

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL

ILANO ALMEIDA BARRETO E SILVA

**VÍNCULOS DE TRABALHO NA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA
SEGUNDO DADOS DO PROGRAMA NACIONAL DE MELHORIA DO ACESSO E
DA QUALIDADE NA ATENÇÃO BÁSICA (PMAQ-AB)**

Brasília

2014

ILANO ALMEIDA BARRETO E SILVA

**VÍNCULOS DE TRABALHO NA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA
SEGUNDO DADOS DO PROGRAMA NACIONAL DE MELHORIA DO ACESSO E
DA QUALIDADE NA ATENÇÃO BÁSICA (PMAQ-AB)**

Monografia apresentada à Universidade Federal do Rio Grande do Sul, como requisito obrigatório para obtenção do título de Especialista em Saúde Coletiva e Educação na Saúde.

Orientador: Msc. Dirceu Diltmar Klitzke

Coorientador: Msc. Francy Webster
Pereira e Patrícia Barbará Dias

Brasília

2014

Autorizo a reprodução e divulgação total ou parcial deste trabalho por qualquer meio convencional ou eletrônico para fins de estudo e pesquisa, desde que citada a fonte.

Ficha Catalográfica

SILVA, I. A. B. .–Monografia apresentada à Universidade Federal do Rio Grande do Sul, como requisito obrigatório para obtenção do título de Especialista em Saúde Coletiva e Educação na Saúde.

Aprovado em:

Banca Examinadora

MsC. Carolina Pereira Lobato

MsC. Dirceu Diltmar Klitzke

Agradecimentos

Agradeço a minha família, por estar presente e apoiando as minhas decisões.

Ao meu orientador e referência de militância, Dirceu Klitzke, pela sua paciência e compreensão nesta jornada e por me estimular na formulação deste TCC.

A Patrícia Barbará e Webster Pereira pelas oportunas contribuições enquanto coorientadores.

Ao Hêider pelo aprendizado, parceria e por ter acreditado no meu potencial.

Aos colegas de gabinete/diretoria, em especial, Carol, pela sua doçura e amizade.

Aos trabalhadores que compõe a frente de gestão do trabalho da CGGAB/DAB, em especial ao Regis Cunha, pela sua sabedoria e companheirismo.

A Direção (Dudu) e os trabalhadores do Departamento de Atenção Básica (DAB/SAS) por proporcionar um ambiente de trabalho fabuloso e potente na construção de uma militância em prol da Atenção Básica e do SUS de qualidade voltado para o cuidado à vida de brasileiros e brasileiras espalhados pelo país.

Aos colegas de outros departamentos (DEPREPS/SGTES) que andam lado a lado no fortalecimento SUS.

Aos colegas, trabalhadores e professores desta especialização da UFRGS.

Aos colegas de militância da graduação em saúde coletiva e da fisioterapia, dentre os quais cito alguns: Laís R, Bianca L, Carol C, Florentino L, Jair M, Gisélia P, M^a Gabriele, Daniele, Hellen, Camila R, Cíntia C, Jaina, Gica, Raylayne e entre outros.

Aos queridos amigos da graduação em SC da “casa verde” e agregados: Euzeli, Bruna, Estela, Raíssa, Paulo, Guilherme, João P, Sávio e entre outros.

Ao Sidiclei e Vitor S pela fundamental colaboração nos mapas e da diagramação desta monografia.

Aos demais colegas e companheir@s que conheci e/ou reencontrei em Brasília que lutam dia-a-dia na construção do SUS.

Aos trabalhador@s e usuários que fazem o SUS valer.

RESUMO

A descentralização/municipalização fortalecida na década de 90 hipertrofiou os municípios com inúmeras atribuições e, principalmente na saúde, com a gestão da atenção básica. Com isso, os municípios são obrigados contratar profissionais para prover as ações de atenção básica e uma série de empecilhos é identificada, principalmente, devido ao encargo patronal e a LRF. Neste bojo, os municípios podem optar por vínculos de trabalho precarizados para esquivar-se das obrigações patronais. No entanto, a repercussão destes tipos de vínculos afeta o trabalhador, o desenvolvimento da sua atividade e a população assistida. Considerando o cuidado em saúde, como essencialmente humana, a atenção básica sendo a coordenadora do cuidado longitudinal e porta prioritária para o acesso ao SUS e torna-se necessário compreender o cenário da precarização dos vínculos de trabalho dos profissionais que compõem a atenção básica.

PALAVRAS-CHAVE: Força de Trabalho, Trabalhadores, Saúde da Família, Atenção Primária à Saúde

ABSTRACT

The devolution / decentralization strengthened in the 90 municipalities with hypertrophied and its countless assignments, especially in health, the management of primary care. With this, the municipalities are obliged to hire professionals to provide the primary care activities and a number of obstacles are mainly identified due to the employer's burden and the LRF. This bulge, municipalities can choose to precarious work contracts to evade the employer's obligations. However, the impact of these types of bonds affects the worker, the development of its business and the assisted population. Whereas health care, as essentially human, primary care being the coordinator of longitudinal care and priority door for access to the NHS and it is necessary to understand the scenario casualization of work contracts of the professionals who make up the basic care.

LISTA DE SIGLAS

AB- Atenção Básica
ACS- Agentes Comunitários de Saúde
CF – Constituição Federal de 1988
CFM – Conselho Federal de Medicina
CLT- Consolidação das Leis Trabalhistas
CNS - Conferência Nacional de Saúde
CONASEMS – Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde
ESF- Estratégia Saúde da Família
IPEA- Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada
LRF- Lei de Responsabilidade Fiscal
MRSB – Movimento da Reforma Sanitária Brasileira
NOB- Norma Operacional Básica
PAB- Piso de Assistência Básica
PACS- Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PMAQ – Programa de Melhoria do Acesso e Qualidade
PNAB- Política Nacional de Atenção Básica
PROVAB – Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica
PSF- Programa Saúde da Família
OSCIP- Organização da Sociedade Civil de Interesse Público
ONG- Organização Não Governamental
OS- Organização Social
SUS- Sistema Único de Saúde
UBS- Unidade Básica de Saúde

Lista de ilustrações

Figura 1 Frequência relativa de vínculos protegidos dos Agentes Comunitários de Saúde, por estado brasileiro, em 2014, segundo PMAQ.	18
Figura 2 Frequência relativa de vínculos protegidos de enfermeiros, por estado brasileiro, em 2014, segundo PMAQ.....	19
Figura 3 Frequência relativa de vínculos protegidos dos médicos, por estado brasileiro, em 2014, segundo PMAQ.....	20
Figura 4 Frequência relativa de vínculos protegidos dos técnicos de enfermagem, por estado brasileiro, em 2014, segundo PMAQ.	22
Figura 5 Frequência relativa de vínculos protegidos dos dentistas, por estado brasileiro, em 2014, segundo PMAQ.....	23
Figura 6 Frequência relativa de vínculos protegidos da Equipe de Saúde Bucal, por estado brasileiro, em 2014, segundo PMAQ.	24
Figura 7 Frequência relativa de vínculos protegidos da Equipe de Saúde da Família, por estado brasileiro, em 2014, segundo PMAQ.	25
Figura 8 Frequência relativa de vínculos protegidos da Equipe de Saúde da Família e equipe de Saúde Bucal, por estado brasileiro, em 2014, segundo PMAQ.	26
Figura 9 Frequência relativa de vínculos protegidos dos profissionais de nível superior da ESF, por estado brasileiro, em 2014, segundo PMAQ.....	28

Lista de tabelas

Tabela 1 Tipos de vínculos de trabalho do PMAQ.	12
Tabela 2 Frequência absoluta e relativa dos tipos de vínculos trabalhista dos profissionais da ESF e ESB, segundo o PMAQ, no Brasil, 2014.	16
Tabela 3 Frequência absoluta e relativa dos tipos de vínculos trabalhista das sete categorias profissionais da ESF e ESB, segundo o PMAQ, no Brasil, 2014.	16
Tabela 4 Frequência relativa dos vínculos protegidos, por região, em 2014, segundo PMAQ.	27

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	8
METODOLOGIA	12
RESULTADO E DISCUSSÃO	13
CONSIDERAÇÕES FINAIS	29
REFERÊNCIAS:	31

INTRODUÇÃO

A VIII Conferência Nacional de Saúde (CNS), em 1986, teve como temática a saúde como direito, a reorganização e financiamento do sistema de saúde. Foi considerada a primeira CNS com ampla participação popular, pois o Brasil estava no contexto do período de fim do regime militar. Nesta CNS, o Movimento da Reforma Sanitária Brasileira (MRSB), composto por militantes do setor, acadêmicos e sociedade civil, discutiu acerca das diretrizes que balizariam o sistema de saúde brasileiro.

O Brasil ao perpassar pelo processo de redemocratização, estabeleceu a constituição federal em 1988. Esta avançou na obtenção de direitos fundamentais, na estruturação do estado e na temática de orçamento/financiamento. No que tange à assistência à saúde, na carta magna, o MRSB tencionou na construção de uma agenda mais incisiva e ampla no setor saúde e para o estado brasileiro. Porém, o MRSB junto ao parlamento, teve força política para apenas pautar as diretrizes para constituir o sistema de saúde brasileiro. (PAIM, 2009)

No contexto da década de 90, o momento histórico de neoliberalismo, onde governo brasileiro assumiu premissas de estabelecer o estado mínimo, com a desoneração aos elementos fundamentais da cidadania e sucateamento do serviço público. (Pires, 1998) Ao passo que a CF 1988 prezava pela garantia de direitos fundamentais, como o acesso à saúde, o modelo neoliberal fazia com que o estado se isentasse da oferta. Desta forma, a construção de política pública para saúde no Brasil parecia, então, ser algo improvável de ser alcançado pelo cenário político.

O governo do presidente Fernando Collor tentou ao máximo frear o desenvolvimento de um sistema de saúde universal. No entanto, a forte influência do MRSB e protagonismo popular culminaram na promulgação da lei 8.080/1990, que propôs a organização do Sistema Único de Saúde (SUS) estabelecendo os princípios da universalização do acesso, integralidade e igualdade, e a lei 8.142/1990, que dispõe sobre a participação da comunidade e das transferências intergovernamentais no SUS. Estas foram as leis orgânicas para sustentação de projeto de política pública na saúde. Desta forma, estabelecidos os princípios, pelas leis orgânicas da saúde, e as diretrizes, conforme da constituição federal, busca-se pela garantia da população acessar e utilizar o SUS.

Organizar o SUS significava afirmar quais eram as atribuições de cada ente federado. Como os serviços de saúde estavam centralizados na União e nos estados, o momento histórico de fortalecer a descentralização teve seu marco na IV CNS, que possuía como tema central: “Municipalização é o caminho”. Com isso, houve o indicativo dos municípios realizarem o planejamento e gestão dos sistemas de saúde, com o provimento de serviços que priorizavam a promoção da saúde e a prevenção de doenças, então chamadas de ações da atenção básica.

As legislações que vieram para fortalecer a diretriz da descentralização estiveram também atreladas ao financiamento para os municípios, pois a indução de responsabilidades de gestão ao município requeria aporte financeiro advindo da união e estados. Destaca-se a Norma Operacional Básica (NOB) 1996, que pela primeira vez propunha a transferência de recursos federais ao município, através do Piso de Assistência Básica (PAB), que constituía no valor *per capita* em detrimento a população de cada município e ao incentivo ofertado caso o município correspondesse na expansão da cobertura do Programa Saúde da Família (PSF) e do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS).

Estabelecido o aporte financeiro para atenção básica, era necessária *expertise* dos municípios em gerir e planejar o sistema local de saúde, principalmente a gestão do seu quadro de pessoal, que seria hipertrofiado devido à obrigação de constituir serviços que prestem a atenção básica. (BRASIL 1996, BRASIL, 2001, BRASIL 2006) No entanto, a trajetória abrupta para a municipalização pôde salientar alguns problemas para os municípios em desenvolver a política de recursos humanos em saúde. (BRASIL, 2006; JUNQUEIRA, 2010; PINTO E TEIXEIRA, 2011)

A dificuldade de contratação de profissionais, por parte dos municípios, devido ao constrangimento da Lei de Responsabilidade Fiscal (LRF) induzida pelo período da reforma de administrativa no governo de FHC fez com que alguns municípios optassem por entidades sociais para esquivar-se do regramento da administração pública. (Junqueira, 2010) A inclusão da Organização Social (OS), Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público (OSCIPs), Organização Não Governamental (ONG), entidades filantrópicas, cooperativa e entre outras, fazem parte de um *hall* de organizações que desmantelam a caracterização do trabalho protegido. Pois, não

estabelece a preservação de vínculos de trabalhos estáveis, sendo arbitrária a contratação e a demissão da força de trabalho. (BRASIL, 2006)

Pensar na organização da rede de serviços na atenção básica mediante vínculos de trabalho precários é considerar a possibilidade de haver rotatividade exacerbada de profissionais nas equipes da ESF. Para compreender os efeitos potenciais de vínculos não protegidos na atenção básica, é necessário remeter-se qual o papel da atenção básica e como ela opera junto ao usuário. (JUNQUEIRA, 2010)

Segundo a Portaria nº 2.488 de 21 de outubro de 2011, que aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da atenção básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), a Atenção Básica consiste:

[...] conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, a redução de danos e a manutenção da saúde com o objetivo de desenvolver uma atenção integral que impacte na situação de saúde e autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades. É desenvolvida por meio do exercício de práticas de cuidado e gestão, democráticas e participativas, sob forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios definidos, pelas quais assume a responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações. [...] A atenção básica considera o sujeito em sua singularidade e inserção sociocultural, buscando produzir a atenção integral. (pág. 19,20, Brasil, 2011)

A capilaridade da atenção básica no território e a proposta de construção de vínculos com os usuários que são adscritos ao território apontam para necessidade da equipe da ESF obter suficientemente habilidades e competências na sua caixa de ferramentas. (MERHY, 1997). O trabalho em equipe atuando de forma conjunta ao longo do tempo, com baixa rotatividade de profissionais e o envolvimento coletivo no processo de produção de vínculos entre profissionais e usuários é vital para sustentação do modelo técnico-assistencial com o sujeito e suas necessidades no centro das ações. (JUNQUEIRA, 2010)

Apesar do avanço no arcabouço jurídico e do surgimento de outras políticas e dispositivos de cuidado que tangencia a atenção básica, a constituição de equipe da ESF, minimamente, com a presença de agente comunitário de saúde (ACS), enfermeiro, médico e técnico de enfermagem, ainda se constitui com um problema a ser enfrentado, principalmente de zona rural e áreas remotas e de difícil acesso. (CAMPOS, MACHADO E GIRARDI, 2009; CONASEMS, 2011)

A dificuldade de fixar profissionais ou mesmo a alta rotatividade de profissionais na atenção básica deve ser analisada com cenário complexo, que possui múltiplas facetas e diversas implicações na qualidade do cuidado. (CAMPOS, MACHADO E GIRARDI, 2009; PERPÉTUO *ET AL*, 2009; TAVEIRA E MACHADO, 2012)

Refletir sobre os tipos de vínculos de trabalho estabelecidos entre trabalhadores e municípios pode ofertar hipóteses relevantes para a compreensão dos motivos que levam à não fixação de trabalhadores na atenção básica.

Considerando essa questão central é necessário analisar sobre os processos de contratação de trabalhadores no serviço público municipal e os tipos de vínculos firmados na Atenção Básica. Assim, o objetivo é analisar qual o perfil das equipes da ESF no que tange aos vínculos de trabalho.

METODOLOGIA

Este é um estudo quantitativo de natureza analítico exploratória. Os dados para desenvolvimento do presente estudo são provenientes da base de dados do Programa de Melhoria do Acesso da Qualidade na Atenção Básica (PMAQ-AB), referente ao mês de abril de 2014, que foram informados pelos gestores municipais dos 4.805 municípios, no “módulo eletrônico do PMAQ” e disponibilizado pelo Departamento de Atenção Básica/ Ministério da Saúde.

Foram informados 352.570 profissionais da saúde que compõem as 30.522 equipes da Estratégia Saúde da Família participantes do PMAQ-AB. Incluindo também as equipes parametrizadas, normatizada pela portaria que institui o PMAQ. Para fins de sistematização foram considerados apenas os profissionais da ESF conforme a Portaria 2.488/2011.

Na realização do estudo optou-se por analisar os quesitos de vínculo trabalhista, que estavam inserido na II.4 Formação e Qualificação dos Profissionais da Equipe de Atenção Básica. A categorização de vínculos trabalhistas é oriunda do próprio PMAQ-AB, sendo sete tipos de vínculo trabalhista, conforme a segue tabela 1:

Tabela 1 Tipos de vínculos de trabalho do PMAQ.

Tipo de vínculo
Servidor público estatutário
Cargo comissionado
Contrato temporário pela administração pública regido por legislação especial (municipal/estadual/federal)
Contrato temporário por prestação de serviço
Empregado público CLT
Contrato CLT
Autônomo

Fonte: Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica, 2014.

Na elaboração dos cartogramas foi empregado o software Sistema de Informação Geográfica Livre e Código Aberto- QGIS versão 2.4 e para tabulação dos dados foi utilizado o Microsoft Excel 2010.

RESULTADO E DISCUSSÃO

Discutir o acesso ao SUS remete à compreensão do que foram os últimos 25 anos de SUS, os 20 anos de saúde da família no Brasil e seus avanços e desafios. O surgimento de projetos focais para ofertar acesso à saúde em alguns municípios do Brasil serviu de experiência para que em 1994 houvesse a implantação do Programa Saúde da Família (PSF). (CAETANO & SULAMIS, 2002) O propósito era melhorar os índices sanitários de populações específicas, principalmente no nordeste do país que estavam no mapa da pobreza do Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA), com atividades educativas e de atendimento clínico para alguns ciclos de vida. Assim, foi iniciado o projeto embrionário de atenção básica. (SANTANA E CARMAGNANI, 2011)

No propósito de pôr em prática os princípios do SUS, o PSF é amadurecido e passa a ser nomeado de Estratégia Saúde da Família (ESF) com Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) através da portaria nº 648/GM de 28 de março de 2006. A mudança do programa é balizada com o propósito de ser substitutivo ao serviço médico básico, contemplar todos os municípios brasileiros e servir como porta de entrada universal e prioritária para o acesso ao SUS.

Apesar dos notórios avanços da atenção básica enquanto política e do incremento financeiro de recursos destinado do governo federal para municípios a partir do Piso da Atenção Básica (PAB) fixo e variável, os gestores municipais relatam que há empecilhos na efetivação da atenção básica enquanto prioridade. (CONASEMS, 2011)

O documento “A Atenção Básica que queremos”, produzido em 2011, pelo Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde aponta para problemas estruturantes para o avanço da Atenção Básica, sendo eles: recursos financeiros insuficientes para ações de saúde, crítica ao financiamento federal para atenção básica seja exclusivo para a modalidade ESF, escassez de profissionais, principalmente médicos, e dificuldade de contratação de profissionais com o perfil profissional adequado para atuar na Atenção Básica.

Os apontamentos trazidos pelo CONASEMS estavam bastante atrelados ao financiamento e do arrocho produzido pela Lei de Responsabilidade Fiscal (LRF), que permite que o município tenha gastos em recursos humanos em até 60%. No

entanto, estas análises se enraízam fortemente na gestão do trabalho para Atenção Básica e no provimento e fixação de profissionais. Analisar este documento significa trazer à tona os cenários existentes nos municípios brasileiros e quais são os pontos a serem tocados na elaboração da política para Atenção Básica coesa, para efetivar o acesso aos serviços de saúde. Com isso, pondera-se que é imprescindível a presença de profissionais de saúde que possam solucionar os problemas de saúde apresentados pela população.

Estudos de Maciel Filho (2007), Girardi e Carvalho (2003), Girardi (2009b), Varella e Pierantoni (2008), Campos, Machado e Girardi *et al* (2009) e Sancho *et al* (2012) destacam que dentre os elementos prioritários para fixação de profissionais nos postos de trabalho, o tipo de vínculo trabalhista existente com o empregador é um fator importante associado a outras estratégias. Assim, a constituição de vínculos trabalhistas protegidos é um importante atrativo para os trabalhadores permanecerem nos seus postos de trabalho. (GIRARDI *et al*, 2009)

Segundo a Política Nacional de Atenção Básica, instituída pela Portaria 2.488 de 21 de outubro de 2011, o sentido ofertado a vínculo e cuidado longitudinal entre a equipe da Estratégia Saúde da Família são preponderantes para construção de cuidados em saúde. Desta forma, para que haja esta articulação do trabalhador com a população é necessário que ocorra uma baixa rotatividade de trabalhadores da equipe na ESF para que não haja rupturas no processo de trabalho da equipe.

Com isso, o debate do vínculo trabalhista protegido combinado com estratégia de incentivos não financeiros, educação permanente, telemedicina, melhores condições de moradia, ascensão funcional, condições diferenciadas para concorrência de residências e cargos públicos, podem produzir efeito benéficos para resolutividade dos problemas de saúde da população. (CAMPOS, MACHADO e GIRARDI, 2009; TAVEIRA e MACHADO, 2012).

Segundo Girardi *et al* (2009), a noção trabalho precário consiste:

[...] as principais situações de trabalho “atípico”, costuma-se incluir o contrato assalariado não regulamentado, o emprego por tempo determinado, o trabalho em tempo parcial, a subcontratação, diversas formas de trabalho associativo, como o trabalho autônomo cooperado, o trabalho autônomo associado em redes (assim chamado de trabalho autônomo de “segunda geração”), o trabalho informal, entre outros. [...]

Garantir a desprecarização dos vínculos trabalhistas no setor saúde, principalmente na Estratégia Saúde da Família, significa por como agenda prioritária a garantia de acesso à saúde.

Neste sentido, o governo federal, através da Portaria Nº 1.654, de 19 de julho de 2011, que 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. O seu propósito é induzir a qualificação da gestão e da assistência na atenção básica. Com isso, os instrumentos norteadores do PMAQ podem ser utilizados para aperfeiçoar estratégias de gestão do trabalho. (PINTO, SOUSA & FLORÊNCIO, 2012)

O PMAQ-AB propõe a gestão municipal, estadual e federal ampliarem sua capacidade de gestão, e, desta forma, assegurando o acesso e a melhoria da qualidade na Atenção Básica (BRASIL, 2012; PINTO, SOUSA & FLORÊNCIO, 2012). Na constituição do PMAQ há quatro fases (contratualização, desenvolvimento, avaliação externa e recontratualização), parte integrante da terceira fase, há preenchimento pelo gestor do módulo eletrônico, onde o mesmo informa ao Ministério da Saúde quais e quantos trabalhadores estão ligados à atenção básica e seus tipos de vínculos trabalhistas.

Desta forma, para desenvolvimento do presente estudo, a categoria vínculo de trabalho protegido será a mesma classificação do estudo desenvolvido por Girardi *et al* (2009). Serão considerados trabalhos protegidos os vínculos trabalhistas de servidor público estatutário e empregado público CLT. Os demais tipos de vínculos serão considerados como não protegidos.

Os tipos vínculos atribuídos às sete profissões que compõem as equipes de ESF e ESB, de forma agregada, em frequência absoluta e total, conforme na tabela 2. Assim, observa-se que o vínculo de servidor público (47,2%) predomina sobre os demais, na sequência tem o contrato temporário pela administração pública, regido por legislação especial (14,8%), emprego público CLT (13,1%), contrato CLT (11,4%), contrato temporário por prestação de serviço (10,7%), cargo comissionado (1,3%) e autônomo (0,3%).

Tabela 2 Frequência absoluta e relativa dos tipos de vínculos trabalhista dos profissionais da ESF e ESB, segundo o PMAQ, no Brasil, 2014.

Tipo de vínculo	Total	
	N	%
Servidor público estatutário	166508	47,2
Cargo comissionado	4722	1,3
Contrato temporário pela administração pública regido por legislação especial (municipal/estadual/federal)	52351	14,8
Contrato temporário por prestação de serviço	37551	10,7
Empregado público CLT	46110	13,1
Contrato CLT	40204	11,4
Autônomo	1124	0,3
Brasil	352.570	100

Fonte: Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica, 2014.

Tabela 3 Frequência absoluta e relativa dos tipos de vínculos trabalhista das sete categorias profissionais da ESF e ESB, segundo o PMAQ, no Brasil, 2014.

Tipo de vínculo	ACS		Enfermeiro		Médico		Cirurgião Dentista		Técnico/auxiliar em enfermagem		Técnico em saúde bucal		Auxiliar em saúde bucal	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Servidor público estatutário	96237	49,7	14036	43,4	8452	26,9	10462	47,5	25434	51,9	3033	51,1	8854	49,1
Cargo comissionado	1448	0,7	1176	3,6	597	1,9	399	1,8	600	1,2	132	2,2	370	2,1
Contrato temporário pela administração pública regido por legislação especial (municipal/estadual/federal)	26099	13,5	5226	16,1	7744	24,6	3357	15,2	6224	12,7	895	15,1	2806	15,6
Contrato temporário por prestação de serviço	8886	4,6	5449	16,8	8170	26,0	4439	20,2	6545	13,4	852	14,4	3210	17,8
Empregado público CLT	34315	17,7	2521	7,8	1864	5,9	1642	7,5	4118	8,4	403	6,8	1247	6,9
Contrato CLT	26657	13,8	3842	11,9	4092	13,0	1574	7,1	5959	12,2	608	10,2	1472	8,2
Autônomo	107	0,1	125	0,4	531	1,7	142	0,6	139	0,3	10	0,2	70	0,4
Brasil	193.749	100	32.375	100	31.450	100	22.015	100	49.019	100	5.933	100	18.029	100

Fonte: Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica, 2014.

Na tabela 3, observa-se que as profissões possuem diferentes porcentagens quanto ao tipo de vínculos trabalhistas. No entanto, entre as três profissões de nível superior (Enfermeiro, Médico e Cirurgião Dentista), há um predomínio maciço de três tipos de vínculos, sendo eles para enfermeiros e dentista: servidor público estatutário, contrato temporário por prestação de serviço, contrato temporário pela administração pública, regido por legislação especial e empregado público CLT.

O médico tem uma distribuição de vínculos quase que uniforme entre três vínculos (servidor público estatutário, contrato temporário regido pela administração pública por legislação especial e contrato temporário por prestação de serviço).

Segundo Girardi et al (2003) no seu estudo amostral que no caso dos médicos apontou que cerca de 70% prefeituras optam por contratações com vínculos temporários e que apenas 16% e 10% optam por vínculos CLT e estatutários, respectivamente. No mesmo estudo, para enfermeiros e dentistas, a porcentagem de prefeituras que optam por contratação temporária é a mesma dos médicos, 70%, havendo apenas uma diferenciação sutil entre as categorias profissionais quanto à porcentagem de CLT e estatutário.

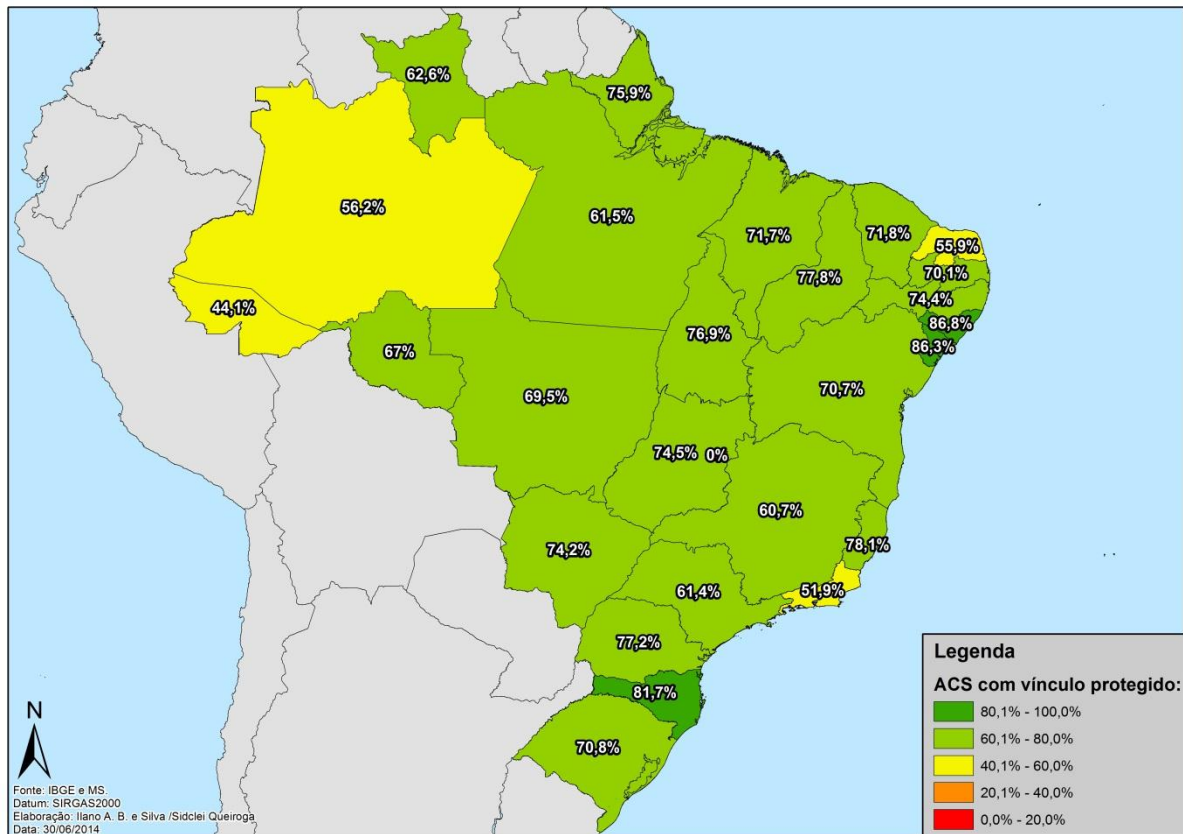


Figura 1 Frequência relativa de vínculos protegidos dos Agentes Comunitários de Saúde, por estado brasileiro, em 2014, segundo PMAQ.

O estudo realizado por Araújo (2006) discorre sobre os vínculos de trabalho dos ACS nos anos de em 2001/2002. O estudo verificou que 74% dos ACS possuíam vínculos de trabalho não protegidos. Estudo semelhante realizado por Barbosa (2008) retrata a porcentagem de vínculos descritos pelo autor como precários ligados aos profissionais (ACS, médico, enfermeiro e dentista) da ESF. A porcentagem de vínculos precários para os ACS em 2008 foi de 31,1%. No presente estudo, observa-se que a porcentagem de vínculos não protegidos foi de 33,6%. Apesar do estudo não decorrer sobre o avanço da despreciação dos vínculos dos ACS, é sabido que foi instituída a lei 11.350/2006, que normatiza a contratação de ACS fossem realizados mediante seleção pública ou concurso público. Desta forma, é esperado o avanço contínuo da despreciação dos vínculos destes profissionais.

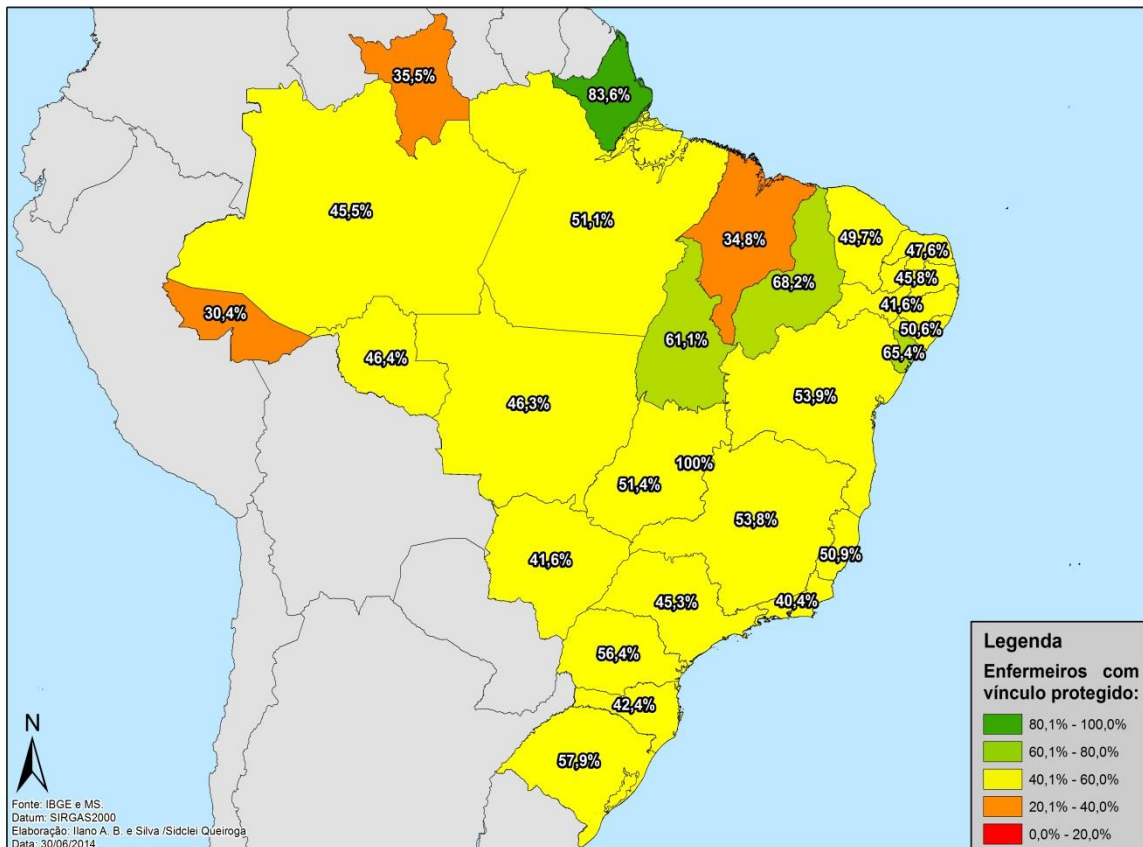


Figura 2 Frequência relativa de vínculos protegidos de enfermeiros, por estado brasileiro, em 2014, segundo PMAQ.

No presente estudo, os vínculos de trabalho protegidos dos enfermeiros tiveram as maiores porcentagens no Distrito Federal, 100%, Amapá, 83,6% e no Piauí, 68,2%. Enquanto as menores porcentagens foram encontradas no Acre, 30,4%, Maranhão, 34,8% e Roraima 35,5%. Segundo o Barbosa (2009), a porcentagem de enfermeiros que em 2001/2002 obtiveram vínculos protegidos foi de 28,6%. Em 2008, foi encontrada porcentagem em cerca de 53,3% de vínculos protegidos. (BARBOSA, 2009), No presente estudo, encontrou-se 47% de vínculos protegidos. O que demonstra que houve um leve decréscimo de vínculos protegidos para esta categoria.



Figura 3 Frequência relativa de vínculos protegidos dos médicos, por estado brasileiro, em 2014, segundo PMAQ.

A figura 3 apresenta os vínculos protegidos dos médicos, que na média brasileira estabelece em 28,9%. Desta forma, evidencia-se que a categoria médica apresenta-se, predominantemente, com a porcentagem entre 20%- 40% de vínculos protegidos, com exceção de Amapá, 50,8%, Piauí, 46,8% e Minas gerais, 41,7%. O estudo de Barbosa (2009) retrata que o vínculo de trabalho protegidos para os médicos foi de 25,4%, em 2001, e 22,3%, em 2008. Desta forma, é verificado que além de um percentual baixo de vínculos protegido, não houve tendência de modificação deste quadro no período de 13 anos.

Neste cenário, analisa-se que por mais que tenha expandido o número de equipes da ESF, não houve incremento percentual da quantidade de vínculos protegidos. Ou seja, mostra-se necessário analisar os motivos que não condicionaram a categoria médica a desprecarização de vínculo de trabalho. E, discutir quais são as possíveis novas estratégias para associar expansão de equipes da ESF com a desprecarização de vínculos de trabalho.

Analisar a categoria médica requer um debate intenso sobre a atual conjuntura dos médicos no Brasil. A distribuição de médicos é desigual no Brasil, predominantemente,

os médicos concentram-se nas capitais e grandes centros urbanos. Assim, há dificuldade em prover profissionais para áreas remotas e de difícil acesso (CAMPOS, MACHADO e GIRARDI, 2009)

Segundo o Conselho Federal de Medicina (2011), o Brasil possui uma média de 1,95 médico por 1.000 habitante, o que é considerado com uma média baixa, comparado a outros países que tem sistemas universais de saúde. Assim, o governo federal instituiu o Programa Mais Médicos para o Brasil, através da lei nº 12.871, de 22 de outubro de 2013. O objetivo prioritário deste programa é diminuir a carência de médicos em regiões prioritárias para o SUS, fortalecer a atenção básica, aprimorar a formação médica orientada para as demandas do SUS, expandir a quantidade de escolas formadoras de médicos e ampliar as vagas das existentes. Além disso, há o Projeto Mais Médico para o Brasil, que consiste prover, emergencialmente e com prazo determinado, via intercambio educacional, médicos brasileiros e estrangeiros para ocupar vagas ociosas na atenção básica. Entre julho de 2013 e junho de 2014, o Projeto inseriu 13.492 médicos em 3742 municípios para garantir acesso á população na atenção básica.

Analisa-se que por mais que seja fundamental avançar na desprecarização de vínculos de trabalho médico na atenção básica, é necessário combinar estratégias de emergencial temporária de provimento de médicos, conectadas às ações de médio e longo prazo, que é a formação de médicos suficientes para suprir a necessidade de atenção básica. Outros fatores que podem auxiliar a expansão da atenção básica com qualidade, como atividades de educação permanente, condições de trabalho, materiais e insumos, infraestrutura adequada e renumeração por desempenho, também devem ser atreladas (CAMPOS, MACHADO e GIRARDI, 2009).

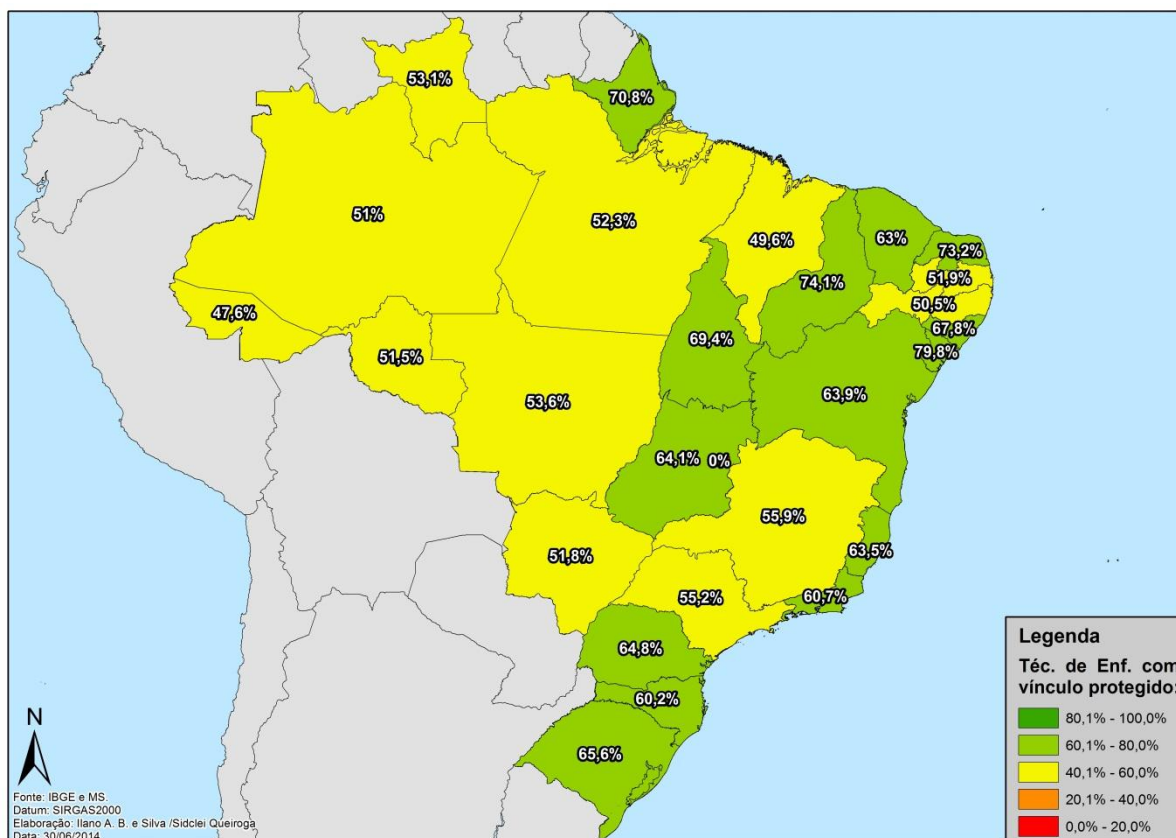


Figura 4 Frequência relativa de vínculos protegidos dos técnicos de enfermagem, por estado brasileiro, em 2014, segundo PMAQ.

A figura 4 demonstra a distribuição dos vínculos de trabalho protegidos dos técnicos de enfermagem, retratando o cenário positivo quanto aos vínculos protegidos. A média brasileira corresponde a 58% de vínculos protegidos. O estudo de Barbosa (2009) retratou que 59,2% dos técnicos de enfermagem possuía vínculos de trabalho protegidos. No presente estudo, salienta-se que não houve estados que estivessem nas faixas, 20,1 – 40% e 80,1-100%, o que demonstra uma distribuição homogênea nos estados. Os estados com melhores porcentagens estão mais localizados na região sul: Rio Grande do Sul, 65,6%, Paraná 64,8% e Santa Catarina, 60,2% e na região nordeste: Sergipe, 79,8%, Piauí, 74,1% e Rio Grande do Norte, 73,2%. Os que possuem menos vínculos protegidos é o Distrito Federal, 0% e a maioria dos estados da região norte.



Figura 5 Frequência relativa de vínculos protegidos dos dentistas, por estado brasileiro, em 2014, segundo PMAQ.

A categoria profissional de dentista, representada na figura 5, retrata uma distribuição uniforme quanto aos vínculos protegido e predominância das unidades federais na faixa de 40,1-60%, com destaque para o Distrito Federal, 100%, Amapá, 78,4%, Piauí, 66,6%, e Sergipe, 65,2%.

Os vínculos protegidos para dentista foi de 55,6%. Não foram encontrados estudos com metodologia similar para defrontar acerca deste achado.



Figura 6 Frequência relativa de vínculos protegidos da Equipe de Saúde Bucal, por estado brasileiro, em 2014, segundo PMAQ.

A figura 6 retrata os vínculos protegidos agregados por equipe de saúde bucal. Nota-se que a média de vínculos protegidos nacional foi de 57,8% e não apresenta estados nos dois piores quintiis e na faixa de 80,1-100%. O resultado mais positivo encontra-se no Amapá, 78,8%. O estado de Pernambuco encontra-se com o pior resultado, 42,4%.

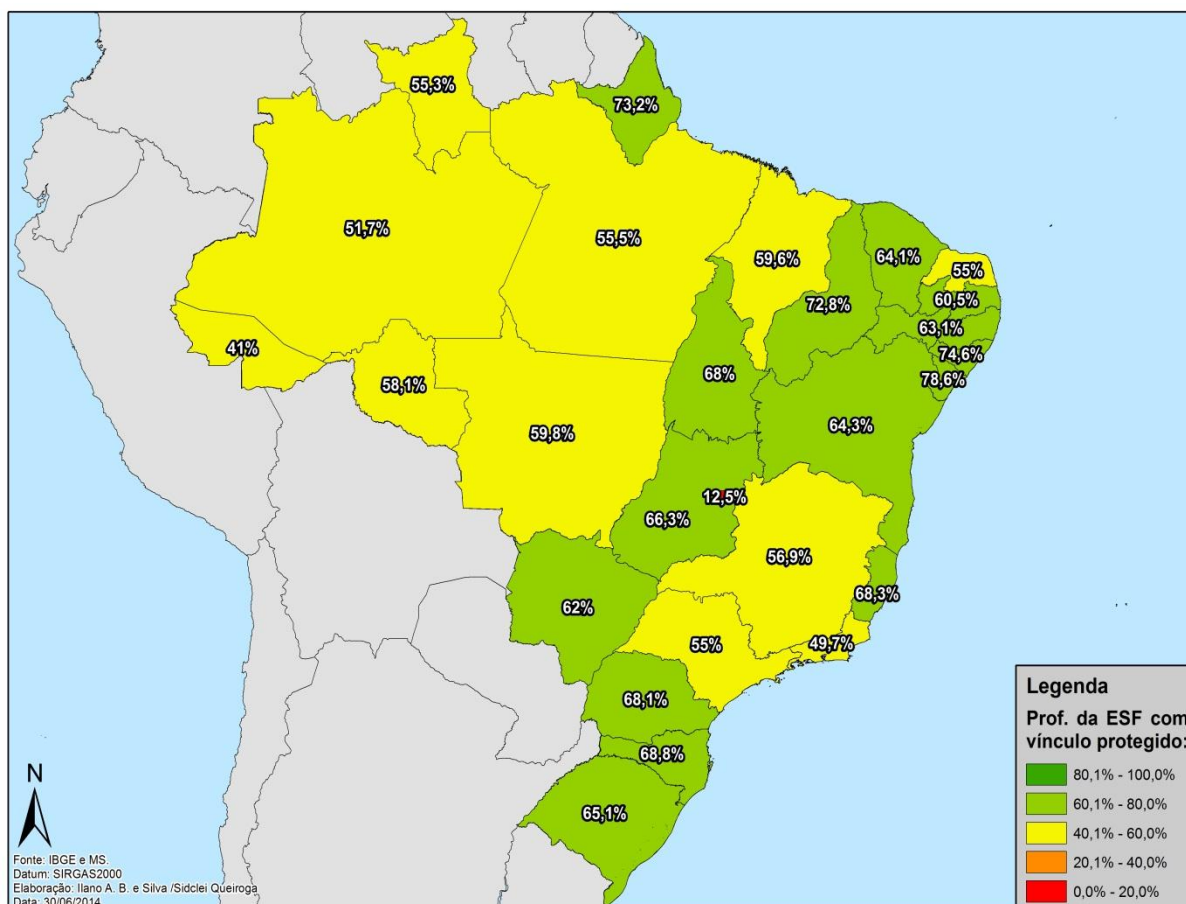


Figura 7 Frequência relativa de vínculos protegidos da Equipe de Saúde da Família, por estado brasileiro, em 2014, segundo PMAQ.

A figura 7, que condiz aos vínculos protegidos da equipe mínima da ESF observa-se ser mais positiva que a da equipe de saúde bucal. Sendo a porcentagem de vínculos protegidos 61%. As regiões que mais possuem equipes com vínculos protegidos são o sul, centro-oeste e nordeste. Este cenário positivo possivelmente seja devido à categoria de técnicos de enfermagem e ACS obterem bons percentuais de vínculos protegido, diminuindo o impacto da categoria médica.

Apesar de visualmente o cenário ser positivo, principalmente na região sul e nordeste, analisa-se que devido ao Brasil possuir grande extensão territorial e diferenças regionais importantes, é necessário caracterizar o perfil de vínculos de trabalho dos profissionais da ESF com agregados municipais menores. Desta forma, a diferença intraestadual será mais clarificada, e ajudará a compreender como deve ser composto o conjunto de estratégias que contemplará os problemas dos serviços de saúde, atenção básica, e da população.

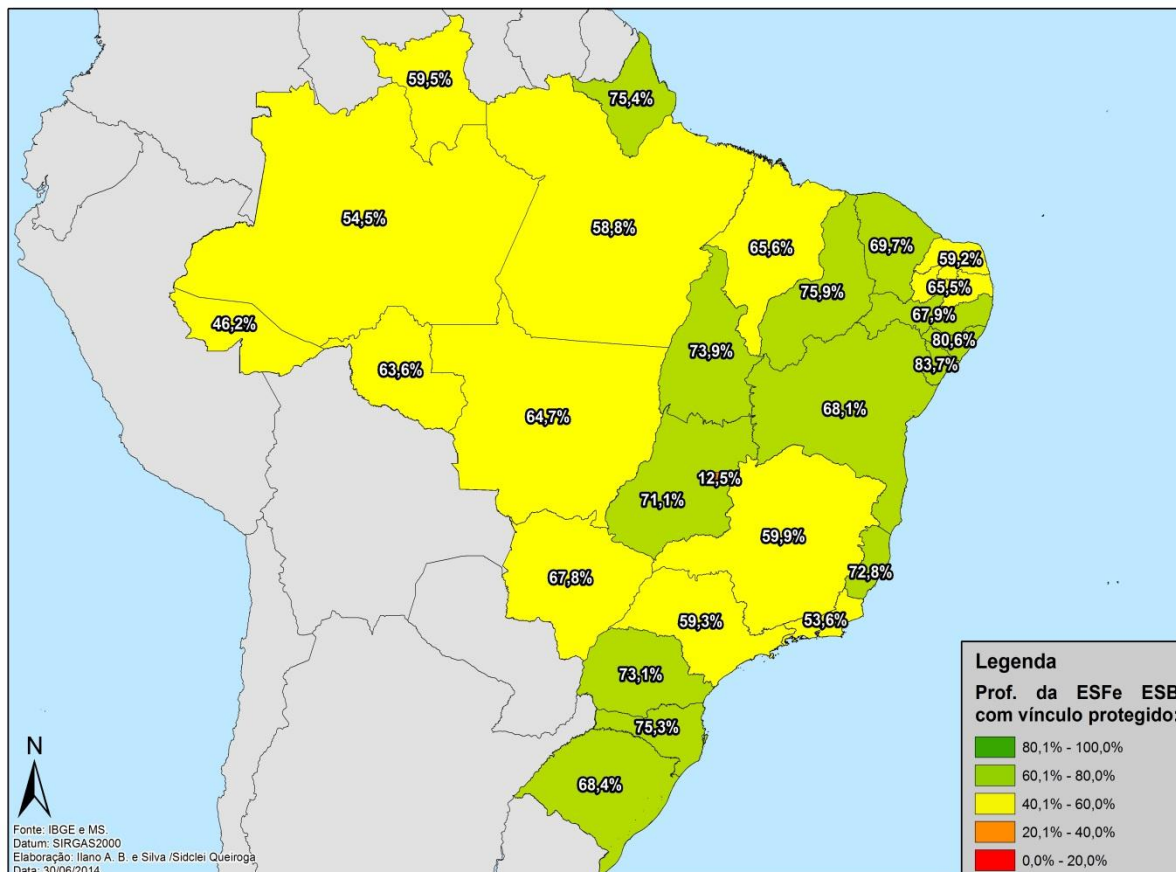


Figura 8 Frequência relativa de vínculos protegidos da Equipe de Saúde da Família e equipe de Saúde Bucal, por estado brasileiro, em 2014, segundo PMAQ.

A equipe da ESF com a equipe de saúde bucal, conforme a figura 8 demonstra que 14 estados possuem equipes com vínculos protegidos na faixa entre 60,1 – 80%, 12 estados na faixa de 40,1-60% e o Distrito Federal com 12,5%.

No que tange sobre a categoria profissional de enfermeiro, médico e técnico/auxiliar de enfermagem, a porcentagem de vínculo protegidos houve convergência com os dados do estudo de Barbosa (2008), que para enfermeiro foi encontrado 53,3%, técnico/auxiliar de enfermagem 59,3% e médico 22,3%. No presente estudo foram encontrados para as mesmas categorias, respectivamente, 51,8%, 58% e 28,9%. No entanto, comparado a outro estudo realizado por Barbosa (2001), verifica-se que todas as categorias tiveram aumentos de vínculos protegidos em relação a 2001. A única categoria que permaneceu com valores percentuais aproximados de vínculos protegidos desde 2001 foi a médica.

Tomasi *et al* (2008) realizou um estudo em cinco estados da região norte e dois da região sul para compreender o perfil sócio demográfico e epidemiológico dos

trabalhadores da Atenção Básica. Conforme o estudo observou-se que a porcentagem de vínculos de precários na região sul foi de 30% e na região nordeste de 48%. Ao analisar a tabela 4, que trata do vínculo de protegido, por região, observa-se que na região nordeste e sul quanto aos de vínculos não protegidos possuem 34,4% e 36,7%, respectivamente. Desta forma, dialogando com o estudo de Tomasi *et al* (2008) há concordância com a porcentagem encontrada no sul, porém, na região nordeste o presente estudo constata evolução na percentual de vínculos protegidos, o que significa um importante avanço para a desprecarização de vínculos de trabalho nesta região.

Tabela 4 Frequência relativa dos vínculos protegidos, por região, em 2014, segundo PMAQ.

Região	vínculo protegido	vínculo não protegido
Norte	58,6%	41,4%
Nordeste	63,3%	36,7%
Centro-oeste	61,8%	38,2%
Sudeste	56,3%	43,7%
Sul	65,6%	34,4%
Brasil	61,1%	38,9%

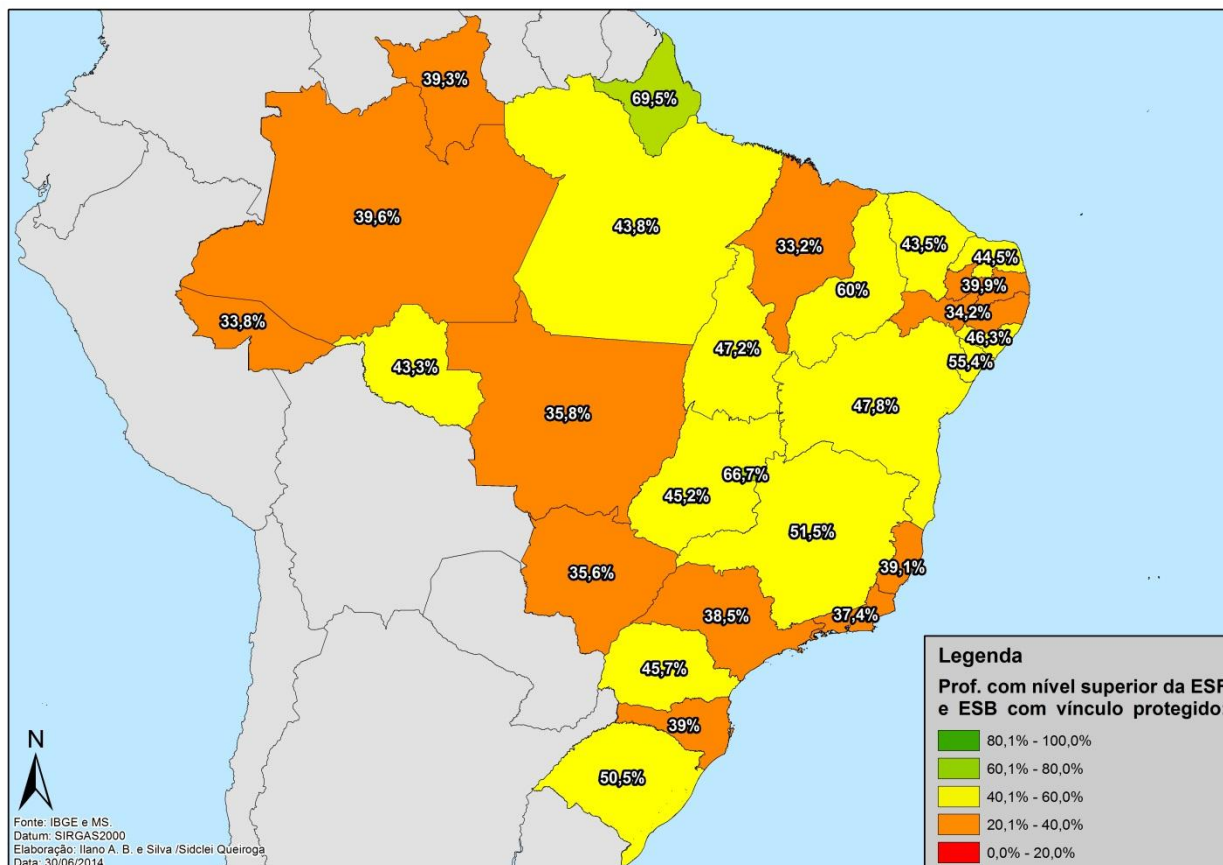


Figura 9 Frequência relativa de vínculos protegidos dos profissionais de nível superior da ESF, por estado brasileiro, em 2014, segundo PMAQ.

A figura 9 apresenta os tipos de vínculos protegidos agregados por profissionais de nível superior. Em relação aos profissionais de nível médio, verifica-se que há mais vínculos não protegidos nos profissionais com nível superior em relação aos de nível médio. Esta indicação se constitui principalmente pela categoria médica.

No estudo de Girardi *et al* (2009b) sobre o perfil dos trabalhadores da ESF na Bahia, foi realizado com médicos, enfermeiros e dentistas por meio de entrevistas. O resultado apresentado em relação aos vínculos protegidos foi 19% para médicos, 24% para dentistas e de 30,9% para enfermeiros. Segundo o presente estudo, foi observado na Bahia, que para as mesmas profissões, respectivamente foram encontrados, 36,6%, 54,9% e 53,9%. Com isso, os resultados entre todas as categorias profissionais são divergentes quanto à qualidade dos vínculos de trabalho.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A ESF por possuir entre um dos seus principais objetivos a construção do cuidado em saúde longitudinal através da produção de vínculos entre o trabalhador e usuários apresenta estratégias insuficientes para que o trabalhador tenha a possibilidade de manter-se na equipe da ESF. Desta forma, criar condições para aumentar o percentual de vínculos de trabalho protegidos para os profissionais da ESF pode ser uma ação fundamental para fixar profissionais, gerar vínculos entre profissional e usuários e produzir cuidados em saúde qualificados e resolutivos. (JUNQUEIRA, 2010)

A região brasileira que obtém o quadro mais positivo na porcentagem de vínculos protegidos entre o conjunto de profissionais é a região sul, e a região sudeste a menor porcentagem. Analisar a historicidade dos agentes contratantes na assistência à saúde na região sudeste pode levantar hipóteses dos motivos que configuram este cenário a menor porcentagem de vínculos protegidos.

Verifica-se que os profissionais de nível médio obtiveram uma porcentagem elevada de vínculos protegidos em comparação com aqueles de nível superior. Cabe destacar que, possivelmente, devido ao valor do salário ser mais baixo propicia um baixo impacto na folha de pessoal do município e com isso pode haver predileção na contratação destes trabalhadores com vínculos protegidos. Sugere-se a elaboração de estudos que analisem o ponto mencionado para auxiliar a compreensão.

O ACS, conforme encontrado no estudo, é uma categoria com crescente porcentagem de vínculos protegidos, comparado aos outros profissionais. Porém, relativizando com contexto político e histórico desta categoria, que é a qualificação de vínculos mediante normativas jurídicas, é importante se debruçar mais se o presente cenário é o esperado quanto à desprecarização dos vínculos de trabalho. Com isso, futuramente, busca-se compreender com mais clareza se as estratégias para qualificar as relações de trabalho e as estratégias investidas pelo governo federal o quanto foram efetivas, como a criação da lei nº 12.994, que institui o piso nacional dos ACS e ACE.

A categoria médica na ESF é a que possui menor porcentagem vínculos protegidos dos profissionais da ESF. Além disso, em um recorte temporal de 13 anos mostrou-se que houve estagnação quanto ao percentual de vínculos protegidos. Pondera-se

este cenário como preocupante, pois a notória expansão de equipes de saúde família parece que não foi associada com estratégias de desprecarização de vínculos efetivas para a categoria médica, diferente do que foi observado nas demais categorias profissionais. Em contrapartida, é necessário debruçar mais sobre a análise da regulação do mercado de trabalho médico para compreender quais são os elementos que podem ser disparadores para a desprecarização dos vínculos de trabalho.

Vale destacar que é importante estudar como os programas de provimento e fixação do governo federal, Provac e Programa Mais Médicos para o Brasil, em qual medida poderão afetar a regulação do mercado de trabalho médico.

Apesar de estudos levantarem hipóteses sobre os motivos que condicionam os profissionais, principalmente o médico, a terem alta rotatividade, ainda mostra-se necessário realizar pesquisas que dialoguem com as tratativas dos governos federal/estadual/municipal. Bem como, ampliar o debate sobre a precarização de vínculos de trabalho no SUS, e, em especial, na Atenção Básica, lateralizando o olhar para a importância de se discutir intersetorialmente este problema.

Trazer à tona a discussão de vínculos de trabalho é provocar o estado a refletir qual o tipo de construção política que o governo pretende estabelecer com a classe trabalhadora brasileira do SUS e o grau de investidura que se pretende para garantir a atenção básica humana, resolutiva e de qualidade.

O presente estudo pretendeu realizar o panorama pontual sobre a situação dos tipos de vínculos de trabalho na ESF. Entretanto, a falta de estudos com metodologia semelhantes dificultou a discussão sobre os cenários dos vínculos protegidos na ESF. Recomenda-se realizar o monitoramento permanente para conhecer as nuances e tendências da força de trabalho para o SUS e para ofertar subsídios na formulação de políticas públicas para desprecarização de vínculos de trabalho no SUS, considerando as diferenças históricas, políticas e sociais constituídas em cada região do Brasil.

REFERÊNCIAS:

PIRES, D. **O processo de trabalho em saúde – uma breve caracterização histórica.** In: **Reestruturação produtiva e trabalho em saúde no Brasil.** Annablume, 1998, p.81-102.

CONASEMS, **A atenção básica que queremos, Brasília/DF, 2011** Disponível em<http://www.rebidia.org.br/index.php?option=com_content&view=article&id=513:atenc-ao-Basica>

PINTO, Isabela Cardoso de Matos; TEIXEIRA, Carmen Fontes. **Formulação da política de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde: o caso da Secretaria Estadual de Saúde da Bahia, Brasil, 2007-2008.** Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro , v. 27, n. 9, Sept. 2011 .

CAMPOS F E, MACHADO M H, GIRARDI S. N. **A fixação de profissionais de saúde em regiões de necessidades.** Divulg. saúde debate;(44):13-24, maio 2009. Disponível em < http://www.cnts.org.br/public/arquivos/Artigo_Campos.pdf>

SANCHO L, CARMO J, SANCHO R. **Rotatividade na força de trabalho da rede municipal de saúde de Belo Horizonte, Minas Gerais: um estudo de caso.** Trab. educ. saúde (Online) [online]. 2011, vol.9, n.3, pp. 431-447. ISSN 1981-7746.

ARELLA T C, PIERANTONI C R. **Mercado de trabalho: revendo conceitos e aproximando o campo da saúde. A década de 90 em destaque.** Physis, Rio de Janeiro , v. 18, n. 3, Sept. 2008

GIRARDI S, Carvalho C. **Contratação e qualidade do emprego no Programa Saúde da Família, 2003,** Observatório de Recursos Humanos (OBSERH)

TAVEIRA Z Z, DE SOUZA R A, MACHADO M H. • **Precarização dos vínculos de trabalho na Estratégia Saúde da Família: revisão de literatura, Divulgação em Saúde para Debate,** Rio de Janeiro, n. 47, p. 102-110, maio 2012 ISSN0103-4383 Disponível em <<http://www.cebes.org.br/media/File/Revista.pdf>>

SOUSA M F, HAMANN E M. **Programa Saúde da Família no Brasil: uma agenda incompleta?.** Ciênc. saúde coletiva, Rio de Janeiro , v. 14, supl. 1, Oct. 2009 .

BARBOSA A C Q. (Coord.) et al. **Saúde da Família no Brasil: situação atual e perspectivas** Estudo Amostral. Relatório Final. Belo Horizonte: Faculdade de Ciências Econômicas da Universidade Federal de Minas Gerais / Diretoria de Atenção Básica do Ministério da Saúde, 2009.

CARVALHO C, ARAÚJO J, FARAH J, WAN DER MAAS L, GIRARDI S. **O monitoramento da qualidade do emprego na Estratégia Saúde da Família no último decênio.** UFMG, 2003

PINTO, H A, SOUSA A, FLORENCIO A. **O Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica: Reflexões sobre o seu desenho e processo de implantação.** Revista Eletrônica de Comunicação, Informação & Inovação em Saúde. 2012 Acesso em 10 de Julho de 2014, disponível em <http://www.reciis.icict.fiocruz.br/index.php/reciis/article/view/624/1083>

TOMASI E et al. **Perfil sócio-demográfico e epidemiológico dos trabalhadores da atenção básica à saúde nas regiões Sul e Nordeste do Brasil.** Cad. Saúde Pública [online]. 2008, vol.24, suppl.1, pp. s193-s201. ISSN 0102-311X.

NIDECK R et al. **Professional training and labour crises: contradictions in the unified health system: a dialectical method.** Online Brazilian Journal of Nursing, Niterói (RJ), v. 11, n.2, p. 496-499 , Oct 2012.

GIRARDI S et al. **Mercado de Trabalho dos Profissionais Médicos, Dentistas e Enfermeiros que atuam na Estratégia Saúde da Família na Bahia – Pesquisa com Profissionais,** Belo Horizonte, UFMG 2009b

FILHO, R M. **Estratégias para a distribuição e fixação de médicos em sistemas nacionais de saúde: o caso brasileiro,** 2007, UERJ, Rio de Janeiro/RJ.

CAETANO R, DAIN S. **O Programa de saúde da família e a reestruturação da atenção básica à saúde nos grandes centros urbanos: velhos problemas, novos desafios.** Physis, Rio de Janeiro , v. 12, n. 1, June 2002 .

SANTANA M, CARMAGNANI M. **Programa saúde da família no brasil: um enfoque sobre seus pressupostos básicos, operacionalização e vantagens.** Saude soc., São Paulo , v. 10, n. 1, July 2001 .

ARAÚJO, L M et al. **Para subsidiar a discussão sobre a Desprecarização do Trabalho no SUS.** Caderno RH saúde, Brasília, v.3 n.1, março de 2006. 2014 <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos_rh.pdf>

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, Demografia médica no brasil volume 1 Dados gerais e descrições de desigualdades São Paulo, dezembro de 2011 <http://www.cremesp.org.br/pdfs/demografia_2_dezembro.pdf> acessado em 14 de julho de 2014.

MERHY E E. **Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo,** MERHY E E.(ORG); ONOCKO R. (ORG), 1997, In: **AGIR EM SAÚDE: um desafio para o público, HUCITEC, série didática.**

Paim, JS. **O que é SUS?** Rio de Janeiro, Editora Fiocruz; 2009.

Brasil 1988. **Constituição da República Federativa do Brasil.** Senado, Brasília, DF.

_____, Programa Nacional de Desprecarização do trabalho no SUS, Desprecarização do trabalho no SUS, perguntas & respostas, 2006, Brasília <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/desprec_cart.pdf> acessado em 12 de julho de 2014.

_____, Portaria número 2488 de 21 de outubro de 2011, Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), Brasília, 2011.

_____. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília. 1990.

_____. Lei nº 8.142 de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e outras providências. Diário Oficial da União 1990; 31 dez

_____. 1986. Conferência Nacional de Saúde, 8o Relatório Final. Brasília: Ministério da Saúde.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política nacional de atenção básica / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção à Saúde. – Brasília : Ministério da Saúde, 2006.

_____, Portaria GM nº 2.203, de 5 de novembro de 1996.

_____, Norma Operacional da Assistência à Saúde NOAS-SUS 01/02, Portaria MS/GM n.º 373, de 27 de fevereiro de 2002, e regulamentação complementar.

_____, lei nº 12.994, de 17 junho de 2014, Altera a Lei no 11.350, de 5 de outubro de 2006, para instituir piso salarial profissional nacional e diretrizes para o plano de carreira dos Agentes Comunitários de Saúde e dos Agentes de Combate às Endemias.

JUNQUEIRA, T S et al . **As relações laborais no âmbito da municipalização da gestão em saúde e os dilemas da relação expansão/precarização do trabalho no contexto do SUS.** Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro , v. 26, n. 5, May 2010 .

LEÔNIDAS, F J A. **Mais médicos é mais cobertura? Efeitos iniciais do Projeto Mais Médicos na Cobertura da Atenção Básica no Brasil.** Monografia, UNB, Ceilândia/DF, 2014