições especiais como: dedicação exclusiva ao SUS, atuação na atenção básica, posto de trabalho de difícil provimento ou localização em área longínqua ou de difícil acesso, atividade de alto risco e exercício profissional em urgência ou emer-

gência, lembrando-se ainda que outras condições especiais poderão ser objeto de gratificação ou adicional ficando a critério do dirigente do órgão ou instituição. Tais fatos refletirão positivamente na vida do profissional de saúde, possibilitando o desenvolvimento de uma carreira no SUS, idealizando assim, uma aposentadoria condigna. Conseqüentemente, tais vantagens advindas do PCCS-SUS também contribuirão para a melhoria da prestação de serviços à população brasileira usuária do Sistema Único de Saúde.

A discussão sobre o tema PCCS-SUS vem ocorrendo por mais de uma década, e embora exista amparo legal, na Lei Federal 8.142/90, no Art.4º, inciso VI, que determina a obrigatoriedade da existência do PCCS para todo o sistema de saúde, nas três esferas de governo, a implantação do PCCS se constitui ainda para os gestores em um grande desafio.

É certo que, com a criação da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação e de seus respectivos departamentos, avanços têm ocorrido no que se refere ao contexto de Recursos Humanos em Saúde, haja vista hoje, as Portarias nº. 1.318/GM, de 5 de junho de 2007 e nº. 1.963/GM, de 14 de agosto de 2007. No entanto, cabe ao Estado exercer o seu status de Estado, direcionando, amparando e fiscalizando os 5.564 municípios brasileiros, garantindo o cumprimento da Lei Federal 8.142/90, para que haja a valorização dos Recursos Humanos no SUS, em todas as esferas de governo. Ratifica-se, no entanto, que o referido tema aqui abordado, não constitui a solução de todos os problemas enfrentados pelos trabalhadores de saúde no SUS sugere-se, contudo, ser este uma ferramenta adequada para a valorização e despreciação dos recursos humanos no SUS.

## CONCLUSÃO

Conclui-se que, embora exista apoio legal afim de que os municípios utilizem o PCCS-SUS como ferramenta para atrair e manter o dentista a desenvolver sua profissão no SUS, ainda é constante a falta de valorização deste profissional, o que impede sua dedicação exclusiva aos serviços públicos de saúde, haja vista que o trabalho precário em Odontologia é observado em várias regiões do Brasil.

## REFERÊNCIAS

01. Araújo LM, Machado MH, Vitalino HA, Paiva J, Toloza DC. Para subsidiar a discussão sobre a despreciação do trabalho no SUS. Cad RH Saúde 2006; 3:163-173.
02. Assessoria de Imprensa dos Sindicatos de Saúde da Paraíba. Sindicatos de saúde querem entrar na justiça contra preferências (on line). Disponível em URL: <http://www.portalcorreio.com.br/noticias/matler.asp?newsId=15204> (2007 out.26).
03. Assunção AA, Belisário SA, Campos FE, D'Ávila LS. Recursos humanos e trabalho em saúde: os desafios de uma agenda de pesquisa. Cad Saúde Pública 2007; 23: 5193-5201.
04. Brasil. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Gestão do trabalho na saúde. Brasília: CONASS; 2007.
05. Brasil. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Estatísticas da saúde: assistência médico-sanitária 2005 (on line). Disponível em URL: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/condicaoodevida/ams/2005/default.shtm> (2005 abr. 27).
06. Brasil. Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Diário Oficial da União 1990; 31 dez.
07. Brasil. Ministério da Saúde. Diretrizes nacionais para a ins-

- tuição de planos de carreiras, cargos e salários no âmbito do Sistema Único de Saúde: proposta para discussão e aprovação. Brasília: Ministério da Saúde; 2006.
08. Brasil. Ministério da Saúde. Manual do Programa Brasil Sorridente (on line). Disponível em ERL: [http://portal.saude.gov.br/portal/area.cfm?id\\_area=406](http://portal.saude.gov.br/portal/area.cfm?id_area=406) (2004 abr.4)
09. Brasil. Ministério da Saúde. Programa nacional de desprecarização do trabalho no SUS: desprecarização do trabalho no SUS: perguntas & respostas. Brasília: Ministério da Saúde; 2006.
10. Brasil. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. 3ª Conferência Nacional de Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde: trabalhadores de saúde e a saúde de todos os brasileiros: práticas do trabalho, gestão, formação e participação: documento base. Brasília: Ministério da Saúde; 2005.
11. Brasil. Ministério da Saúde. Conselho Nacional da Saúde. 3ª Conferência Nacional de Saúde Bucal: acesso e qualidade superando exclusão social: relatório final. Brasília: Ministério da Saúde; 2005.
12. Brasil. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. 11ª Conferência Nacional de Saúde: o Brasil falando como quer ser tratado: efetivando SUS: acesso, qualidade e humanização na atenção à saúde com controle social: relatório final. Brasília: Ministério da Saúde; 2002.
13. Brasil. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Conferência Sérgio Arouca: relatório final. Brasília: Ministério da Saúde; 2004.
14. Brasil. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Princípios e diretrizes para a NOB/RH-SUS. 2ª ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2003.
15. Brasil. Ministério da Saúde. Coordenação Geral da Política de Recursos Humanos. Agentes institucionais e modalidades de contratação de pessoal no Programa de Saúde da Família no Brasil: relatório de pesquisa. Belo Horizonte: Universidade Federal de Minas Gerais; 2002.
16. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Gestão do trabalho e da regulação profissional em saúde: agenda positiva do Departamento de Gestão e da Regulação do Trabalho em Saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2005.
17. Brasil. Portaria nº. 626, de 8 de abril de 2004. **Cria** Comissão Especial para elaborar as diretrizes do Plano de Carreira, Cargos e Salários do âmbito do SUS. Diário Oficial da União 2004; 12 abr.
18. Brasil. Portaria nº 1.318, de 5 de junho de 2007. Publica as diretrizes nacionais para a instituição ou reformulação de planos de carreiras, cargos e salários. Diário Oficial da União 2007; 6 jun.
19. Brasil. Portaria nº 1.444, de 28 de dezembro de 2000. Estabelece incentivo financeiro para reorganização da saúde bucal prestada nos municípios por meio do Programa de Saúde da Família. Diário Oficial da União 2000; 29 dez.
20. Brasil. Portaria nº **1.963**, de 14 de agosto de 2007. Institui Comissão para assessorar os órgãos e as instituições integrantes do Sistema Único de Saúde (SUS) na elaboração ou na reformulação de Planos de Carreiras, Cargos e Salários. Diário Oficial da União. 2007; 16 ago.
21. Carvalho CL. Dentistas práticos no Brasil: história de exclusão e resistência na profissionalização da odontologia brasileira. Rio de Janeiro, 2003(Tese). Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública; 2003.
22. Costa ACO. Distribuição geográfica dos profissionais de odontologia na região administrativa de Campinas, SP 1970/2005. Campinas, 2005 (Dissertação). Piracicaba: Universidade Estadual de Campinas; 2005.
23. Conselho Regional de Odontologia de Goiás. CRO-GO visita unidades públicas da capital e interior. Jornal do CRO-GO 2006; 51:6.
24. Facó EF, Viana LMO, Bastos VA, Nuto SAS. O cirurgião-dentista e o programa saúde da família na microrregião II, Ceará, Brasil. Rev Bras Promoção Saúde 2005; 18:70-77.
25. Ferreira MAL, Moura AAG. Evolução da política de recursos humanos a partir da análise das Conferências Nacionais de Saúde. Recife: Fundação Oswaldo Cruz; 2006.
26. Lourenço EC. A inserção de equipes de saúde bucal no programa de saúde da família no Estado de Minas Gerais. Piracicaba, 2005 (Dissertação). Piracicaba: Universidade Estadual de Campinas; 2005.
27. Machado MH. Gestão do trabalho em saúde no contexto de mudanças. Rev Adm Pública 2000; 34: 133-146.
28. Machado MH. Uma nueva visión de la regulación de los recursos humanos en salud. Estudio de caso: Brasil. In: XIII Curso OPS/OMS-CIESS Legislación de Salud: La Regulación de la Práctica Profesional em Salud; 2006 Sep 4-8; México, D.F.
29. Ribeiro D. Falsos dentistas são presos. JDiário Manhã 2007; 5.
30. Rodrigues DA, Roncalli AG, Rodrigues KCMA. Perfil das equipes de saúde bucal do Estado do Rio Grande do Norte. In: VII Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva; 2003; Brasília, D.F.
31. Silva L. O cirurgião-dentista no Programa de Saúde da Família no Estado do Rio de Janeiro: análise situacional. Rio de Janeiro, 2003(Monografia). Rio de Janeiro (RJ): Universidade Estadual do Rio de Janeiro; 2003.
32. Souza TMS, Roncalli AG. Saúde bucal no Programa Saúde da Família: uma avaliação do modelo assistencial. Cad Saúde Pública 2007; 23; 2727-2739.