

Regina Heloisa Maciel^{I,II}

João Bosco Feitosa dos Santos^{II,III}

Telma Bessa Sales^I

Marco Aurélio de Andrade
Alves^I

Ana Paula Luna^{II,III}

Leonardo Bezerra Feitosa^{II,III}

Multiplicidade de vínculos de médicos no Estado do Ceará

Multiple job contracts of physicians in Ceará, Northeastern Brazil

RESUMO

OBJETIVO: Analisar a multiplicidade de vínculos dos profissionais médicos do Sistema Único de Saúde no Estado do Ceará.

MÉTODOS: Foi realizada pesquisa documental sobre os vínculos de trabalho dos médicos, a partir de um banco de dados de contratos de profissionais da saúde dos municípios no Estado do Ceará, em 2008. Foram criados índices para a quantidade de vínculos de cada médico, bem como para os municípios com os quais cada médico mantinha vínculos empregatícios. Foram computadas também as distâncias entre os municípios com os quais os profissionais mantinham vínculos, visando estimar os percursos realizados pelos médicos para cumprir os contratos de trabalho e sua carga horária semanal.

RESULTADOS: Dos 7.008 médicos vinculados ao Estado, 3.751 (53,5%) possuíam entre dois e quatro vínculos, e 39 (0,6%) de 11 a 20 vínculos. Um profissional possuía 20 vínculos. Mais da metade (51,9%) dos médicos possuía vínculos de trabalho que, quando somados, totalizavam uma jornada semanal acima de 40 horas e 27,0% (1.894) mantinha vínculos em mais de um município.

CONCLUSÕES: Para aumentar os ganhos com seu trabalho os médicos articulam vários empregos, exercendo a profissão em locais diferentes em um constante ir e vir, inclusive em variados municípios, contribuindo para a precarização da qualidade de suas vidas e, conseqüentemente, do sistema de saúde.

DESCRIPTORIOS: Médicos. Emprego. Salários e Benefícios. Renda. Local de Trabalho. Sistema Único de Saúde.

^I Centro de Ciências Humanas. Universidade de Fortaleza. Fortaleza, CE, Brasil

^{II} Rede Observatório de Recursos Humanos em Saúde. Fortaleza, CE, Brasil

^{III} Centro de Ciências Humanas. Universidade Estadual do Ceará. Fortaleza, CE, Brasil

Correspondência | Correspondence:

Regina Heloisa Mattei de Oliveira Maciel
Rua Rangel Pestana 2424
Edson Queiroz
60833-012 Fortaleza, CE, Brasil
E-mail: reginaheloisamaciel@gmail.com

Recebido: 23/9/2009
Aprovado: 8/3/2010

Artigo disponível em português e inglês em:
www.scielo.br/rsp

ABSTRACT

OBJECTIVE: To analyze the multiple job contracts of physicians in the Brazilian National Health System in the State of Ceará.

METHODS: Documental research was performed about the work contracts of the physicians, based on data of health professional contracts in the municipalities of Ceará state, Northeastern Brazil, in 2008. Indices were created for the quantity of contracts of each physician, as well as the municipalities where each physician maintained work contracts. The distances between the municipalities where they worked was calculated in order to estimate the total weekly hours of work.

RESULTS: Of the 7,008 physicians employed by the Ceará state, 3,751 (53.5%) maintain between two and four job contracts and 39 (0.6%) between 11 and 20 contracts. One professional maintained 20 contracts. More than half (51.9%) of the physicians had work contracts that when summed totaled more than 40 weekly working hours and 27.0% (1,894) maintained job contracts with more than one municipality.

CONCLUSIONS: In order to increase their work income, physicians undertake various jobs, practicing their profession in different locations and various municipalities, involving constant travel and contributing to the precarious conditions of their own lives and, therefore, of the public health system.

DESCRIPTORS: Physicians. Employment. Salaries and Fringe Benefits. Income. Workplace. Single Health System.

INTRODUÇÃO

As mudanças no sistema de saúde brasileiro e a implantação do Sistema Único de Saúde (SUS) ampliaram a oferta de serviços de saúde nos municípios, procurando disponibilizar o acesso a um atendimento público de qualidade aos vários segmentos sociais. O Programa Saúde da Família (PSF), criado em 1994 e voltado para a atenção primária, resultou na implantação pelo SUS de várias unidades básicas de saúde nos pequenos municípios brasileiros. De 1998 a 2006, o percentual de municípios com o PSF em funcionamento aumentou de 20,4% (1.134 municípios) para 91,8% (5.106 municípios), com uma constante e expressiva elevação das médias anuais das coberturas municipais, que variaram de 46,8% a 80,3%.¹ No estado do Ceará, um dos pioneiros na implantação do PSF, em 1988 83% dos seus municípios já contavam com esse programa.¹⁷

Embora o SUS tenha aumentado o acesso da população aos serviços de saúde, a manutenção do sistema enfrenta graves problemas de administração, financiamento e falta de materiais e espaço físico,^{3,4,13,14,18} bem como falta de pessoal qualificado, falhas no atendimento e sobreposição dos modelos e programas do sistema.^{12,16}

Dentre os vários profissionais do SUS, os médicos aparecem como um dos principais agentes do sistema. A profissão médica, antes quase exclusivamente exercida

nos consultórios particulares, vem deslocando sua área de atuação para os hospitais e policlínicas, em decorrência, principalmente, dos avanços tecnológicos.⁹ Nas últimas décadas, o médico teve de se adaptar à nova ordem, passando a ser um trabalhador assalariado, tanto em instituições públicas quanto privadas.¹⁰ Embora a profissão ainda lute por manter uma prática liberal, no processo de modernização da saúde, os médicos estão submetidos às mesmas condições dos demais trabalhadores no sistema capitalista moderno, como instabilidade, ritmo intenso, jornadas de trabalho prolongadas, redução da remuneração e perda do controle de sua atividade.¹⁵ Mesmo assim, a profissão médica ainda é considerada auto-regulada, uma vez que, em relação ao salário, os médicos estão acima da média da população brasileira e não foram atingidos pela eliminação de postos de trabalho, marca da reestruturação produtiva. A maior dependência da prática médica de equipamentos de alta tecnologia intensifica o assalariamento da categoria, que, por sua vez, leva a um aumento na carga de trabalho, o que pode ter um impacto na saúde dos profissionais.^{2,11,15}

Machado (2002)¹⁰ assinala que 69,7% dos médicos do Nordeste do Brasil estão no setor público, 59,3% no privado e 74,7% em consultórios, mostrando que os médicos costumam manter mais de um tipo de inserção

no mercado de trabalho. Os médicos ingressam no mercado de trabalho pelo setor público, mas é comum eles associarem as práticas assalariada (pública e privada) e liberal e assim terem vários vínculos de trabalho simultâneos.

Para complicar esse quadro, existem grandes desigualdades geográficas na distribuição dos profissionais médicos, como afirmam Dussault & Franceschini (2006).⁵

O objetivo do presente estudo foi analisar a multiplicidade de vínculos dos profissionais médicos ligados ao SUS e suas conseqüências.

MÉTODOS

Foi realizado estudo documental, utilizando-se de dados fornecidos pela Secretaria da Saúde do Estado do Ceará. Esse banco apresenta os vínculos de trabalho dos médicos em cada instituição de saúde dos diferentes municípios do estado, identificando o profissional, município, tipo de vínculo, carga horária e sua especialidade naquele vínculo, em 2008. No entanto, as informações são disponibilizadas por município, o que não permite, a princípio, individualizar a situação de cada profissional. Para realizar a análise, esse banco foi transposto para o programa SPSS, calculando-se para

cada médico: o número de vínculos públicos mantidos, incluindo em quantos e em quais municípios os médicos mantinham vínculos empregatícios; a carga horária em cada um dos vínculos; sexo e especialidade. As diferenças de sexo foram analisadas pelo teste Anova. Foram calculadas também as distâncias, em quilômetros, entre os municípios com os quais o médico mantinha vínculos e a soma das cargas horárias de cada um dos vínculos públicos do profissional.

RESULTADOS

Segundo a Secretaria da Saúde do Estado do Ceará, havia 19.537 vínculos públicos, mantidos por 7.008 médicos, i.e., dois ou mais vínculos públicos em 2008, por médico. A maioria dos médicos era do sexo masculino (63,3%). A Tabela 1 mostra a distribuição dos contratos com médicos por regional de saúde e a porcentagem correspondente em relação ao número de contratos no estado, bem como a população da região e a razão de contratos por habitantes. A maioria de vínculos públicos de médicos concentrou-se na Região Metropolitana de Fortaleza (capital), que inclui também as regiões de Maracanaú e Caucaia (67,3%). Outras regiões com maior concentração foram as do pólo sul do estado (Crato, Juazeiro do Norte e Barbalha, 9,0%) e a de Sobral (4,8%).

Tabela 1. Distribuição dos vínculos públicos dos médicos por regional de saúde. Estado do Ceará, 2008.

Regional de saúde	Contratos médicos	%	População	Contratos/1.000 habitantes
Fortaleza	11.672	59,7	2.835.911	4,1158
Caucaia	524	2,7	554.478	0,9450
Maracanaú	949	4,9	457.473	2,0744
Baturité	233	1,2	134.185	1,7364
Canindé	201	1,0	191.981	1,0470
Itapipoca	220	1,1	262.261	0,8389
Aracati	240	1,2	156.414	1,5344
Quixadá	414	2,1	292.079	1,4174
Russas	271	1,4	195.277	1,3878
Limoeiro do Norte	286	1,5	217.622	1,3142
Sobral	941	4,8	598.546	1,5721
Acaraú	168	0,9	199.633	0,8415
Tianguá	282	1,4	288.897	0,9761
Tauá	117	0,6	109.810	1,0655
Crateús	271	1,4	294.166	0,9212
Camocim	78	0,4	152.353	0,5120
Icó	179	0,9	167.694	1,0674
Iguatu	409	2,1	296.997	1,3771
Brejo Santo	321	1,6	205.196	1,5644
Crato	657	3,4	319.256	2,0579
Juazeiro do Norte	1.104	5,7	398.477	2,7705
Total	19.537	100	8.328.706	2,3457

Dos 7.008 médicos atuantes na saúde pública, 2.146 (30,6%) possuíam apenas um vínculo empregatício público, 3.751 (53,5%) possuíam entre dois e quatro vínculos, e 39 (0,6%) de 11 a 20 vínculos. Um profissional possuía 20 vínculos. Os médicos homens mantinham, em média, um número significativamente maior (Anova: $F = 275,431$; $p < 0,01$) de vínculos quando comparados com as mulheres (3,08; $DP = 2,15$ e $2,09$; $DP = 1,45$, respectivamente).

Além da grande quantidade de vínculos públicos, os médicos desempenhavam inúmeras especialidades distintas: um mesmo médico estava lotado em diferentes instituições e desempenhava, em cada local, uma especialidade diferente. A maioria dos vínculos se referia a médicos clínicos (55,4%) e médicos de saúde da família (30,7%), totalizando 86,1% das especialidades especificadas nos contratos. O número de médicos contratados em diferentes especialidades foi de 47,4%. A Tabela 2 mostra a porcentagem de vínculos em cada especialidade médica.

A carga de trabalho semanal média cumprida pelos profissionais, somada às jornadas em cada vínculo público, foi de 51,17 horas ($DP = 34,645$). A carga horária semanal mais freqüente foi a de 40 horas, com variação de 20 a 70 horas semanais. Assim, mais da metade (51,9%) dos médicos possuía vínculos de trabalho que, quando somados, totalizavam uma jornada semanal acima de 40 horas, apenas dentro do serviço público. Os homens cumpriam, em média, uma jornada semanal maior que as mulheres (55,68 horas; $DP = 36,73$ e $43,40$ horas; $DP = 29,13$, respectivamente; Anova: $F = 210,703$; $p < 0,01$).

Embora a maioria mantivesse vínculos de trabalho em apenas um município (73,0%), 27,0% (1.894) mantinha vínculos em mais de um município. Desses, 840 viajavam até 50 km por semana; 848, entre 51 km e 300 km e 206 percorriam mais de 300 km. Portanto, mais da metade (55,7%) dos que viajavam chegavam a fazer trajetos de mais de 50 quilômetros, acrescentando às suas jornadas de trabalho, no mínimo, uma hora de deslocamento; mas, cerca de 10% viajava mais de 300 quilômetros por semana. As mulheres possuíam vínculos em menos municípios e, portanto, viajavam menos que os homens (média de municípios com os quais mantém vínculos – homens = 1,49; $DP = 0,86$ e média mulheres = 1,22; $DP = 0,55$; Anova: $F = 194,763$; $p < 0,01$).

DISCUSSÃO

Os resultados mostraram que 53,5% dos 7.008 médicos vinculados ao serviço público do Ceará prestam serviços a várias instituições e cerca de 27% o faz em instituições localizadas em diferentes municípios. Esses vínculos nem sempre se referem à mesma especialidade. Assim, um único médico cumpre várias jornadas

semanais em diferentes instituições e municípios, realizando atendimentos em diferentes especialidades. Esse tipo de prática não é exclusividade brasileira; é comum em vários países em desenvolvimento, e um dos principais fatores que sustentam essa situação é a falta de profissionais e a conseqüente possibilidade de aumentar os ganhos do trabalho por meio da manutenção de vários vínculos.⁸

A maioria dos vínculos de trabalho está no município de Fortaleza, capital do estado, evidenciando-se assim as desigualdades regionais em termos de contratos médicos por habitantes. Dussault & Franceschini (2006)⁵ ressaltam que em quase todos os países a distribuição de médicos é pouco balanceada entre as áreas urbanas e rurais, com grande concentração dos médicos nas áreas urbanas. Indivíduos do sexo masculino, jovens e nascidos em cidades pequenas tendem a praticar a medicina em áreas não urbanas, mas essa decisão depende das expectativas individuais e dos planos de desenvolvimento da carreira profissional. Como nas regiões pobres essas condições dificilmente são encontradas, os médicos tendem a não permanecer nas áreas mais carentes, buscando oportunidades de trabalho onde possam desenvolver suas capacidades e habilidades.

A jornada semanal média desses médicos é de, aproximadamente, 51 horas. Jornadas de trabalho superiores a 40 horas semanais são um fator de risco para a saúde dos médicos, como mostrado por Cabana et al (2007),² e um indicador de precarização da vida desses médicos e, provavelmente, dos atendimentos realizados por eles. Além disso, alguns chegam a percorrer 300 km para comparecer aos seus diferentes locais de trabalho.

Por outro lado, altas cargas de trabalho podem levar a problemas de saúde. Nascimento Sobrinho et al (2006)¹⁵ mostram que os médicos de Salvador, BA, entram em estado de estresse psicológico em razão da alta demanda do trabalho e das condições em que desenvolvem suas atividades. Cabana et al² (2007) relatam uma alta freqüência de distúrbios mentais comuns entre os médicos de um hospital público de Recife, PE, relacionados a: vínculo empregatício com o Estado, múltiplos empregos, carga elevada de trabalho semanal (> 70 horas, contando não apenas a carga horária realizada no hospital, mas a de outros empregos), sensação de sobrecarga de trabalho e remuneração, do hospital, de até cinco salários mínimos (considerado um salário baixo para esses profissionais).

Os resultados mostram uma situação preocupante para o médico e para o sistema e explicam, em parte, as dificuldades do SUS de desenvolver um modelo de trabalho comprometido com a saúde da comunidade local. Pode-se considerar, portanto, o multiemprego do médico e a conseqüente carga elevada de horas de trabalho semanais fatores de precarização do sistema de

Tabela 2. Frequência e porcentagem do tipo de especialidade médica por vínculo. Estado do Ceará, 2008.

Especialidade	Frequência de respostas (N = 19.531)	%	% de casos (N = 7008)
Médico acupunturista	48	0,3	0,7
Médico alergista e imunologista	48	0,3	0,7
Médico anatomopatologista	63	0,3	0,9
Médico anesthesiologista	1.354	6,9	19,3
Médico angiologista	47	0,2	0,7
Médico broncoesofagista	5	0,0	0,1
Médico cancerologista clínico	14	0,1	0,2
Médico cardiologista	658	3,4	9,4
Médico cirurgião cardiovascular	282	1,4	4,0
Médico cirurgião de cabeça e pescoço	45	0,2	0,7
Médico cirurgião do aparelho digestivo	25	0,1	0,4
Médico cirurgião geral	1.192	6,1	17,0
Médico cirurgião pediátrico	93	0,5	1,3
Médico cirurgião plástico	193	1,0	2,8
Médico cirurgião torácico	44	0,2	0,6
Médico cirurgião vascular	38	0,2	0,5
Médico citopatologista	120	0,6	1,7
Médico clínico	3.881	19,9	55,4
Médico de saúde da família	2.151	11,0	30,7
Médico dermatologista	205	1,1	2,9
Médico do trabalho	44	0,2	0,6
Médico em eletroencefalografia	3	0,0	0,0
Médico em endoscopia	208	1,1	3,0
Médico em medicina intensiva	337	1,7	4,8
Médico em medicina nuclear	12	0,1	0,2
Médico em radiologia e diagnóstico por imagem	708	3,6	10,1
Médico endocrinologista e metabologista	135	0,7	1,9

Continua

Tabela 2 continuação

Especialidade	Frequência de respostas (N = 19.531)	%	% de casos (N = 7008)
Médico fisiatra	9	0,1	0,1
Médico foniatra	1	0,0	0,0
Médico gastroenterologista	137	0,7	2,0
Médico generalista	21	0,1	0,30
Médico geneticista	9	0,1	0,1
Médico geriatra	47	0,2	0,7
Médico ginecologista e obstetra	1.816	9,3	25,9
Médico hansenologista	12	0,1	0,2
Médico hematologista	106	0,5	1,5
Médico hemoterapeuta	12	0,1	0,2
Médico homeopata	8	0,0	0,1
Médico infectologista	80	0,4	1,1
Médico mastologista	106	0,5	1,5
Médico nefrologista	212	1,1	3,0
Médico neurocirurgião	182	0,9	2,6
Médico neurofisiologista	2	0,0	0,0
Médico neurologista	188	1,0	2,7
Médico nutrologista	1	0,0	0,0
Médico oftalmologista	947	4,9	13,5
Médico oncologista	138	0,7	2,0
Médico oncologista cirúrgico	26	0,1	0,4
Médico oncologista pediátrico	8	0,0	0,1
Médico ortopedista e traumatologista	753	3,9	10,7
Médico otorrinolaringologista	286	1,5	4,1
Médico patologista clínico	48	0,3	0,7
Médico pediatra	1.489	7,7	21,3
Médico perito	7	0,0	0,1
Médico pneumologista	148	0,8	2,1
Médico proctologista	92	0,5	1,3
Médico psiquiatra	329	1,7	4,7
Médico radioterapeuta	18	0,1	0,3
Médico reumatologista	57	0,3	0,8
Médico sanitaria	18	0,1	0,3
Médico urologista	265	1,4	3,8
Total	19.531	100,00	278,7

saúde. Ao manter vários empregos, o médico deixa de se envolver como deveria com a comunidade atendida e com as questões relacionadas ao trabalho na instituição; comporta-se como um visitante, um prestador de serviços itinerante.

Os três princípios do SUS – universalidade e equidade; atenção integral pelo reconhecimento dos determinantes sociais do processo saúde-doença; e resolubilidade⁷ – dificilmente podem se concretizar diante da “flexibilização” da carga horária do médico. A reflexão que se coloca aqui é até que ponto o multiemprego dos médicos contribui para que o sistema não alcance seus ideais.

A quantidade de vínculos públicos dos médicos, a elevada carga de trabalho semanal e os longos deslocamentos para cumprir a jornada podem se refletir nos atendimentos prestados e, assim, constituir um dos fatores da precarização do SUS. Questiona-se como seria possível um profissional de saúde cumprir, com qualidade, uma carga horária acima de 50 horas semanais e ainda estar em dois lugares ao mesmo tempo. Os médicos se vinculam a vários empregos provavelmente na busca por um padrão elevado de vida, socialmente construído e considerado um distintivo entre categorias profissionais, e na preservação de uma imagem de “superprofissionais”.^{9,10}

Há uma grande oferta de trabalho para os médicos, sobretudo nos estados mais pobres, como o Ceará, onde são oferecidos salários mais altos que os dos outros profissionais da saúde. Mesmo assim, os médicos se recusam a trabalhar com exclusividade para uma instituição e, conforme mostram os resultados do presente estudo, não cumprem as exigências de horário, uma

vez que têm de lidar com vários contratos de trabalho em municípios diferentes.

Por outro lado, o sistema público de saúde sofre com a superlotação dos centros de referência e a falta de médicos nas unidades básicas de saúde. Embora dados obtidos na Secretaria da Saúde do Ceará mostrem que todos os municípios do estado estavam cobertos por profissionais médicos em 2008, nem sempre esses médicos são encontrados nos locais de trabalho. Se não estão em seu local de trabalho, provavelmente estão no ciclo de itinerância, na busca por maior remuneração. Nesse processo, há um desencontro entre médicos e pacientes: enquanto os médicos procuram melhores salários ocupando-se em diversas instituições de saúde, os pacientes procuram melhor atendimento e acompanhamento de sua saúde pelo SUS. Em conclusão, a busca pela remuneração idealizada é o principal estímulo para o multiemprego; no entanto, muitas vezes as queixas dos médicos referentes aos valores dos salários não condizem com a realidade. A profissão de médico ainda é uma das mais rentáveis nos países ocidentais, com poder e prestígio social. Na prática médica, não existe uma tabela ou teto unificado de valores e salários, o contrário do que ocorre com outras funções de trabalho.¹¹ Talvez isso ocorra em função da escassez de médicos em algumas regiões. Assim, uma solução possível para o problema, seguindo a regra econômica “da oferta e da procura”, seria a criação de novos cursos de medicina, regionalizados, aumentando a oferta de médicos onde eles são mais necessários. Nesse processo é importante levar em conta as diferentes infra-estruturas da rede municipal, bem como as especificidades regionais e as necessidades pontuais do SUS no intuito de formar profissionais preparados para o sistema.⁶

REFERÊNCIAS

1. Aquino R, Barreto ML. Programa Saúde da Família: acerca da adequação do uso do seu indicador de cobertura. *Cad Saude Publica*. 2008;24(4):905-14. DOI:10.1590/S0102-311X2008000400022
2. Cabana MCFL, Ludermir AB, Silva ER, Ferreira ML, Pinto MER. Transtornos mentais comuns em médicos e seu cotidiano de trabalho. *J Bras Psiquiatr*. 2007;56(1):33-40. DOI:10.1590/S0047-20852007000100009
3. Campos CVA, Malik AM. Satisfação no trabalho e rotatividade dos médicos do Programa de Saúde da Família. *Rev Adm Publica*. 2008;42(2):347-68. DOI:10.1590/S0034-76122008000200007.
4. Costa NR, Pinto LF. Avaliação de programa de atenção à saúde: incentivo à oferta de atenção ambulatorial e a experiência da descentralização no Brasil. *Cienc Saude Coletiva*. 2002;7(4):907-23. DOI:10.1590/S1413-81232002000400022
5. Dussault G, Franceschini MC. Not enough there, too many here: understanding geographical imbalances in the distribution of the health workforce. *Human Res Health*. 2006;4:12. DOI:10.1186/1478-4491-4-12
6. Feuerwerker L. Educação dos profissionais de saúde hoje: problemas, desafios, perspectivas e as propostas do Ministério da Saúde. *Rev ABENO*. 2003;3(1):24-7.
7. Feuerwerker L. Modelos tecnoassistenciais, gestão e organização do trabalho em saúde: nada é diferente no processo de luta para a consolidação do SUS. *Interface (Botucatu)*. 2005;9(18):489-506. DOI:10.1590/S1414-32832005000300003
8. Hongoro C, McPake B. How to bridge the gap in human resources for health. *Lancet*. 2004;364(9443):1451-6. DOI:10.1016/S0140-6736(04)17229-2
9. Machado MH. Os médicos no Brasil: um retrato da realidade. Rio de Janeiro, FIOCRUZ; 1997.
10. Machado MH. Programa de Saúde da Família no Brasil – algumas considerações sobre o perfil dos médicos e enfermeiros. In: Sousa MF, organizador. Os sinais vermelhos do PSF. São Paulo: Hucitec; 2002.
11. Machado MH. Debatendo o ato médico. *Cienc Saude Coletiva*. 2005;10(Suppl):18-25. DOI:10.1590/S1413-81232005000500003
12. Maciel RH, Aguiar ASW, Albuquerque AMFC, Lima AFA, Santos JBF. Condições de trabalho e cultura dos estabelecimentos de saúde do SUS Ceará. In: Santos JBF, organizador. Observatório de Recursos Humanos em Saúde- Estação CETREDE/UFC/UECE: Reflexões de Pesquisa. Fortaleza: Editora da Universidade Estadual do Ceará; 2006. p.74-111.
13. Maciel RH, Lima AFA, Albuquerque AMFC, Aguiar ASW, Santos JBF. Multiprofissionalismo e interação: equipes do PSF. In: Santos JBF, organizador. Recursos Humanos em Saúde: Diagnósticos e Reflexões. Fortaleza: Editora da Universidade Estadual do Ceará; 2008. p.77-98.
14. Marques RM, Mendes A. Atenção Básica e Programa de Saúde da Família (PSF): novos rumos para a política de saúde e seu financiamento? *Cienc Saude Coletiva*. 2003;8(2):403-15. DOI:10.1590/S1413-81232003000200007
15. Nascimento Sobrinho CL, Carvalho FM, Bonfim TAS, Cirino CAS, Ferreira IS. Condições de trabalho e saúde mental dos médicos de Salvador, Bahia, Brasil. *Cad Saude Publica*. 2006;22(1):131-40. DOI:10.1590/S0102-311X2006000100014
16. Pedrosa JIS, Teles JBM. Consenso e diferenças em equipes do Programa Saúde da Família. *Rev Saude Publica*. 2001;35(3):303-11. DOI:10.1590/S0034-89102001000300014
17. Santos JBF, Andrade JT, Meneleu Neto JM, Rodrigues RL, Pinheiro CHL. O Trabalho do Médico: de profissional liberal a assalariado. In: Santos JBF, organizador. Observatório de Recursos Humanos em Saúde, Estação CETREDE/UFC/UECE: reflexões de pesquisas. Fortaleza: Editora da Universidade Estadual do Ceará; 2006. p.4-35.
18. Viana ALA, Lima LD, Oliveira RG. Descentralização e federalismo: a política de saúde em novo contexto: lições do caso brasileiro. *Cienc Saude Coletiva*. 2002;7(3):493-507. DOI:10.1590/S1413-81232002000300008