

Gestão do trabalho na Atenção Básica em Saúde: uma análise a partir da perspectiva das equipes participantes do PMAQ-AB

Labor management in Primary Health Care: an analysis from the perspective of PMAQ-AB participating teams

Helena Seidl¹, Swheelen de Paula Vieira², Marcia Cristina Rodrigues Fausto³,
Rita de Cassia Duarte Lima⁴, Juliana Gagno⁵

¹Mestre em Saúde Coletiva pelo Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (IMS/Uerj) – Rio de Janeiro (RJ), Brasil. Professora e pesquisadora da Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz (Ensp/Fiocruz) – Rio de Janeiro (RJ), Brasil.
helenaseidl@ensp.fiocruz.br

²Mestranda em Saúde Coletiva pelo Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (IMS/Uerj) – Rio de Janeiro (RJ), Brasil.
helen.nut@gmail.com

³Doutora em Saúde Coletiva pelo Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (IMS/Uerj) – Rio de Janeiro (RJ), Brasil. Professora e pesquisadora da Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz (Ensp/Fiocruz) – Rio de Janeiro (RJ), Brasil.
marciafausto@ensp.fiocruz.br

⁴Doutora em Saúde Coletiva pela Universidade Estadual de Campinas (Unicamp) – Campinas (SP), Brasil. Professora e pesquisadora da Universidade Federal do Espírito Santo (UFES) – Vitória (ES), Brasil.
ritacd@uol.com.br

⁵Mestranda em Saúde Pública pela Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz (Ensp/Fiocruz) – Rio de Janeiro (RJ), Brasil.
julianagagno@yahoo.com.br

RESUMO O artigo tem por objetivo analisar a gestão do trabalho na atenção básica a partir das entrevistas realizadas com profissionais das equipes participantes do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica em 2012. A análise foi realizada por porte populacional dos municípios, quanto ao tempo de atuação e formação profissional; educação permanente; formas de contratação e modalidade de vínculo trabalhista; e plano de carreiras e remuneração variável. Os resultados revelam a importância da continuidade de esforços visando à desprecarização dos vínculos de trabalho, a implementação de planos de carreira, a formação e qualificação profissional e o fortalecimento da educação permanente.

PALAVRAS-CHAVE Atenção Primária à Saúde; Recursos humanos em Saúde; Gestão em saúde.

ABSTRACT *The article aims to analyze the labor management in primary care from the interviews with professional teams participating in the National Program for Access and Quality Improvement in Primary Care in 2012. Analysis was performed by size population of the municipalities as to the time of operation and training of professional; continuing education; forms of employment and type of employment contract; careers and variable compensation plan. The results indicate the importance of continuity in the efforts that minimize instability of work contracts, implementation career plans in the SUS, training and professional qualifications, and strengthening of continuing education.*

KEYWORDS *Primary Health Care; Health manpower; Health management.*

Introdução

Um dos maiores desafios do processo de fortalecimento do Sistema Único de Saúde (SUS) está relacionado à valorização dos profissionais de saúde, atores fundamentais para a implementação de políticas, em especial as mudanças propostas para a reorientação do modelo assistencial.

O trabalho em saúde é um processo coletivo, realizado por diversos profissionais e tem como característica o assalariamento e a divisão parcelar do trabalho, ou seja, a fragmentação dos atos de produção por trabalhadores especializados que, por consequência, perdem a noção do todo e de seu produto final (PIRES, 2000).

Em se tratando da atenção básica em saúde, essa correlação do trabalho coletivo com a divisão parcelar do trabalho também encontra correspondência e precisa ser considerada quando se discute a gestão do trabalho nesse nível de atenção (PIRES, 2000). Tal tema remete à ideia de questões relacionadas, dentre outras, às condições de trabalho, uso de tecnologias, interação entre profissionais/equipes, planejamento e educação permanente.

No Brasil, a partir da década de 1990, o setor saúde foi afetado pelas ações decorrentes da política de reforma do Estado, e uma das justificativas levantadas foi a necessidade de modernização e introdução do país no cenário internacional. O Estado passou a ser visto como uma máquina ‘pesada’, ineficiente e altamente burocrática.

Nesse sentido, a desregulamentação das regras do aparelho estatal foi o grande mote da onda neoliberal da década de 1990, responsável pela ampliação do mercado, flexibilização das relações de trabalho e transferência de responsabilidades estatais para organizações de direito privado. Assim, o papel do Estado na provisão de serviços essenciais, tais como saúde e educação, já não era mais reconhecido como necessário. A reforma do Estado contribuiu para a flexibilização dos contratos com base no argumento

de maior controle de gastos com recursos humanos (NOGUEIRA, 1999).

Dentre as consequências desse processo de reforma, verificou-se a abertura de precedentes para a proliferação de formas variadas de vínculos empregatícios (muitos deles precários) ainda adotadas nos dias atuais em todos os níveis de gestão do nosso sistema de saúde. Uma dessas consequências foi a precarização do trabalho, que fez parte de um conjunto de tendências muito fortes e cuja discussão, na década de 2000, trouxe para a pauta do governo federal um enfrentamento no sentido de acabar com essa realidade.

De modo geral, o tema da precarização do trabalho costuma ser discutido em conjunto com a flexibilização das leis trabalhistas. No caso do SUS, incluindo a Atenção Básica, a precarização dos vínculos e da regulação das relações de trabalho tem algumas particularidades, tendo em vista a desestruturação do aparato de Estado e de suas carreiras ocorrida nas últimas décadas e dos constrangimentos impostos pelo contexto de restrição fiscal (BRASIL, 2003).

Segundo Araújo *et al.* (2006), o trabalho precário se caracteriza pela ausência de proteção social do trabalho havendo perdas de direitos que são assegurados constitucionalmente, onde outras questões podem se encontrar nessa conceituação, tais como baixos salários, condições inadequadas de trabalho e excesso de jornada de trabalho. Tais fatores caracterizam a fragilidade dos direitos trabalhistas, são condicionantes de *stress* e, conseqüentemente, influenciam na qualidade dos serviços prestados aos usuários (LACAZ ET AL., 2010).

A flexibilidade, traduzida pelo redesenho da relação entre o público e o privado, na área da saúde, tem assumido conformações várias tais como modificações na estrutura jurídico-administrativa de unidades prestadoras de serviço de saúde, representadas por organizações sociais, fundações estatais de direito público ou privado, Organização da Sociedade Civil de Interesse Público (OSCIP), consórcios de direito público ou privado, entidades filantrópicas, cooperativas e organizações

não governamentais (ONG), bem como terceirizações de um conjunto de atividades relativas à gestão (PIERANTONI, 2001). Essa flexibilização tem levado à contratação de profissionais com salários diferentes para a realização de trabalhos semelhantes, criando uma multiplicidade de remunerações, vínculos e formas de contratação.

Contribuindo para a discussão sobre a valorização de recursos humanos em saúde no SUS, propõe-se neste artigo analisar aspectos da gestão do trabalho na Atenção Básica. A gestão do trabalho compreende as relações de trabalho a partir de concepção na qual a participação do trabalhador é essencial para a efetividade do nosso sistema de saúde. Entende-se, assim, que este é coparticipante nas ações e decisões, não estando reduzido a um agente passivo cumpridor de tarefas. Nessa perspectiva, o trabalho é visto como um processo de troca, com coparticipação e coresponsabilização.

O Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) foi criado mediante Portaria GM/MS 1.654 de 19 de julho de 2011. O principal objetivo é induzir a ampliação do acesso e a melhoria da qualidade da Atenção Básica, com garantia de padrões de qualidade nacional, regional e locais comparáveis, de maneira a permitir maior transparência e efetividade das ações governamentais direcionadas à Atenção Básica em Saúde (BRASIL, 2012A).

O PMAQ-AB está organizado em quatro fases que conformam um ciclo contínuo de melhoria do acesso e da qualidade da Atenção Básica (BRASIL, 2012A): Fase 1 - 'Adesão e contratualização'; Fase 2 - 'Desenvolvimento'; Fase 3 - 'Avaliação Externa'; e Fase 4 - 'Recontratualização'.

A fase de 'Contratualização' das equipes ocorreu entre os meses de setembro e novembro de 2011, e o trabalho de campo para execução da 'Avaliação Externa' ocorreu de junho a setembro de 2012.

Para realização deste trabalho, utilizaram-se entrevistas com os profissionais das equipes participantes do Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da

Atenção Básica (PMAQ-AB), ocorrido em 2012. Pretendeu-se também investigar possíveis singularidades entre municípios de menor e maior porte populacional.

Considerações metodológicas

O Departamento de Atenção Básica/Ministério da Saúde (DAB/MS), responsável pela criação do PMAQ-AB, convidou instituições de ensino e pesquisa que compunham a Rede de Pesquisa em Atenção Primária à Saúde (Rede APS) da Associação Brasileira de Saúde Coletiva (ABRASCO), dentre elas a Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), a participarem do processo de operacionalização da fase de avaliação externa, atuando desde na elaboração dos instrumentos, definição de logística de campo e a aplicação dos instrumentos de avaliação.

O processo de avaliação externa do PMAQ-AB (técnica de entrevista) foi composto por instrumentos de coleta, divididos em três módulos: Módulo I - Observação na unidade básica de saúde, cujas questões foram direcionadas para a realização do censo de infraestrutura da unidade de saúde; Módulo II - Entrevista com profissional de saúde de nível superior sobre processo de trabalho da equipe de Atenção Básica e verificação de documentos da UBS; Módulo III - Entrevista com o usuário na Unidade Básica de Saúde sobre satisfação e condições de acesso e utilização de serviços de saúde (BRASIL, 2012B).

Foram entrevistados no Brasil 65.391 usuários e 17.201 equipes de Atenção Básica que aderiram ao PMAQ-AB, distribuídas em 13.843 UBS. Segundo relatos de representantes do Ministério da Saúde, houve adesão de 71% dos municípios.

As análises geradas a partir do banco de dados disponibilizado pelo DAB/MS foram realizadas por meio do *software* IBM SPSS versão 21.

Este estudo se caracteriza como um estudo transversal, descritivo e exploratório, onde, para a construção da análise, elegeu-se

a terceira dimensão do Módulo II, contendo quatro blocos relacionados à gestão da Atenção Básica no que se refere ao vínculo de trabalho e à qualificação das equipes.

A partir das variáveis do PMAQ-AB, foram escolhidas como dimensões de análise: tempo de atuação e qualificação dos profissionais das equipes de Atenção Básica (EqAB), formas de contratação e modalidades de vínculos profissionais, plano de carreira e remuneração variável e educação permanente. Tais formas estão sistematizadas no *quadro 1*.

Optou-se por desenvolver esta análise sobre gestão do trabalho considerando o porte populacional dos municípios brasileiros, classificados em seis estratos: até 10.000 habitantes (hab.); 10.001 a 20.000 hab.; de 20.001 até 50.000 hab.; de 50.001 até 100.000 hab.; de 100.001 até 500.000 hab.; e mais de 500.000 hab. Estes estratos permitem comparações tanto com a classificação do IBGE (municípios de pequeno, médio e grande porte) como com estudos de foco similar, além de seguir a distribuição populacional adotada pelo próprio PMAQ-AB. No Brasil, embora haja um compartilhamento de responsabilidades entre os três entes federados quanto à gestão e financiamento da Atenção Básica, o município tem autonomia e responsabilidade para realizar as ações de saúde em seu território, inclusive sobre as decisões relativas aos recursos humanos.

Aspectos éticos

Em acordo com a resolução às normas éticas destinadas à pesquisa envolvendo seres humanos, esta pesquisa foi submetida e aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisas em Seres Humanos (CEP) da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca/Fiocruz, Parecer N° 32.012 em 06/06/2012.

Resultados e discussão

De acordo com o Censo 2010 (IBGE, 2011), há no Brasil 5.565 municípios, dos quais 70% têm

população de até 20.000 habitantes, concentrando 17% da população total; 24,5% são municípios com 20 a 100 mil habitantes, onde vivem 28% da população; e apenas 4,5% dos municípios têm população entre 100 e 500 mil habitantes, alocando 25,5% da população brasileira. Menos de 1% dos municípios possui mais de 500 mil habitantes, que, entretanto, concentram 30% da população brasileira. Essas diferenças de distribuição populacional, em certa medida, definem a necessidade de contratação de recursos humanos em saúde, bem como os desafios relacionados à formação, qualificação e fixação de profissionais em contextos econômico, político, social e demográfico diversificados.

Entende-se que, para uma caracterização mais completa do perfil dos profissionais, outras variáveis que não estavam presentes no questionário poderiam ser agregadas, tais como idade, sexo e tempo de formação. Como a proposta deste artigo é a de apresentar a análise a partir dos dados coletados no PMAQ-AB, a ausência de tais dados constituiu-se em uma limitação do estudo.

Para fins de análise e discussão, os resultados foram apresentados em blocos, conforme as dimensões selecionadas. Os sujeitos do estudo são os profissionais respondentes do PMAQ-AB: médicos, enfermeiros e cirurgiões-dentistas.

Para a análise dos resultados, as variáveis foram distribuídas em quatro dimensões, conforme já apresentado no *quadro 1*.

Tempo de atuação, perfil e formação dos profissionais das equipes de Atenção Básica do PMAQ-AB 2012

Participaram das entrevistas do PMAQ-AB 17.201 profissionais, que representam 14% daqueles que atuam na atenção no Brasil (n = 124.170), de acordo com o DATASUS (2013). Segundo a mesma fonte, destes, 40%

Quadro 1. Variáveis segundo dimensões de análise da gestão do trabalho na Atenção Básica – equipes participantes do PMAQ-AB (Módulo II)

Dimensões de análise	Descrição	Variáveis
Tempo de atuação, perfil e formação dos profissionais da equipe de Atenção Básica	Tempo de atuação e perfil dos profissionais da equipe* e sua formação complementar**	Profissão do entrevistado O senhor é coordenador da equipe? Quanto tempo o senhor atua nesta equipe de AB? O senhor possui ou está em formação complementar? Possui quais destes processos de formação?
Educação Permanente	Ações de qualificação para os profissionais da atenção básica***	Há no município ações de educação permanente que envolva profissionais da Atenção Básica? Essas ações de educação permanente contemplam as demandas e necessidades da equipe? Em quais dessas ações a equipe participa ou participou no último ano?
Formas de contratação e modalidade de vínculos profissionais	Garantia de direitos trabalhistas e previdenciários e perspectiva de continuidade do vínculo	Qual o seu agente contratante? Qual é seu tipo de vínculo?
Plano de carreira e Remuneração variável	Plano de carreira, considerando progressão por antiguidade, por avaliação de desempenho e incentivos	O senhor tem plano de carreira? No plano tem progressão por antiguidade? No plano tem progressão segundo avaliação de desempenho ou desenvolvimento (mérito)? Gratificação por formação/título? O senhor tem incentivo, gratificação, prêmio financeiro por desempenho?

Fonte: Banco de dados PMAQ-AB, primeiro ciclo 2012.

* Profissionais da equipe: médico, enfermeiro e dentista.

** Formação complementar na área de saúde da família, saúde pública ou saúde coletiva.

*** Ações de qualificação: cursos presenciais e em distância, atividades ligadas ao Telessaúde, atividades de tutoria/preceptorial, dentre outros, e de acordo com as demandas e necessidades das equipes.

são enfermeiros, 33% são médicos e 27% são cirurgiões-dentistas.

Dentre os profissionais respondentes do PMAQ-AB, 92,3% são enfermeiros. Esse resultado pode ser explicado pela maior proporção de enfermeiros que assumem a coordenação das equipes de Atenção Básica em relação aos demais profissionais. Dentre os entrevistados 87,8% informam ser o coordenador da equipe, não havendo diferenças significativas quando analisado por porte populacional (tabela 1). A predominância

dos enfermeiros como respondentes é verificada em todos os municípios, independente do porte populacional. Contudo, nota-se que o percentual de médicos foi maior em municípios de maior porte. Os dados verificados no inquérito do PMAQ-AB convergem para aqueles encontrados nos estudos produzidos pela Estação de Pesquisa de Sinais de Mercado do Núcleo de Educação em Saúde Coletiva (ESPM-NESCON), nos anos de 2001 e 2006. Os estudos demonstraram que a função de coordenação das equipes de saúde

da família era predominantemente de responsabilidade do enfermeiro, representando 68% em 2001 e 57% em 2006.

Com relação ao tempo de atuação desses profissionais, observa-se que, na média nacional, 27,6% dos entrevistados informaram ter menos de um ano de atuação na equipe e 28,9%, até dois anos. Somados, pode-se dizer que 56,5% dos profissionais declararam ter entre menos de um ano e até dois anos de atuação na mesma equipe. O maior percentual de respostas para mais de seis anos de atuação na mesma equipe foi verificado nas cidades com mais de 500 mil habitantes (25,3%). O baixo tempo de atuação na equipe pode estar relacionado à rotatividade dos profissionais da Atenção Básica, como já demonstrado em estudos anteriores, o que sugere a importância de empenhar esforços para a diminuição da rotatividade de profissionais atuantes na Atenção Básica (CAMPOS; MALIK, 2008).

Para Campos e Malik (2008), a permanência dos profissionais de saúde na Estratégia Saúde da Família (ESF), em especial de médicos e enfermeiros, é considerada um dos fatores cruciais para a efetividade da Atenção Básica (AB), haja vista que o modelo se fundamenta no vínculo entre os profissionais da equipe e os usuários. A rotatividade pode comprometer a efetividade do modelo e prejudicar a qualidade da assistência e a satisfação dos usuários. Também pode estar associada à baixa política salarial, precárias condições de trabalho, exigência de carga horária integral, baixas condições de progressão profissional, baixo comprometimento dos profissionais e ausência de formação prévia compatível com o modelo proposto pela ESF (MENDONÇA ET AL., 2010).

No que diz respeito à formação, há uma exigência da sociedade quanto à garantia de qualidade dos serviços públicos e privados prestados por distintos profissionais, embora tal exigência, segundo Castro Filho *et al.* (2007), não seja acompanhada de crescimento e reconhecimento profissional e social, como é o caso de médicos e outros profissionais

que atuam na ESF. Também é ressaltado que desde a implantação da ESF foi gerada uma demanda por novos perfis profissionais para atuação em tal nível de atenção.

Sobre a formação complementar dos profissionais respondentes, apesar de 83,4% declararem ter concluído ou estar cursando alguma pós-graduação, questiona-se esse elevado percentual, visto que foram dados coletados sem especificação precisa da área para os cursos de *strictu sensu* e/ou *lato sensu*, e inclui os respondentes que estavam com pós graduação em curso. Sentiu-se a necessidade de uma investigação e uma maior discussão sobre as especializações a que se referiam, sobre o comportamento de acordo com o porte populacional dos municípios e mesmo, da capacidade de captação dessa informação pelo instrumento.

Quanto às especializações em Saúde da Família ou em Medicina de Família e Comunidade, observou-se que 26,6% dos médicos, 44,0% dos enfermeiros e 39,6% dos cirurgiões dentistas declararam ter concluído uma dessas especializações (tabela 1). Comparando a distribuição dessas ocorrências pelos portes dos municípios, nota-se que os respondentes médicos e cirurgiões-dentistas com essas especializações concentram-se nos municípios de grande porte, diferentemente da distribuição dos enfermeiros, que estão mais distribuídos entre os diferentes estratos populacionais. Sob uma perspectiva mais geral, percebe-se ainda, maior concentração de profissionais com pós-graduação *lato sensu* (especialização em saúde pública/saúde coletiva ou outras especializações) em municípios com mais de 500 mil habitantes.

Quanto aos concluintes de Residências em Saúde da Família ou Medicina de Família e Comunidade e de Residências em Saúde Pública/Saúde Coletiva, observavam-se percentuais baixos nas três categorias de respondentes: de apenas 13,6% para médico, de 1,3% para enfermeiros e de 3,0% para cirurgião dentista. Os achados sugerem que tais ofertas podem estar

mais concentradas em municípios de porte acima de 100 mil habitantes.

Analisando a categoria médica, 19,7% desses profissionais declararam ter concluído outras Residências, dentre essas, a maioria em especialidades clínicas e cirúrgicas, principalmente clínica médica e ginecologia-obstetrícia. Resultado semelhante aos achados do estudo intitulado *Demografia Médica no Brasil* (CFM, 2013), onde ginecologia-obstetrícia foi uma das mais frequentes.

Com relação às pós-graduações *strictu sensu* (mestrado ou doutorado) e considerando a média do Brasil, observou-se o seguinte comportamento: apenas 4,3% de respostas dos médicos apontam a realização de mestrado e 3,1%, doutorado; somente 3,2% dos enfermeiros têm mestrado e 0,7% relataram doutorado; e, os cirurgiões dentistas foram os que mais declararam ter mestrado, totalizando 8,1%, e 1,8% realizaram doutorado. Apesar das baixas proporções no Brasil, a maior concentração tanto de enfermeiros, como médicos e cirurgiões dentistas está nas cidades de maior porte populacional, incluindo os com mais de 100 mil habitantes.

Educação permanente

A oferta de educação permanente aos profissionais também se constitui em uma ferramenta potente de gestão do trabalho, contribuindo não apenas para valorização e satisfação do trabalhador como também para maior qualificação do processo de trabalho.

Com essa variável, verificou-se se há oferta de ações de qualificação para os profissionais da Atenção Básica, bem como se atendem às demandas e necessidades das equipes.

A *tabela 2* apresenta os resultados referentes à educação permanente. Dentre os entrevistados, 81,1% afirmaram haver ações de educação permanente ofertadas pela gestão municipal. Ou seja, quanto maior o porte do município maior o percentual de ações de educação permanente, revelando maior

acesso a espaços de qualificação das práticas profissionais nesses municípios.

Embora grande parte dos profissionais tenha afirmado que a gestão municipal oferta ações de educação permanente, o percentual de equipes que participaram de qualquer uma das ações citadas no último ano é baixo, não havendo, portanto, diferença expressiva entre os diferentes extratos populacionais. Entre os que afirmaram ter participado das ações de educação permanente, as modalidades mais frequentes foram o Telessaúde (23,7%) e os cursos presenciais (18,7%).

Segundo Mendonça *et al.* (2010), sabe-se que a formação prévia, bem como a oferta de educação permanente para as equipes, se constitui em pontos-chaves para a menor rotatividade, uma vez que essas ações contribuem para o fortalecimento e ampliação do acesso à qualificação para os profissionais da Atenção Básica.

Formas de contratação e modalidade de vínculo dos profissionais

A *tabela 3* refere-se às formas de contratação e modalidade de vínculo trabalhista dos profissionais respondentes do PMAQ-AB 2012. No que se refere ao agente contratante, quase 77,9% dos profissionais foram contratados pela administração direta, ou seja, vinculados diretamente à administração pública, seja ela municipal, estadual ou federal. Quando se analisa por estrato populacional, verifica-se que nos municípios de 500 mil habitantes ou mais o percentual de contratação direta é menor se comparado aos demais estratos, destacando-se, dentre a modalidade de terceirizações, os profissionais contratados de maneira indireta via Organizações Sociais em Saúde (OSS).

Com relação ao tipo de vínculo, o estatutário equivale ao maior percentual de respostas dos profissionais em todos os estratos populacionais, chegando a 42,1% para o país. Cabe ainda destacar que, para os municípios de maior porte populacional (maior que 500 mil

Tabela 1. Perfil e formação dos profissionais participantes* do PMAQ-AB, por porte populacional

	Até 10.000 hab		10.001 - 20.000 hab		20.001 - 50.000 hab		50.001- 100.000 hab		100.001 - 500.000 hab		500.001 hab ou mais		Brasil	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Profissão:														
Médico	82	3,2	70	2,4	89	2,5	53	2,8	235	7,4	464	15,0	993	5,8
Enfermeiro	2465	95,3	2762	96,0	3464	95,7	1772	95,5	2864	90,4	2548	82,3	15875	92,3
Cirurgião-dentista	39	1,5	45	1,6	67	1,9	29	1,6	70	2,2	83	2,7	333	1,9
Coordenadores de equipe	2306	89,2	2635	91,6	3366	93,0	1684	90,8	2620	82,7	2484	80,3	15095	87,8
Profissionais com tempo de atuação na equipe de Atenção Básica atual:														
Menos de 1 ano	546	25,3	693	30,6	801	31,8	995	30,5	829	29,6	875	21,1	4739	27,6
De 1 a 2 anos	711	27,5	874	30,4	1045	28,9	596	32,1	883	27,9	857	27,7	4966	28,9
De 3 a 5 anos	667	25,8	716	24,9	959	26,5	381	20,6	830	26,2	795	25,7	4348	25,3
Mais de 6 anos	568	22,0	414	14,4	463	12,8	266	14,3	546	17,2	845	27,3	3102	18,0
Formação complementar														
Profissionais que possuem ou estão em formação complementar	1708	78,9	1795	79,0	2050	81,1	2694	82,5	2459	87,4	3642	87,6	14348	83,4
Médicos**														
Especialização em Medicina de Família e Comunidade/ Saúde da Família	12	14,6	16	22,9	18	20,2	10	18,9	65	27,7	143	30,8	264	26,6
Especialização em Saúde Pública / Saúde Coletiva	6	7,3	6	8,6	12	13,5	7	13,2	22	9,4	47	10,1	100	10,1
Outras especializações	32	1,2	32	1,1	34	0,9	19	1,0	105	3,3	214	6,9	436	2,5
Residência em Medicina de Família e Comunidade/ Saúde da Família	5	6,1	3	4,3	5	5,6	4	7,5	44	18,7	74	15,9	135	13,6
Residência Saúde Pública / Saúde Coletiva	2	2,4	0	0,0	3	3,4	2	3,8	0	0,0	7	1,5	14	1,4
Outras residências	7	8,5	7	10,0	14	15,7	9	17,0	49	20,9	110	23,7	196	19,7
Mestrado	1	1,2	1	1,4	0	0,0	4	7,5	14	6,0	23	5,0	43	4,3
Doutorado	1	1,2	2	2,9	2	2,2	4	7,5	8	3,4	14	3,0	31	3,1
Enfermeiros***														
Especialização em Saúde da Família	985	40,0	1089	39,4	1352	39,0	740	41,8	1418	49,5	1407	55,2	6991	44,0
Especialização em Saúde Pública / Saúde Coletiva	547	22,2	642	23,2	837	24,2	441	24,9	674	23,5	704	27,6	3845	24,2
Outras especializações	1198	48,6	1352	49,0	1762	50,9	923	52,1	1532	53,5	1243	48,8	8010	50,5
Residência em Saúde da Família	18	0,7	23	0,8	37	1,1	22	1,2	62	2,2	51	2,0	213	1,3
Residência Saúde Pública / Saúde Coletiva	15	0,6	19	0,7	23	0,7	13	0,7	28	1,0	27	1,1	125	0,8
Outras residências	9	0,4	15	0,5	19	0,5	12	0,7	29	1,0	58	2,3	142	0,9
Mestrado	61	2,5	66	2,4	82	2,4	42	2,4	128	4,5	134	5,3	513	3,2
Doutorado	18	0,7	27	1,0	22	0,6	7	0,4	18	0,6	25	1,0	117	0,7

Tabela 1. (cont.)

Dentistas****														
Especialização em Saúde da Família	7	17,9	13	28,9	22	32,8	11	37,9	32	45,7	47	56,6	132	39,6
Especialização em Saúde Pública / Saúde Coletiva	5	12,8	6	13,3	20	29,9	6	20,7	23	32,9	36	43,4	96	28,8
Outras especializações	16	41,0	27	60,0	31	46,3	16	55,2	40	57,1	43	51,8	173	52,0
Residência em Saúde da Família	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	3,4	6	8,6	3	3,6	10	3,0
Residência Saúde Pública / Saúde Coletiva	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	1,4	2	2,4	3	0,9
Residência em Odontologia Preventiva e Social	1	2,6	0	0,0	1	1,5	1	3,4	1	1,4	0	0,0	4	1,2
Outras residências	0	0,0	1	2,2	2	3,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	3	0,9
Mestrado	1	2,6	1	2,2	1	1,5	1	3,4	8	11,4	15	18,1	27	8,1
Doutorado	1	2,6	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	1,4	4	4,8	6	1,8

Fonte: Banco de dados PMAQ-AB, primeiro ciclo, 2012b

* Número de profissionais participantes do PMAQ-AB: 17201

Nas variáveis admitiu-se múltiplas respostas:

** Número de médicos respondentes: 993

*** Número de enfermeiros respondentes: 15875

**** Número de dentistas respondentes: 333

hab.), a segunda forma mais utilizada de vínculo é o contrato por CLT (Consolidação das Leis Trabalhistas), correspondendo a 44,7%.

No entanto, esta realidade não é a mesma para os municípios de menor porte populacional, pois possuem o contrato temporário (pela administração pública ou por contrato de serviço) como segunda opção mais referida, sugerindo maior flexibilidade de vínculos trabalhistas em municípios de menor porte populacional.

A terceirização da força de trabalho e a flexibilização dos vínculos trabalhistas na Atenção Básica vêm se configurando como tendência desde o início da década de 2000, já constatada em estudos anteriores. A terceirização e a flexibilização são mais presentes em municípios de maior porte populacional, mostrando haver forte correlação entre a utilização do contrato regido pela CLT e o porte populacional dos municípios. (BRASIL, 2001; 2006). Nesta pesquisa, para todas as

categorias profissionais analisadas, à medida que o porte populacional cresce aumenta a utilização dessa modalidade de contratação.

Deve-se considerar que, isoladamente, a contratação pela administração direta verificada na maior parte dos municípios brasileiros não é suficiente para analisar a maior ou menor flexibilização das relações de trabalho, posto que não garante as formas mais protegidas de vínculo. Os contratos temporários têm se configurado como alternativa muito frequente na administração direta, por exemplo, para a contratação de profissionais de nível superior (MACHADO; VIEIRA, 2000; BRASIL, 2006).

Cabe ressaltar que, nos anos 1990, a reforma administrativa do Estado induziu novas normas jurídicas no mundo do trabalho como parte das medidas para redução do papel do Estado e diminuição dos gastos públicos. Esse cenário favoreceu a desregulamentação das relações de trabalho no setor público. Assim, medidas restritivas para a contratação

de pessoal no setor público, como, por exemplo, a Lei de Responsabilidade Fiscal (LRF), resultaram na proliferação de contratos de trabalho pouco regulados, mediados via contratações indiretas (MACHADO ET AL., 2000). É importante destacar que os resultados do PMAQ-AB revelam diferentes cenários para a gestão do trabalho em saúde, inclusive a adoção de variados arranjos para a contratação de profissionais da Atenção Básica.

Plano de carreiras e remuneração variável

Para além da perspectiva de direitos, entende-se que o plano de carreiras é uma potente ferramenta de gestão, principalmente quando agregado a outros subsídios, como

a gratificação, a avaliação de desempenho e a progressão por qualificação. Estudo realizado por Ney e Rodrigues (2012) em um município de grande porte do estado do Rio de Janeiro identificou que a ausência de planos de carreiras era um dos fatores que levavam à desmotivação e rotatividade dos profissionais atuantes na ESF.

A tabela 4 traz o panorama dos planos de carreiras nos municípios. Deve-se considerar que os resultados apresentados se referem aos respondentes e não ao conjunto da equipe participante do PMAQ-AB. Nota-se haver correlação positiva entre porte populacional dos municípios e existência de plano de carreira. Em municípios de maior porte, os profissionais foram mais positivos em suas respostas sobre os planos de carreira, enquanto

Tabela 2. Educação permanente dos profissionais participantes* do PMAQ-AB, por porte populacional

	Até 10.000 hab		10.001 - 20.000 hab		20.001 - 50.000 hab		50.001 - 100.000 hab		100.001 - 500.000 hab		500.001 hab ou mais		Brasil	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Profissionais afirmam que no município há ações de educação permanente	1743	67,4	2052	71,3	2779	76,8	1553	83,8	2856	90,1	2973	96,1	13956	81,1
Profissionais afirmam que essas ações contemplam as necessidades de saúde da equipe	1322	75,8	1510	73,6	2060	74,1	1136	73,1	2195	76,9	2343	78,8	10566	75,7
Equipes que participam ou participaram das ações de educação permanente no último ano**:														
Telessaúde	777	30,0	648	22,5	757	20,9	409	22,1	590	18,6	891	28,8	4072	23,7
EAD/UNASUS	239	9,2	189	6,6	220	6,1	89	4,8	186	5,9	313	10,1	1236	7,2
RUTE - Rede Universitária de Telemedicina	106	4,1	67	2,3	79	2,2	30	1,6	47	1,5	89	2,9	418	2,4
Cursos presenciais	549	21,2	453	15,7	576	15,9	324	17,5	513	16,2	804	26,0	3219	18,7
Troca de experiência	447	17,3	386	13,4	529	14,6	267	14,4	430	13,6	698	22,6	2757	16,0
Tutoria/preceptoria	77	3,0	70	2,4	140	3,9	51	2,8	198	6,2	378	12,2	914	5,3
Segunda opinião formativa	454	17,6	333	11,6	409	11,3	174	9,4	275	8,7	458	14,8	2103	12,2
Telediagnóstico	417	16,1	265	9,2	271	7,5	115	6,2	149	4,7	236	7,6	1453	8,4
Teleconsultoria	546	21,1	366	12,7	412	11,4	183	9,9	202	6,4	402	13,0	2111	12,3

Fonte: Banco de dados PMAQ-AB, primeiro ciclo, 2012b

* Número de profissionais participantes do PMAQ-AB: 17201

** Na variável, admitiram-se múltiplas respostas

Tabela 3. Formas de contratação e modalidade de vínculos dos profissionais de PMAQ-AB*, por porte populacional

	Até 10.000 hab		10.001 - 20.000 hab		20.001 - 50.000 hab		50.001- 100.000 hab		100.001 - 500.000 hab		500.001 hab ou mais		Brasil	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Trabalhadores que relatam que têm como agente contratante**:														
Administração direta	2234	89,36	2399	87,6	2966	86,1	1365	79,6	2228	75,0	1510	51,5	12702	77,9
Terceirização	266	10,64	340	12,4	478	13,9	349	20,4	743	25,0	1422	48,5	3598	22,1
Trabalhadores que relatam como vínculo***:														
Servidores públicos statutários	1221	48,2	1040	37,1	1405	39,6	712	48,2	1280	41,1	1409	46,8	7067	42,1
Contrato CLT	409	16,1	579	20,6	738	20,8	347	23,5	881	28,3	1344	44,7	4298	25,6
Contrato temporário pela administração pública regido por legislação es- pecial (federal, estadual, municipal)	436	17,2	595	21,2	632	17,8	417	28,3	451	14,5	146	4,9	2677	15,9
Contrato temporário por prestação de serviço	395	15,6	509	18,2	681	19,2	280	19,0	324	10,4	97	3,2	2286	13,6
Cargo comissionado	72	2,8	81	2,9	92	2,6	34	2,3	176	5,7	12	0,4	467	2,8

Fonte: Banco de dados PMAQ-AB, primeiro ciclo, 2012b

* Número de profissionais participantes do PMAQ-AB = 17.201

** Número de respostas válidas = 16.300, não considerando as possibilidades de respostas: 'outros', 'não sabe/não respondeu' e 'nenhuma das anteriores'.

*** Número de respostas válidas = 16.811, não considerando as possibilidades de respostas: 'outros', 'não sabe/não respondeu' e 'nenhuma das anteriores'.

nos municípios menores, as respostas foram mais negativas para essa questão.

Pode-se afirmar que a incorporação dos Planos de Cargos, Carreiras e Salários (PCCS) nos municípios ainda é frágil. No Brasil, apenas 21,1% dos entrevistados referiram possuir plano de carreira. Com relação à remuneração variável, dentre os que afirmaram ter plano de carreira, 80,4% possuem progressão por titulação, 54,9% por avaliação de desempenho e 75,6% por antiguidade. Com relação aos planos, a maior parte deles incorpora a progressão por tempo de serviço e por titulação/formação profissional.

A progressão por Avaliação de Desempenho (AD) ocorre de forma diferente das demais. Além de a média nacional ser inferior (54,9%), nota-se que a maior incorporação da AD ocorre principalmente nos municípios acima de 500 mil habitantes (71,0%). A diferença é significativa entre os portes populacionais; por exemplo, nos municípios com até 10.000

habitantes, os percentuais de incorporação de AD são de 30,3%. Tal resultado fornece pistas de que há maiores dificuldades de implantação de planos de carreira em municípios de menor porte populacional.

Deve-se considerar que algumas iniciativas e programas têm sido implementados com vistas ao fortalecimento da gestão do trabalho e da educação na saúde, dentre os quais se ressaltam o Programa de Desprecarização do Trabalho no SUS (DesprecarizaSUS) e as Diretrizes Nacionais para a elaboração de Planos de Cargos, Carreiras e Salários do SUS. No entanto, como mostram os resultados, são muitos os desafios a se enfrentar no âmbito da gestão do trabalho na Atenção Básica.

No que se refere ao DesprecarizaSUS, este é um programa que visa à regularização da situação dos vínculos precários dos trabalhadores inseridos no Sistema Único de Saúde. Pierantoni *et al.* (2008) evidenciaram a baixa

capilaridade, desconhecimento e baixa adesão dessa iniciativa nas secretarias de saúde.

Com relação às Diretrizes Nacionais do Plano de Carreiras, dentre as propostas de intervenção estão ações que objetivam sensibilizar e conscientizar os gestores estaduais e municipais sobre a necessidade de elaboração e implantação de uma nova política de recursos humanos. Contudo, a implantação de planos de carreira em muitos municípios esbarra em questões como impacto financeiro e restrições impostas pela Lei de Responsabilidade Fiscal.

Questões como multiplicidade de vínculos e alta rotatividade dos profissionais nos vários municípios trazem desafios importantes para a gestão do trabalho da Atenção Básica no SUS no que diz respeito aos princípios da equidade.

Considerações finais

De acordo com os resultados, foi possível fazer uma aproximação do cenário da gestão do trabalho nas equipes participantes do

PMAQ-AB no que se refere aos aspectos de qualificação, educação permanente, contratação, vínculo e carreira.

No que tange ao instrumento de coleta de dados, é importante ter clareza das limitações que esse impõe especialmente para a discussão de formação desses profissionais. Em outras palavras, é impreciso o quanto essa formação complementar pode resultar em uma melhor prática profissional na Atenção Básica, por questões já discutidas anteriormente.

Cabe assim, uma sugestão para revisão deste item no questionário incorporando, por exemplo, a padronização do preenchimento para as áreas referidas para o *strictu sensu* e para o *lato sensu*. É preciso também poder identificar as múltiplas respostas para não superestimar os dados.

Os dados analisados mostram que o enfermeiro é o profissional que mais desempenha a função de coordenação da equipe de Atenção Básica, independentemente do porte populacional dos municípios. Por outro lado, deve-se atentar para o significado do acúmulo de funções exercido por esses profissionais e para as

Tabela 4. Plano de carreira e remuneração variável dos profissionais participantes* do PMAQ-AB, por porte populacional

	Até 10.000 hab		10.001 - 20.000 hab		20.001 - 50.000 hab		50.001 - 100.000 hab		100.001 - 500.000 hab		500.001 hab ou mais		Brasil	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Profissionais possuem plano de carreira	379	14,7	261	9,1	419	11,6	346	18,7	723	22,8	1497	48,4	3625	21,1
Profissionais têm incentivo, gratificação, prêmio financeiro por desempenho	301	11,6	379	13,2	563	15,6	401	21,6	662	20,9	1094	35,3	3400	19,8
Profissionais possuem no plano de carreira**:														
Progressão por antiguidade	282	74,4	197	75,5	313	74,7	255	73,7	554	76,6	1138	76	2739	75,6
Progressão segundo avaliação de desempenho ou desenvolvimento	115	30,3	99	37,9	189	45,1	170	49,1	355	49,1	1063	71,0	1991	54,9
Progressão por titulação e formação profissional	260	68,6	202	77,4	319	76,1	276	79,8	605	83,7	1253	83,7	2915	80,4

Fonte: Banco de dados PMAQ-AB, primeiro ciclo, 2012b

* Número de profissionais participantes do PMAQ-AB: 17201

** Número de profissionais com plano de carreira: 3625. Nessa variável admitiram-se múltiplas respostas.

múltiplas tarefas que exerce na AB, no sentido de se ampliar a reflexão do quanto essa condição tem tido impactos deletérios no compartilhamento da produção do trabalho em equipe.

Em relação à formação e qualificação dos profissionais (médicos, enfermeiros e cirurgiões-dentistas), os resultados revelam a necessidade de maior distribuição e oferta de especializações e residências voltadas para atuação na Atenção Básica. Essa tendência pode ser melhor direcionada a municípios de menor porte, cabendo uma reflexão acerca da importância de maior oferta desses cursos no interior e em municípios de menor porte populacional, em especial aqueles localizados em áreas remotas e de difícil conexão com os eixos onde se concentram os principais centros formadores do país. Algumas estratégias para esses municípios pode ser a oferta de cursos na modalidade do ensino em distância, a criação de condições de melhoria da infraestrutura, visando a um maior incremento das ferramentas do Telessaúde. A ausência ou insuficiência de incentivos para a qualificação profissional pode contribuir para dificuldades de manutenção e desmotivação dos profissionais na AB.

Em contrapartida, as ações de educação permanente, embora sejam ofertadas pelos municípios, indicam a baixa participação dos profissionais nesses espaços, indicando, assim, a relevância de se investir em iniciativas que fortaleçam a participação e o comprometimento de forma articulada, também, com os interesses e necessidades demandados pelos trabalhadores.

Os dados analisados neste estudo mostram a importância de se continuar empenhando esforços para a desprecarização dos vínculos de trabalho, com destaque para a pluralidade de formas de vínculos na Atenção Básica. Além disso, a temporalidade do contrato de trabalho pode incidir diretamente na decisão do profissional de se desvincular para aceitar outras propostas que possam lhe parecer mais favoráveis do ponto de vista das condições de trabalho, do projeto de vida e de expectativas profissionais que os trabalhadores constroem para si, além do rendimento financeiro.

A gestão do trabalho em saúde pressupõe a garantia de aspectos básicos para a valorização do trabalhador da saúde e do seu trabalho, tais como PCCS; vínculos com proteção social; espaços para discussão e negociação das relações de trabalho em saúde, como as mesas de negociação permanente, bem como a capacitação e educação permanente.

Nesse sentido, programas e iniciativas têm sido impulsionados com vistas a apoiar os municípios a superarem tais desafios. Os municípios, por sua vez, possuem papel central na condução e gestão da Atenção Básica. Assim, em que medida se podem aproximar essas iniciativas federais das realidades (tão díspares) dos diversos municípios brasileiros? De fato, é um desafio para a gestão do trabalho.

Sugere-se que outros estudos possam aprofundar o objeto aqui proposto, contribuindo com novos subsídios para o fortalecimento da gestão do trabalho na Atenção Básica em Saúde. ■

Referências

- ARAÚJO, L. M. et al. Para subsidiar a discussão sobre a desprecarização do trabalho no SUS. *Cad. RH Saúde*, Brasília, v.3, p.163-173, 2006.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB)*: manual instrutivo. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2012a.
- _____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB)*: documento síntese para avaliação externa. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2012b.
- _____. Ministério da Saúde. Coordenação Geral da Política de Recursos Humanos. *Agentes institucionais e modalidades de contratação de pessoal no Programa Saúde da Família no Brasil*: relatório de pesquisa. Belo Horizonte: Universidade Federal de Minas Gerais, 2001.
- _____. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na saúde. Departamento de Gestão e da Regulação do Trabalho em Saúde. *Precarização e qualidade do emprego no Programa Saúde da Família*. Belo Horizonte: Universidade Federal de Minas Gerais, 2006.
- _____. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.654, de 19 de julho de 2011. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde, o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) e o Incentivo Financeiro do PMAQ-AB, denominado Componente de Qualidade do Piso de Atenção Básica Variável - PAB Variável. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 20 jul.2011a. Seção I, p. 79.
- _____. Seminário Nacional sobre Política de Desprecarização das Relações de Trabalho no SUS. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. *Relatório*. Brasília, 2003. Mimeo.
- CAMPOS, C. V. A.; MALIK, A. M. Satisfação no trabalho e rotatividade dos médicos no Programa de Saúde da Família. *Revista de Administração Pública*, Rio de Janeiro, v. 42, n. 2, p. 347-368, 2008.
- CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. *Demografia médica no Brasil*. vol. 2. São Paulo, 2013.
- DATASUS. Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde. 2013. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?cnes/cnv/prid02br.def>>. Acesso em: 21 jan. 2014.
- CASTRO FILHO, E. D. et al. A especialização em MFC e o desafio da qualificação médica para a ESF: proposta de especialização em larga escala, via educação à distância. *Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade*, Rio de Janeiro, v.3, n. 11, p. 199-209, 2007.
- INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). Diretoria de Pesquisas. Coordenação de População e Indicadores Sociais. *Indicadores sociais municipais: uma análise dos resultados do universo do Censo Demográfico 2010*. Rio de Janeiro, 2011. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censo2010/indicadores_sociais_municipais/default_indicadores_sociais_municipais.shtm>. Acesso em: 08 nov. 2013.
- LACAZ, F. A. C. et al. Qualidade de vida, gestão do trabalho e plano de carreira como tecnologista em saúde na atenção básica do Sistema Único de Saúde em São Paulo, Brasil. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v.26, n.2, p.253-263, 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2010000200005>. Acesso em: 09 ago. 2013.
- MACHADO, M. H. Trabalhadores da saúde e sua trajetória na Reforma Sanitária. In: LIMA, N. T.; GERSCHMAN, D. C. E.; SUÁREZ, J. M. (Org.). *Saúde e Democracia: história e perspectiva do SUS*. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, p. 257-284, 2005.
- MACHADO, M. H.; VIEIRA, A. L. S. *Perfil dos médicos e enfermeiros do programa saúde da família no Brasil*: relatório final. Brasília, Ministério da Saúde. 2000.
- MENDONÇA, M. H. M. et al. Desafios para gestão do trabalho a partir de experiências exitosas de expansão da Estratégia de Saúde da Família. *Cienc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v.15, n.5, 2010. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232010000500011>>. Acesso em: 14 nov. 2013.
- NEY, M. S.; RODRIGUES, P. H. A. Fatores críticos para a fixação do médico na Estratégia Saúde da Família. *Physis*, Rio de Janeiro, v.4, n.32, p. 1293-1311, 2012.

NOGUEIRA, R.P. *A regulação dos vínculos de trabalho no SUS*. Brasília, 1999. Mimeo.

PIERANTONI, C. R. et al. Gestão do trabalho e da educação em saúde: recursos humanos em duas décadas do SUS. *Physis*, Rio de Janeiro, v.18, n.4, p. 685-704, 2008.

PIERANTONI, C. R. As reformas do Estado, da saúde e recursos humanos: limites e possibilidades. *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v.6, n.2, p. 341-360, 2001.

PIRES, D. Reestruturação produtiva e consequências para o trabalho em saúde. *Rev. Bras. de Enfermagem*, Brasília, v.53, n.2, p. 251-263, 2000.

Recebido para publicação em abril de 2014

Versão final em agosto de 2014

Conflito de interesses: inexistente

Suporte financeiro: não houve