



UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA
INSTITUTO DE SAÚDE COLETIVA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA

HELEN INGRID BARRETO AMORIM

GESTÃO DO TRABALHO NA ATENÇÃO BÁSICA DO
ESTADO DA BAHIA

SALVADOR – BA

2021

HELEN INGRID BARRETO AMORIM

**GESTÃO DO TRABALHO NA ATENÇÃO BÁSICA DO
ESTADO DA BAHIA**

Dissertação apresentada, como requisito parcial à obtenção do título de Mestre, ao Programa de Pós Graduação em Saúde Coletiva, do Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia. Área de Concentração: Gestão do Trabalho e Educação em Saúde.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Mariluce Karla Bomfim de Souza

SALVADOR – BA

2021

Ficha Catalográfica
Elaboração Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva

A524g Amorim, Helen Ingrid Barreto.

Gestão do trabalho na Atenção Básica do Estado da Bahia / Helen Ingrid Barreto Amorim. – Salvador: H.I.B. Amorim, 2021.

60 f.

Orientadora: Profa. Dra. Mariluce Karla Bomfim de Souza.

Dissertação (Mestrado Profissional em Saúde Coletiva) - Instituto de Saúde Coletiva. Universidade Federal da Bahia.

1. Recursos Humanos em Saúde. 2. Gestão de Pessoal em Saúde. 3. Atenção Primária em Saúde. I. Título.

CDU 614.2



**Universidade Federal da Bahia
Instituto de Saúde Coletiva – ISC
Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva**

Helen Ingrid Barreto Amorim

GESTÃO DO TRABALHO NA ATENÇÃO BÁSICA DO ESTADO DA BAHIA.

A Comissão Examinadora abaixo assinada, aprova a Dissertação, apresentada em sessão pública ao Programa de Pós-Graduação do Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia.

Data de defesa: 16 de abril de 2021

Banca Examinadora:

Mariluce Karla Bomfim de Souza

Profa. Mariluce Karla Bomfim de Souza – ISC/UFBA

Célia Regina Rodrigues Gil

Profa. Célia Regina Rodrigues Gil – UEL

Isabela Cardoso de Matos Pinto

Profa. Isabela Cardoso de Matos Pinto – ISC/UFBA

Catharina Leite Matos Soares

Profa. Catharina Leite Matos Soares – ISC/UFBA

Salvador
2021

Dedico este trabalho à minha mãe Maria Helena, a Pablo Amorim e minha linda filha
Elis por todo apoio na materialização desta dissertação. Amo vocês!

AGRADECIMENTOS

Ao grande e poderoso Deus agradeço por mim conceder as virtudes do Espírito Santo. Graças lhe darei eternamente por tudo que sou e sei que Tu és “capaz de fazer infinitamente mais do que pedimos ou pensamos, de acordo com o seu poder que atua em nós, a Tu seja a glória em Cristo Jesus, por todas as gerações, para todo o sempre” Efésios 3:20-21.

Aos meus pais, Helena e Juscelino pelo amor, sacrifícios e renúncias.

Ao meu companheiro de vida Pablo pelo apoio e encorajamento em todo o tempo.

À minha linda filha Elis por mesmo sendo tão pequena me deu uma show de ânimo e coragem para seguir em frente e continuar acreditando que com o estudo podemos ir mais além. E tenho certeza que você irar mais além.

À minha orientadora Mariluce pela confiança e companheirismo. Obrigada por compartilhar um pouco da sua sabedoria e experiência em quase toda minha trajetória profissional.

À Diretoria de Atenção Básica e a Fundação Estatal de Saúde da Família por permitir a liberação para o desenvolvimento do mestrado, além de ser um poço de impulso para que possa avançar ainda mais.

Ao Instituto de Saúde Coletiva da Bahia por ser casa acolhedora do conhecimento. Sinto-me honrada por fazer parte da história desse lugar e ter convivido com pessoas tão geniais.

RESUMO

O estudo analisa a Gestão do Trabalho na Atenção Básica à Saúde segundo as macrorregiões de saúde do estado da Bahia por meio do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) nos anos de 2016 a 2017. Realizou-se um estudo descritivo e exploratório, a partir dos resultados da avaliação externa do PMAQ em 408 municípios do estado da Bahia. As variáveis eleitas foram as formas de ingresso e contratação, modalidade de vínculos, plano de cargo e carreira e ações de educação permanente. Os dados analisados são de domínio público, não sendo submetidos à apreciação do Comitê de Ética. Destaca-se, que o universo da amostra correspondeu a 70% das equipes de Saúde da Família do estado, com predominância da profissão da enfermagem; 57,7% das formas de ingresso no estado e entre as macrorregiões são por outras formas não especificadas; 78,3%, dos agentes contratantes é da administração direta municipal e em seguida da iniciativa privada, sendo que a Centro Leste apresenta 41,8% dos contratos por terceirizadas, ultrapassando todas as macrorregiões do estado; 33,3% dos contratos são temporários, apesar das macrorregiões Oeste (40,6%), Leste (36,3%), Norte (35,1%) predominar o vínculo estatutário; apenas 13 % dos participantes possuem Plano de Carreira, Cargos e Salários no estado, entretanto, a Norte (24,9%), Leste (23,3%) e Oeste (15,7%) superaram a realidade da Bahia e das outras macros; em relação às ações de educação permanente, 80% afirmam existir e apontam que essas ações contemplam as necessidades dos profissionais. Os achados evidenciam a necessidade de resgatar a Política da gestão do trabalho da saúde, revelando-se um desafio novo e antigo que precisa unir esforços para fortalecer e garantir a sustentabilidade da ABS no estado e entre as macrorregiões de saúde.

Palavras Chaves: Recursos Humanos em Saúde; Gestão de Pessoal em Saúde; Atenção Primária em Saúde.

ABSTRACT

The study analyzes Work Management in Primary Health Care according to the health macro-regions of the state of Bahia through the National Program for Improving Access and Quality of Primary Care (PMAQ-AB) in the years 2016 to 2017. This is a descriptive and exploratory study, based on the results of the external evaluation of the PMAQ in 408 municipalities in the state of Bahia. The chosen variables were the forms of admission and hiring, type of employment, job and career plan, and continuing education actions. The data analyzed are in the public domain and are not submitted to the Ethics Committee for consideration. It is noteworthy that the universe of the sample corresponded to 70% of the Family Health teams in the state, with a predominance of the nursing profession; 57.7% of the forms of entry into the state and between macro-regions are through other unspecified forms; 78.3% of the contracting agents are from the direct municipal administration and then from the private sector, with Centro Leste having 41.8% of contracts by outsourced, surpassing all macro-regions of the state; 33.3% of the contracts are temporary, although the macro-regions West (40.6%), East (36.3%), North (35.1%) predominate the statutory bond; only 13% of participants have a Career Plan, Positions and Salaries in the state, however, the North (24.9%), East (23.3%) and West (15.7%) surpassed the reality of Bahia and others macros; in relation to permanent education actions, 80% claim to exist and point out that these actions address the needs of professionals. The findings highlight the need to rescue the Health Work Management Policy, revealing a new and old challenge that needs to join efforts to strengthen and ensure the sustainability of ABS in the state and among health macro-regions.

KeyWords: Human Resources in Health; Health Personnel Management; Primary Health Care.

LISTA DE SIGLA

ABS	Atenção Básica à Saúde
ACD	Auxiliar de Consultório Dentário
AI	Apoio Institucional
APRENDERSUS	Política Nacional de Educação Permanente em Saúde
CAPES	Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior
CER	Compensações das Especificidades Regionais
CIB	Comissão de Intergestores Bipartite
CLT	Consolidação das Leis do Trabalho
COAD	Coordenação de Apoio e Desenvolvimento
CONASS	Conselho Nacional de Secretários de Saúde
DAB	Diretoria de Atenção Básica
EqAB	equipes de Atenção Básica
EqSF	Equipe de Saúde da Família
ESB	Equipes de Saúde Bucal
ESF	Estratégia Saúde da Família
FESF	Fundação Estatal Saúde da Família
LILACS	Literatura Latino-americana e do Caribe em Ciências da Saúde
LRF	Lei de Responsabilidade Fiscal
MS	Ministério da Saúde
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
NOAS	Norma Operacional de Assistência à Saúde
NOB	Norma Operacional Básica
OIT	Organização Internacional do Trabalho
ONG	Organização Não Governamental
OS	Organização Social
OSCIP	Contratos de gestão com Organizações Civas de Interesse Público
PACS	Programa de Agente Comunitário de Saúde
PCCS	Plano de Carreiras, Cargos e Salários
PDR	Plano Diretor de Regionalização
PEAB	Política de Atenção Básica no Estado da Bahia
PMAQ	Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica
PMB	Programa Médicos pelo Brasil
PMM	Programa Mais Médicos
PROGESUS	Programa de Qualificação e Estruturação da Gestão do Trabalho e da Educação no SUS
PSF	Programa de Saúde da Família
RCL	Receita Corrente Líquida

RH	Recursos Humanos
RJU	Regime Jurídico Único
SESAB	Secretaria de Saúde do Estado da Bahia
SGTES	Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
TCU	Tribunal de Contas da União
THD	Técnico de Higiene Dental
VER-SUS	Projeto Vivências e Estágios na Realidade do SUS

LISTA DE QUADROS, TABELAS E GRÁFICO

Quadro 1 - Formas de vinculação e contratação do trabalho em saúde nos estabelecimentos do SUS.	18
Quadro 2 - Cronologia da Evolução da Gestão do Trabalho em Saúde no Brasil.	27
Gráfico 1 - Proporção de cobertura populacional estimada de Saúde da Família, por Macrorregião de saúde. Bahia. Dez/2007- 2019*.	34
Quadro 3 - Caracterização das variáveis de análise da gestão do trabalho na Atenção Básica realizadas na entrevista aos profissionais* das equipes participantes do PMAQ-AB (Módulo II).	35
Tabela 1 - Quantitativo e percentual de Equipes de Saúde da Família avaliadas no 3º ciclo do PMAQ-AB, por Macrorregião de saúde, Bahia, 2017/2018.	37
Tabela 2. Forma de ingresso e agente contratante dos profissionais participantes* do PMAQ-AB, por Macrorregião de saúde, Bahia.	38
Gráfico 2 - Proporção da modalidade de vínculo dos profissionais por Macrorregião de saúde, Bahia.	40
Tabela 3. Plano de carreira e remuneração variável dos profissionais participantes* do PMAQ-AB, por Macrorregião de saúde, Bahia.	41
Tabela 4. Educação permanente dos profissionais participantes* do PMAQ-AB, por Macrorregião de saúde, Bahia.	42

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	12
2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	18
2.1 COMPREENSÕES SOBRE O MUNDO DO TRABALHO E TRABALHO EM SAÚDE	18
2.2 GESTÃO DO TRABALHO EM SAÚDE	25
2.3 GESTÃO DO TRABALHO EM SAÚDE NA ATENÇÃO BÁSICA	29
3 ESTRATÉGIAS METODOLÓGICAS	33
3.1 TIPO DE ESTUDO	33
3.2 CAMPO DE ESTUDO	33
3.3 PRODUÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS	35
3.4 ASPECTOS ÉTICOS	36
4 RESULTADOS	37
4.1 VALORIZAÇÃO DO TRABALHADOR	38
4.2 PLANO DE CARREIRA E REMUNERAÇÃO	40
4.3 EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE	41
5 DISCUSSÕES	43
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS	53
REFERÊNCIAS	55

1 INTRODUÇÃO

A evolução do trabalho em saúde no Brasil culminou em desafios relacionados à falta de qualificação da força de trabalho, condições de trabalho, aumento dos empregos informais, desempregados, adoecimento dos trabalhadores, baixo provimento e difícil fixação de médicos em áreas rurais (GIONANELLA et al., 2019; PIERANTONI et al., 2012).

A área de Recursos Humanos em Saúde (RHS) foi compreendida como estruturante para elucidar esses desafios e as problemáticas da área do trabalho e educação relacionadas à precarização e qualificação profissional (PAIM, 1994).

As discussões sobre a situação dos RHS no Brasil tornaram-se evidentes desde a década de 50, diante do papel desempenhado pela Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) na indução e estímulo financeiro para realização de estudos sobre RHS, com ênfase na formação médica (PAIM, 1994). Entretanto, destaque-se as décadas de 70 e de 80 como indutoras nas publicações científicas sobre RHS, a partir das investigações de Garcia (1972); Educação Médica na América Latina; Donnangelo (1975); O Médico e o mercado de trabalho; Silva (1973); Medicina Preventiva Arouca (1975); e os estudos de Nogueira (1986); Medici (1986); Girardi (1986); Machado (1987) sobre a Força de Trabalho em Saúde no Brasil (PINTO et al., 2014, p.612-613; PAIM, 1994).

Diante das contribuições científicas e a necessidade de instituir Políticas de Saúde na área de RHS a temática foi inserida nas pautas das Conferências Nacionais de Saúde (CNS), a partir da VIIIª CNS realizada em 1986, na Iª Conferência Nacional de Recursos Humanos para a Saúde, sendo abordado sobre a valorização do profissional, preparação, organização dos trabalhadores de saúde e a relação do trabalhador de saúde com o usuário do sistema (PIERANTONI et al., 2012).

No final da década 80 também foi instituído a Constituição de 1988 com a inserção da ordenação da formação de recursos humanos e logo após é instituído as Leis Orgânicas de Saúde (8.080/90 e 8.142/90) com a necessidade de articular as diferentes

esferas do governo para executar a política de recursos humanos. Apesar da importância dos marcos constitutivos para o impulsionamento da gestão do trabalho, a década de 90 foi considerada um retrocesso para o trabalhador, diante das reformas administrativas ocorridas no país e intensificação das políticas neoliberais, que favoreceram a terceirização do trabalho como alternativa de contratação pessoal, alterando o Regime Jurídico Único (RJU) por meio de Emendas Complementares (EC) que flexibilizaram legalmente as relações de trabalho entre o Estado e o trabalhador (PAIM, 1994; PEREIRA, 2004; PINTO et al., 2014).

Apesar da estagnação das estratégias da gestão do trabalho nesse período, o mercado de trabalho no sistema público de saúde expandiu de forma exponencial com a implantação dos programas estratégicos da Atenção Básica à Saúde (ABS), em especial com a implantação das Equipes de Saúde da Família (EqSF). Diante disso, os problemas da formação profissional e relações de trabalho alarmaram-se, havendo cada vez mais a necessidade da elaboração de uma Política de Recursos Humanos para instrumentalizar gestores, formadores, trabalhadores e usuários para lidar adequadamente com as questões referentes à valorização do trabalhador (PIERANTONI et al., 2012).

Nos anos 2000, as discussões em torno das dificuldades da gestão do trabalho são debatidas nas Conferências de Saúde, sendo aprovada a Política Nacional de Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde (PNGTES), por meio dos Princípios e Diretrizes da NOB/RH-SUS (BRASIL, 2003). Em 2003, a agenda da gestão do trabalho e educação tem um destaque com a criação, pelo Ministério da Saúde, da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES), possibilitando a institucionalização da PNGTES e o estabelecimento de diversos programas e iniciativas (PIERANTONI et al., 2012; MACHADO; NETO, 2018).

Apesar da implementação das ações de melhoria da formação profissional alavancadas nesse período, a ABS foi um dos pontos da Rede de Atenção à Saúde (RAS) que sofreu maior impacto nas relações trabalhistas, diante das reformas administrativas, combinação de diversos modelos de contratação de trabalho, caracterizados, em alguns casos, pela informalidade ou precariedade do vínculo empregatício, numa relação jurídica que trouxe

fragilidades à garantia dos direitos sociais estabelecidos pela Consolidação das Leis Trabalhista (MARTINS; MOLINARO, 2013).

Portanto, desde a década de 90 até os anos 2000 o Ministério da Saúde lançou diversos programas estratégicos para além de expandir a ABS, por meio da ampliação da cobertura da Estratégia Saúde da Família (ESF), da Saúde Bucal (SB), dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) e do Programa Mais Médicos (PMM), sendo este último, responsável por incrementar a prestação de serviços médicos em locais de difícil provimento ou alta vulnerabilidade e fomentar a formação de médicos especialistas em Medicina de Família e Comunidade, no entanto, foi recentemente substituído pelo Programa Médicos pelo Brasil (PMB), em fase a uma mudança na conjuntura política do país, desencadeando uma ruptura nas ofertas assistenciais (GIRARDI et al., 2016; NETO; BARRETO, 2019).

Vale dizer que a implantação desses programas favoreceu a consolidação da ABS e a concebeu como um modelo estratégico de reorientação da atenção à saúde (BRASIL, 2017), sendo, portanto, o segundo ponto da RAS mais representativo do mercado de trabalho em saúde, sendo observado no Departamento de Informática do SUS (DATASUS), na vigência de junho de 2020, que havia no Brasil 186.947 profissionais de nível superior cadastrados no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), em Centros de Saúde/Unidades Básicas de Saúde e no Estado da Bahia no mesmo período, com 12.697 (6,8%) profissionais (BRASIL, 2020).

A fim de mapear a produção científica sobre a Gestão do Trabalho na Atenção Básica à Saúde para conhecer o cenário sobre a temática e identificar lacunas de estudos nessa área, foi realizada uma revisão do estado da arte¹, sendo identificados 14 estudos que possuíam relação direta com a ABS, e as temáticas encontradas foram: Panorama gestão do trabalho na ABS em municípios no Brasil (MAGNAGO, 2012; JUNQUEIRA et al., 2011; SILVEIRA et al., 2010; MAGNAGO; PIERANTONI, 2015; MARSIGLIA. 2011; SEILD et al., 2014;

¹ Para a revisão do estado da arte foram utilizadas as bases de dados virtuais: LILACS e o portal de periódicos da CAPES, acessadas no período de 27 de setembro e 05 de outubro de 2019, com utilização dos descritores selecionados a partir dos Descritores em Ciências da Saúde (DeCS), disponíveis na Biblioteca Virtual em Saúde, a saber: Recursos Humanos em Saúde; Gestão de Pessoal em Saúde e Atenção Primária em Saúde. Entre as bases de dados, foi utilizado o operador booleanos AND para filtrar e direcionar a busca com base na temática do estudo, sendo utilizado a busca da seguinte forma: Recursos Humanos em Saúde AND Atenção Primária em Saúde e Gestão de Pessoal em Saúde AND Atenção Primária em Saúde. O período de análise dos estudos foi de 1990 até 2019. Foram incluídos estudos apresentados como temática principal a gestão do trabalho na Atenção Primária em Saúde, independente dos desenhos de estudo e data de publicação. Foram excluídas as cartas, editoriais, erratas e artigos de opinião. Foram identificados a partir da base Lilacs, 396 estudos, sendo filtrados 57 títulos e na leitura da íntegra dos resumos, foram selecionados 19 estudos. Na base da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), foram encontrados 479 estudos, filtrados 38 títulos e na análise dos resumos, restaram 10 estudos. Foi feita a leitura na íntegra de 29 estudos, sendo 24 artigos e 05 dissertações de mestrado, sendo selecionado 14 estudos que tratavam da gestão do trabalho na ABS e que consideravam os profissionais de saúde do nível superior.

BOMFIM et al., 2015; KOSTER, 2010; FRIGOTTO, 2018; ANDRADE, 2009); Força de trabalho na ABS em municípios no Brasil (RIZZOTTO et al, 2014; NUNES et al, 2010); Rotatividade de recursos humanos na ABS (PIERANTONI et al., 2015); Apoio institucional na ABS (SHIMIZU; MARTINS, 2014); Os outros estudos (15) encontrados apontam as problemáticas da gestão do trabalho, relacionados com as relações de trabalhos, estes foram: Desafios na gestão do trabalho (MENDONÇA et al. 2010; BEZERRA, 2018); Vínculo empregatício, insatisfação (BOIZE et al. 2010; SORATTO et al. 2017; GIRARDI, et al. 2010; EBERHARDT1, 2010; KALLEBERG, 2009, JUNQUEIRA, 2010; GIRARDI e CARVALHO, SD); Fixação de profissionais (NEY; RODRIGUES, 2012); Satisfação e sobrecarga de trabalho (ASSIS, 2019); Mapeamento dos objetos da área do Trabalho e educação em saúde (PINTO et al. 2013); Recursos humanos (BARBOSA et al. 2018; GONÇALVES, 2014; PIERANTONI; VARELLA E FRANÇA, 2000);

Os resultados das produções científicas apontam que as principais problemáticas no panorama da gestão do trabalho na ABS são a precarização das relações de trabalho, relacionada com a diversidade das modalidades de contratação, instabilidade de vínculos, baixo tempo de atuação nos serviços, existência escassa de Plano de Cargos e Carreiras, baixa adesão a processos de formação complementar, especialmente da categoria médica.

Particularmente sobre a Gestão do Trabalho da Atenção Básica na Bahia, encontrou-se apenas o estudo de Andrade (2009), que analisou as estratégias de gestão do trabalho da proposta da Fundação Estatal Saúde da Família (FESF) para os municípios baianos, sendo apontado o diagnóstico da gestão do trabalho na ABS na Bahia em 2007, com problemas relacionados à insuficiência de infraestrutura e insumos, dificuldade de contratação de alguns profissionais, alta rotatividade dos profissionais e instabilidade das equipes; precarização das relações de trabalho imposta pela ausência de uma carreira que garantisse os direitos trabalhistas; redução do investimento em educação permanente e baixa qualidade da atenção à saúde, gerando inadequação do processo de trabalho, insatisfação dos usuários e baixa resolutividade e qualidade da ABS. Desse modo, o estudo apresenta o projeto de Construção da FESF como uma alternativa para minimizar esses problemas e garantir a sustentabilidade da ABS na Bahia, mas diante a mudança na conjuntura política dos municípios que fizeram a adesão com a FESF e a implantação do PMM, a estratégia não foi consolidada nos municípios baianos e os problemas antigos da gestão do trabalho voltam a serem novos.

Dada essa situação e a partir da atuação no apoio institucional da Diretoria de Atenção Básica (DAB) da Secretaria de Saúde do Estado da Bahia (SESAB), aproximação com a temática do mundo do trabalho e com base nas observações empíricas sobre as dificuldades

na continuidade e resolutividade das ações da ABS diante das problemáticas da gestão do trabalho, emergiu o interesse em desenvolver um estudo sobre a gestão do trabalho na ABS a partir dos dados do Programa de Melhoria do Acesso e Qualidade da Atenção Básica (PMAQ).

O PMAQ foi instituído em 2011 pelo governo federal com o objetivo de induzir à ampliação do acesso e à melhoria da qualidade da ABS, com garantia de um padrão de qualidade comparável nacional, regional e localmente, de maneira a permitir maior transparência e efetividade das ações de governo direcionadas a este nível de atenção. Compreende três fases que envolvem a adesão e contratualização, certificação, recontratualização e um Eixo Estratégico Transversal de Desenvolvimento (BRASIL, 2011). No estado da Bahia houve a adesão no primeiro ciclo (2011 - 2012) de 345 municípios, no segundo ciclo (2014 - 2015) de 407 municípios; e no terceiro ciclo (2016 - 2017) de 408 municípios. A adesão ao programa é voluntária e decidida pelas equipes de Saúde da Família em conjunto com a gestão municipal.

A avaliação externa em todo o território nacional foi realizada com o apoio da Rede de Pesquisa em Atenção Primária à Saúde, que desenvolveu parceria com instituições de ensino e pesquisa de todo o país, no estado da Bahia, a instituição foi a Universidade Federal da Bahia, por meio do Instituto de Saúde Coletiva. O processo de avaliação externa do PMAQ foi operacionalizado por 06 módulos de análises, que compreendiam desde a identificação da unidade de saúde, disponibilidade de materiais, equipamentos e medicamentos, infraestrutura para a realização das ações de saúde, acessibilidade, à composição das equipes.

Na certificação das equipes são disponibilizados pelo Ministério da Saúde relatórios analíticos, descritivos e os microdados de todas as fases do programa, sendo possível reconhecer de que forma e com quais características estão organizadas as ações, e, além disso, tem a possibilidade de elaborar diversas abordagens e estudos para o planejamento e avaliação das ações e tomada de decisões. O PMAQ foi um dos programas estratégicos que foi revogado por meio do Programa Previne Brasil (BRASIL, 2019) e não será mais utilizado como forma de avaliação e desempenho das ações da ABS. Embora o programa tenha finalizado, os dados coletados e gerados contribuíram para o desenvolvimento deste estudo considerando sua importância para a ABS.

Diante das contribuições do PMAQ no levantamento das informações sobre a gestão do trabalho na Atenção Básica à Saúde, a partir das equipes da Estratégia de Saúde da Família do estado da Bahia, foi definida a seguinte questão: como está caracterizada a gestão do trabalho na Atenção Básica à Saúde nas macrorregiões de saúde no estado da Bahia? Assim,

define-se como objetivo geral, analisar a Gestão do Trabalho na Atenção Básica à Saúde segundo as macrorregiões de saúde do estado da Bahia dos resultados do PMAQ nos anos de 2016 a 2017. E, como objetivos específicos: Caracterizar as formas de contratação direta e indireta, modalidades de vínculos e as estratégias de valorização; e, identificar as ações estratégicas de Educação Permanente desenvolvidas pelos profissionais de saúde da Equipe de Saúde da Família.

2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

A compreensão sobre a gestão do trabalho na Saúde tem elucidado questões estruturantes para sua evolução enquanto uma política estratégica que visa garantir requisitos básicos para valorização do trabalhador, considerando o trabalhador do SUS como um elemento estruturante para o funcionamento do sistema que precisa de garantia e estruturação das relações de trabalho, capacitação, qualificação e educação permanente (BRASIL, 2013).

No entanto, a instituição das políticas de gestão do trabalho geraram grandes embates entre os trabalhadores e a própria administração pública na perspectiva da garantia das relações de trabalho. A fim de compreender a evolução desse processo, será apresentada uma breve contextualização sobre o mundo do trabalho e trabalho em saúde; a gestão do trabalho em saúde e a gestão do trabalho na Atenção Básica à Saúde.

2.1 COMPREENSÕES SOBRE O MUNDO DO TRABALHO E TRABALHO EM SAÚDE

No processo de evolução da humanidade o trabalho foi compreendido de várias formas, sendo o seu desenvolvimento concomitante com os modos e relações de produção. Portanto, cada compreensão sobre o trabalho está relacionada aos aspectos culturais, econômicos, ideológicos e políticos da sociedade.

A maioria das concepções teóricas sobre o trabalho converge em vários aspectos relacionando o trabalho como atividade exclusiva do homem, individual ou coletiva, de caráter social, complexo e dinâmico, que se distingue da prática de subsistência animal, pelo seu aspecto reflexivo, consciente, propositivo, estratégico, instrumental e objetivo (MARX, 1996; NETTO E BRAZ, 2012; NEVES, et al. 2017).

Marx (1996) afirma que o trabalho é instituído mediante a relação do homem com a natureza, na qual, por meio da ação intencional e direcionada a um fim, o homem atua sobre a natureza transformando-a. Sob a concepção ontológica, Marx (1996, p.297) afirma que, “no trabalho, o homem ao modificar a natureza que lhe é externa, modifica ao mesmo tempo, sua própria natureza. Ele desenvolve as potências nela adormecidas e sujeita o jogo de suas forças a seu próprio domínio” Ou seja, é no trabalho que o ser humano produz e reproduz a sua existência em todas as dimensões anteriormente projetadas na sua imaginação.

Na concepção histórica, o trabalho foi transformado ao longo do tempo, passando de ter além de um valor de uso, um valor de troca. Na qual segundo Marx (1996), a força de trabalho nos modos de produção capitalista, assume a forma de trabalho enquanto mercadoria, pois a força do trabalhador é vendida para os detentores dos meios de produção e por sua vez assume um valor de troca.

Antunes (2005), afirma que aquilo que era uma finalidade básica do ser social, com a busca de sua realização produtiva e reprodutiva no trabalho, se converte em meio de subsistência a partir do valor de troca da sua força de trabalho, que é considerada uma mercadoria, cuja finalidade é a criação de novas mercadorias objetivando a valorização do capital.

De acordo com Antunes (1995), historicamente, o trabalho e as relações de trabalho vêm sendo modificado, diante das transformações nas esferas tecnológicas, organizacionais, estruturais e/ou conjunturais, nas quais se verifica uma desproletarização do trabalho industrial, fabril, manual nos países de capitalismo avançado, mas ao mesmo tempo se materializa a terceirização do trabalho com base na absorção do assalariamento no setor de serviço e alienação do sujeito.

Girardi (2010) aponta que diante a transformação do trabalho na sociedade capitalista, ocorreu um processo maior de heterogeneização, fragmentação e complexificação da classe trabalhadora. Nessa condição, foi intensificado o trabalho precário que aguçou ainda mais as contradições socioeconômicas na sociedade.

O trabalho precário ter repercutido nas transformações do mundo do trabalho, a flexibilização dos vínculos e terceirização dos serviços também são questões que vêm repercutindo na sociedade contemporânea diante das novas alternativas de gestão. Assim, Pinto et al. (2014, p.613), afirma que a flexibilização é “a capacidade de adaptação às novas formas e condições de trabalho”, e a precarização é “a transferência de responsabilidade sobre as “atividades afins” (ex: serviços de saúde) ou sobre as “atividades-meio” (quer de apoio ao processo de prestação de serviço -limpeza, transporte, segurança e etc., quer gerenciais)”.

Retratando para o trabalho na saúde também pode ser verificada a precarização, bem como a flexibilização e terceirização da força de trabalho nas organizações de saúde, no qual o trabalhador enquanto prestador de serviço é refém de toda essa máquina de produção diante da mínima ou nenhuma condição e valorização do seu trabalho.

Antes de adentrar nos desafios (precarização, flexibilização e tercerização) do trabalho em saúde, vale contextualização sobre sua concepção e evolução. Portanto, o trabalho em saúde é concebido nas ações de cuidado, possui semelhança ao mercado de trabalho em geral

diante da sua direcionalidade técnica, que envolve os instrumentos e a força de trabalho. Embora, possua algumas particularidades que o configura como um serviço, realizado por um coletivo, que gera produtos não materiais e se completa no ato de sua realização.

Pires (2000), refere que o coletivo responsável pelo trabalho em saúde é composto por diversos profissionais de diferentes áreas técnicas, com a preservação de suas características autônomas, mas também com graus diferentes de interdependências e complementaridade. Assim, Souza e Bahia (2014, p.55), apresentam duas categorias de coletivo de trabalhadores, a primeira é os trabalhadores de saúde, que “são pessoas que estão, de fato, exercendo atividade laborais direta ou indiretamente na saúde”, e a segunda são os profissionais de saúde, que são “aquelas pessoas que detêm o direito exclusivo de exercício de uma atividade laboral, com autonomia para (auto)regulá-la”.

Diante da diversidade que o trabalho em saúde proporciona à capacidade de oferta de postos de trabalho corresponde a uma grandeza superior aos outros setores. Segundo Machado e Neto (2018), o número de empregos no período pré-SUS na esfera municipal era 47.038, na estadual 96.443, e na federal 122.475 empregos. Em 2017, o setor público municipal contava com 1.649.074 empregos de saúde; o estadual com 463.720; e o federal com 96.491 empregos. E em 2018, o Brasil contava com 453.428 médicos, 484.530 enfermeiros, 300.000 odontólogos e 203.600 farmacêuticos.

Contudo, cabe destacar as formas de vinculação e de contratação direta e indireta praticadas no Brasil pelos gestores do SUS que permitem a expansão do trabalho na saúde, citadas na Coleção Para Entender a Gestão do SUS elaborada pelo CONASS, destacada do Quadro 1, a seguir.

Quadro 1- Formas de vinculação e contratação do trabalho em saúde nos estabelecimentos do SUS.

FORMAS DE CONTRATAÇÃO DIRETA	FORMAS DE CONTRATAÇÃO INDIRETA
<p>Servidor Estatutário – vínculo com a administração do estado, ingresso por concurso público, em Regime Jurídico Único.</p> <p>Servidor Celetista – mudança criada pela Emenda nº. 19/1989 que estabelece que os empregados públicos ocupam empregos públicos subordinados a CLT, contratos por prazo indeterminados para exercício na administração direta,</p>	<p>Terceirização – a) intermediação de mão-de-obra/força de trabalho terceirizada, com administração por um agente externo, porém com comando do processo de trabalho pelo contratante na rede própria do SUS; b) terceirização de serviços, podendo envolver contrato da gestão/força de trabalho terceirizada, que fica sob comando do contratado, o qual executa um conjunto de serviços especificados pelo contratante em unidades assistenciais cedidas pelo</p>

<p>autárquica e fundacional.</p> <p>Regime Especial/Contratos Temporários – contrato temporário, sem exigência de concurso, que atende às excepcionalidades de interesse público (calamidades, epidemias, vacinação em massa) pautado nos termos da Constituição Federal de 1988, art.37, IX e amparado pela Lei nº. 8745/93, sendo regidos pela CLT e Regime Geral da Previdência Social.</p> <p>Regime especial/cargos comissionados – não servidores efetivos, nomeados livremente.</p>	<p>contratante.</p> <p>Cooperativas – existentes em dois tipos, as que são fornecedoras de trabalho na prestação de serviços de saúde e as cooperativas que são gerenciadores de cuidado, não só fornecendo a força de trabalho como gerenciando uma ou mais unidades de saúde da rede do SUS. A primeira está sob mira do Ministério Público e a segunda tem sido criticada pelos gestores do SUS, pois interfere gravemente na governabilidade dentro do sistema. Trabalho vinculado indiretamente por meio de Organizações Sociais - OS, obedecendo a Lei nº. 9.637/98, e parte das mudanças legais da Plataforma de Reforma Administrativa de Estado de 1995. Está dentro do marco legal sob a forma de associações civis sem fins lucrativos.</p> <p>Contratos de gestão com Organizações Civas de Interesse Público – OSCIP, regulamentadas pela Lei nº. 9790/99, pode ser considerada como uma Organização Não Governamental – ONG, é uma organização da sociedade civil que em parceria com o poder público utilizará também recursos públicos para suas finalidades, dividindo os encargos administrativos e de prestação de contas.</p> <p>Trabalho vinculado indiretamente por meio de entidades filantrópicas e fundações privadas – constitucionalmente (artigo 199 da Constituição Federal) são consideradas parceiras do SUS, podendo participar tanto em convênios de delegação completa de serviços para atendimentos a pacientes quanto na terceirização exclusiva da força de trabalho.</p>
--	---

Fonte: Elaboração própria com base nas produções do Ministério da Saúde (BRASIL, 2011).

Além das conceituações elencadas sobre as formas de vinculação e de contratação indireta, vale dizer que os cargos comissionados são criados com base em autorização do poder legislativo, com caráter temporário e reservados às funções de confiança. E os contratos temporários assim como aqueles feitos através de cooperativas podem abranger tanto relações de trabalho por a Consolidação das Leis do Trabalho (CLT), quanto informais, irregulares

juridicamente e desprotegidas socialmente. Nos casos de prestação de serviço, o contrato é baseado na Lei nº 8.745/1993 que prevê a contratação de pessoal mediante interesse público (ARAUJO et al. 2006, p.171).

Diante da diversidade e possibilidades nas formas de contrato apresentadas, Pierantoni (2001) comenta que a expansão da oferta de postos de trabalho no SUS ocorreu especialmente nos níveis municipais, diante das novas modalidades alternativas de vínculos e remuneração. Apontado que essa característica do mercado de trabalho aconteceu em função das reformas administrativas e das modalidades de flexibilização adotadas no início da década de 90.

Cordeiro (2001) e Koster (2008) afirmam, que no Brasil a flexibilização nas relações de trabalho que vem sendo empregada tem gerado insatisfação, diminuição do compromisso público, baixa estima do trabalhador, fragmentação do trabalho e descontinuidade das ações de saúde e não se colocaram em prática as ações voltadas ao programa de carreiras, cargos e salários para que se estimulam os trabalhadores.

Koster (2008) coloca que apesar de a flexibilização ter uma conotação negativa, pode ter aspectos positivos quando os profissionais de saúde escolhem/optam pelo multiemprego, inclusive, entre os setores público e privado, com justificativa nas baixas remunerações e necessidades de composição salarial para sustentar um padrão de vida. Além disso, a tendência no SUS para a adoção da flexibilização das relações de trabalho é justificada como forma de superação aos entraves jurídicos existentes, como exemplo a Lei de Responsabilidade Fiscal (LRF).

A LRF que foi promulgada em 2000 decretou o acompanhamento sistemático da despesa com pessoal nas três esferas de governo, através do Relatório de Gestão Fiscal e quadrimestral encaminhado ao Ministério da Fazenda, refere que:

Os gestores públicos estão cientes de que existem determinados limites legais para essas despesas e que tais limites podem impedir ou dificultar a expansão da força de trabalho do setor público. Contudo, poucos são os que têm conhecimento da proporção exata assumida pela despesa com pessoal no ente federativo em que atuam e, menos ainda, sabem acerca da sua posição relativamente a outros estados ou municípios (OBSERVARH, 2006, p.5).

Sendo que os limites máximos da despesa de pessoal são calculados como percentuais da Receita Corrente Líquida (RCL), de acordo com os seguintes critérios: na esfera federal 50%, na esfera estadual 60% e na esfera municipal 60%. Apesar de que há a imposição de um

limite prudencial de 95% destes percentuais, que caso haja extrapolação é vetado qualquer título, salvo os derivados de sentença judicial (OBSERVARH, 2006).

Os gestores de saúde justificam que a escolha pela flexibilização das relações de trabalho é devido às complicações da LRF para a expansão da força de trabalho, tornando inviável expandir a cobertura dos serviços de saúde, especialmente dos programas estratégicos da atenção básica (KOSTER, 2008).

Para analisar como o reflexo da precarização do trabalho, flexibilização e terceirização dos serviços no trabalho em saúde no Brasil e seu impacto na conformação da gestão do trabalho em saúde, são importantes compreender sobre a regulação do mercado de trabalho e as mudanças que vêm ocorrendo nos últimos trinta anos.

Durante o processo de transformação no modo de produção capitalista e a crise gerada pelas condições precárias de trabalho, fez com que o Estado garantisse à sociedade pleno emprego e bem estar social. Com a II Revolução Industrial iniciou-se a regulação do contrato de trabalho. Rompe-se com a dimensão individual, levando sua transferência da esfera privada para a pública, reduzindo a assimetria capital trabalho (DEDECA, 2006).

Com a regulamentação, foram instituídas normas legais que oferecem parâmetros mínimos de funcionamento do mercado de trabalho em relação ao trabalho, à remuneração e à proteção social. Contudo, a regulamentação do mercado de trabalho vai depender do padrão de desenvolvimento de cada sociedade (MARTINS; MOLINARO, 2013).

No Brasil, o processo de regulamentação foi retardatório quando comparado a outros países, e a partir da década de 30, foi iniciado uma regulação sobre o contrato de trabalho, ainda que mantendo uma relação assimétrica entre capital e trabalho, foi implementado uma política pública pouco integrada e de baixa cobertura (DEDECA, 2006). O instrumento utilizado para regulamentar o trabalho foi a CLT, que estabelece direitos formais, a desregulação do mercado, ampliação da flexibilidade dos contratos de trabalho, provocando a redução da proteção social e a desvalorização dos rendimentos (KOSTER, 2008; PAIM, 1994).

O trabalho em saúde no Brasil, entre o início do século XX ao ano 1945, foi influenciado pela ação do governo voltada para as campanhas sanitárias, sendo que a contratação de pessoal era dirigida para campanhas sanitárias, de forma temporária e precária por profissionais liberais particulares e pelas Casas de Misericórdia mantidas pela igreja (MARTINS; MOLINARO, 2013).

Na década de 40, o mercado de trabalho em saúde começa a ser estruturado pela via privada, através das caixas e institutos de pensões, sendo poucos os contratos exclusivos do

governo. Entre o período de 1950 a 1964 com o crescimento do país se iniciou um processo de democratização da regulação do contrato de trabalho, ampliando-se o sistema de proteção social e ao trabalho. No entanto, este processo é interrompido com a instauração de um novo regime autoritário em 1964, que mantém a natureza formal da regulação pública. Neste período, os trabalhadores da saúde tinham empregos esporádicos, existia uma oferta inadequada de serviços de saúde, composta por serviços públicos, filantrópicos ou serviços de saúde privados pagos do próprio bolso da população. Após o golpe militar de 1964, as reformas governamentais impulsionaram a expansão de um sistema de saúde predominantemente privado, especialmente nos grandes centros urbanos (PAIM et al. 2011).

Diante da ampliação da seguridade social e da assistência médica às novas categorias sociais e a proliferação de contratos de serviços com empresas privadas, ocorre uma reconfiguração do mercado de trabalho, com uma tendência ao assalariamento da categoria médica e a proliferação de postos de trabalho sem controle por parte da previdência, dos serviços e dos contratos praticados nas diferentes formas de compra de serviços de saúde. As consequências desta reconfiguração são a recessão, a rotatividade exacerbada da força de trabalho e a contenção salarial. A inflação e o desemprego comprometem cada vez mais a ampliação real da regulação pública no mercado em geral trazendo para a cena pública os sindicatos, na defesa do emprego e dos salários. A maioria dos contratos no setor público era realizada através da CLT, situação que só vai se reverter na década de 80, com a Constituição de 1988 (CAMPOS, 2015).

A partir da Constituição de 88 foi possível instituírem-se diversas conquistas, como a criação do SUS e um novo arcabouço jurídico-institucional para o serviço público, o Regime Jurídico Único (RJU) que possibilitou a normatização dos contratos no setor público, o qual determinou que, no início da década de 90, os vínculos celetistas fossem convertidos em vínculos estatutários (MARTINS; MOLINARO, 2013).

No entanto, diante da reforma administrativa e gerencial e influência do modelo neoliberal, ocorreram pressões econômicas que induziram a opções por políticas de governo orientadas para a diminuição do Estado e flexibilização das relações de trabalho, priorizando seu papel regulador em detrimento do seu papel executor (PEREIRA, 2004).

Martins e Molinaro (2013), afirmam que a inserção da flexibilização nas relações de trabalho, geraram mudanças na Constituição Federal, agregadas pela Emenda Constitucional nº 19/1998, com a quebra do RJU, havendo redução e regulação do estatuto da estabilidade do servidor público; e a criação do dispositivo do contrato de gestão, com atributos de autonomia gerencial. As autoras reiteram que apesar da Emenda de 98, resguardar alguns princípios do

direito adquirido, altera o regime da administração pública com mais de 100 modificações legislativas, entre elas, reduz o quadro de servidores públicos; contém os gastos públicos em virtude da crise fiscal; permite aprovação de medidas para demissão voluntária; limita despesas com pessoal; e amplia condições para contratação temporária.

Com esta nova legislação abre a possibilidade de demissão do servidor por insuficiência de desempenho ou excesso de quadros, e abre a possibilidade de contratação via Organizações Sociais (OS), para a realização das atividades públicas inerentes ao Estado e a LRF. Além disso, passa a ser utilizada com vigor a contratação de mão de obra, sob a forma de terceirização. Este instrumento legal de regulação dos contratos temporários criado em 1977, através do Decreto 2271, que foi revogado pelo Decreto nº 9.507, de 21 de setembro de 2018, vem sendo utilizado de forma residual na administração pública.

Assim, a regulamentação do mercado de trabalho de saúde foi extremamente influenciada pela política de redução do Estado, através da privatização e terceirização dos serviços, do limite com gastos de pessoal e a não realização de concurso público pelo governo federal, o que possibilitou o crescimento do mercado informal de trabalho em saúde, trazendo grandes prejuízos para o trabalhador.

Diante de tais transformações e desafios estabelecidos no trabalho em saúde, surge a gestão do trabalho em saúde com a implantação de políticas e ações estratégicas para propor mudanças nas relações e condições do trabalho em saúde, a partir de uma concepção na qual a participação do trabalhador é fundamental para a efetividade e eficiência do SUS.

2.2 GESTÃO DO TRABALHO EM SAÚDE

O termo gestão do trabalho possui diversas compreensões a depender do campo teórico, sendo consideradas para esse estudo as contribuições das áreas da Administração, Economia e Sociologia. Na administração, o seu conceito parte da capacidade de gerenciar pessoas, colocando o trabalhador estático no processo de trabalho. Esta concepção no campo da saúde baseou-se no acompanhamento dos recursos humanos na lógica de atividades e processos burocráticos somente para a alocação, remuneração, controle de férias, licenças e avaliação da capacidade funcional do trabalhador (KOSTER, 2008).

Na Economia Política, está relacionada com a força de trabalho, na qual o trabalhador para atingir a finalidade no trabalho, vende sua força de trabalho, fornecendo a criação de

riquezas, e desta forma adquire expressão econômica na dinâmica da oferta e demanda no mercado de trabalho (KOSTER, 2008; NETTO E BRAZZ, 2012).

Já na Sociologia do Trabalho, Koster (2008) afirma que esta ciência busca compreender o trabalho como um processo que envolve o trabalhador, seu trabalho, o meio ao seu redor e a capacidade para desenvolvê-lo com segurança. Nesta área, a gestão do trabalho é percebida com base nas condições e relações de trabalho e contribuiu na ressignificação do conceito, originando assim o termo Gestão do Trabalho (PIERANTONI, VARELLA E FRANÇA, 2004).

Desse modo, Paim (apud Pereira, 2004, p. 365), conceitua o (re)significado da Gestão do Trabalho, como:

força de trabalho na sua dupla dimensão ‘mercadoria’ específica com desvantagem estrutural e ator social capaz de fazer história, além de ‘sujeito-agente’ das práticas de saúde, eticamente comprometido com a vida e com a redução do sofrimento humano, implica a superação da ideia de meros insumos da função de produção. Já não bastam os enfoques da administração, do planejamento normativo, da teoria do capital humano. Seus problemas também não são redutíveis à gestão do trabalho, ao planejamento estratégico, à economia política.

Com base nesse conceito, a gestão do trabalho em saúde deve favorecer a criação de condições de trabalho para a produção das atividades com qualidade, devendo instituir ações que respeitem e reconheçam o valor do trabalhador e de seu trabalho. Tornando o trabalhador como sujeito e agente transformador de seu ambiente e não apenas um mero recurso humano realizador de tarefas previamente estabelecidas pela administração local (BRASIL, 2013).

A Norma Operacional Básica de Recursos Humanos em Saúde (NOB/RH-SUS), também conceitua a Gestão do Trabalho no SUS como, “a gestão e a gerência de toda e qualquer relação de trabalho necessária ao funcionamento do Sistema, desde a prestação dos cuidados diretos à saúde dos seus usuários até as atividades – meio necessárias ao seu desenvolvimento” (BRASIL, 2005, p.31).

Considerando a gestão do trabalho como eixo que propõe a organização do funcionamento do sistema de saúde a partir das relações de trabalho, Koster (2008, p.65), afirma que a mesma pode ser compreendida no aspecto macro, a partir da formulação de políticas de regulação quanto ao seu aspecto micro, dentro das organizações de saúde, adquirindo, assim uma característica híbrida, com formas de gestão flexíveis, descentralizadas, participativas, baseadas em redes de funcionamento e com formas de gestão

burocráticas, centralizadas, departamentalizada e fragmentadas, orientadas pelo controle técnico gerencial e científico.

A nova proposta de gestão do trabalho se baseia no modelo de sustentação da descentralização, flexibilidade e negociação, na qual se propõe que nas instituições públicas do SUS o desenvolvimento de compreensões e habilidades por parte dos gestores que perpassam pela ideologia do trabalhador da saúde como um ator social em seu trabalho, e mais, que possam se apropriar do conhecimento de tecnologias que confluem para a gestão pautada neste modelo proposto, sem perdas ou ilicitudes para todas as partes envolvidas (KOSTER, 2008).

Após compreender de maneira geral os aspectos teóricos da gestão do trabalho em saúde, Paim (1994); Machado (2018; 2005); Koster (2008); Machado e Koster (2011); descrevem a estruturação da Gestão do Trabalho em Saúde no Brasil, sendo sistematizadas em quatro períodos, destacados no Quadro 2 abaixo.

Quadro 2- Cronologia da Evolução da Gestão do Trabalho em Saúde no Brasil.

PERÍODOS	CARACTERÍSTICAS
1967 - 1974	<ul style="list-style-type: none"> - Ditadura Militar; - Privatização dos serviços de saúde; - Precarização das relações de trabalho; - Baixa qualificação dos profissionais de saúde; - Inexistência de políticas de valorização do trabalhador da saúde; - Crise na Saúde Pública.
1975 - 1990	<ul style="list-style-type: none"> - Início da Reforma Sanitária da Saúde; - Marco inicial da produção científica de RHS; - VIII Conferência Nacional de Saúde; - I Conferência Nacional de Recursos Humanos em Saúde; - Implantação de programas de qualificação profissional; - Constituição de 1988.
1990 a 2002	<ul style="list-style-type: none"> -Instituição do SUS (Leis Orgânicas de Saúde 8.080/90 e 8.142/90); -Reforma administrativa do Estado (Terceirização, Privatização e ampliação da Economia, flexibilização); -Expansão dos postos de trabalho em Saúde (Implantação dos programas estratégicos da Atenção Básica à Saúde); -Financiamento da ABS (NOB 1996); -Instituição da Mesa Nacional de Negociação; -XIª Conferência Nacional de Saúde; -Rede de Observatórios de Recursos Humanos em Saúde (ObservaRH).

2003 – 2015	<ul style="list-style-type: none"> -XII Conferência Nacional de Saúde; -Norma Operacional Básica de Recursos Humanos em Saúde (NOB-RH); -Política Nacional de Gestão do Trabalho e Educação em Saúde; -Criação da SGTES; -Política de Gestão do Trabalho e Educação em Saúde; -Reinstalação da Mesa de Negociação Permanente do SUS (MNNP-SUS); -III Conferência Nacional de Gestão do Trabalho e Educação em Saúde – adoção do termo Gestão do Trabalho ; -Pacto da Saúde; -Instituição do Plano de Carreira, Cargos e Salários no SUS (PCCS); -Programa DesprecarizaSUS; -Política Nacional de Educação Permanente em Saúde; -Política Nacional de Humanização; -Política Nacional da Saúde do Trabalhador; -Instituição de diversos projetos estratégicos de formação e qualificação na saúde; -Expansão da ABS nos municípios do Brasil; -Política Nacional de Atenção Básica à Saúde.
2016 aos dias atuais	<ul style="list-style-type: none"> -Novo Regime Fiscal (EC. 95/2016); -Reforma trabalhista (lei 13.467/2017); -Reforma de Previdência (EC 103/2019); -Perda dos direitos trabalhistas, salários, estabilidade, aposentadoria, desregulação da política de formação profissional, privatização, etc..; -Revogação de diversos programas estratégicos da ABS.

Fonte: Elaboração própria com base nas produções de Paim (1994); Machado (2018; 2005); Koster (2008); Machado e Koster (2011).

Diante dessa linha do tempo da gestão do trabalho em saúde no Brasil é observado que o primeiro período (1967-1974) foi influenciado pelo regime democrático, instaurado pela ditadura militar que deu início ao regime de exceção no país, além disso ocorreu a expansão dos empregos privados a partir do financiamento público; incremento da contratação de médicos e atendentes de enfermagem e incentivo à hospitalização/especialização. O segundo período (1975-1990), foi caracterizado pelo surgimento de dispositivos institucionais para reverter o quadro existente com o movimento da Reforma Sanitária Brasileira em Saúde, elaboração de pesquisas científicas sobre os Recursos Humanos em Saúde, aumento da formação do pessoal técnico e sua incorporação nas equipes de saúde, nesse período foi intensificado as discussões sobre os Recursos humanos em Saúde (RHS) com a realização de Conferências de Saúde, na qual possibilitou a inclusão de RHS na Constituição de 88 e nos dispositivos legais do SUS.

Machado (2005) e Machado e Koster (2011), referem que no período de 1990 a 2002, ocorreu a expansão da rede de serviços e, com isso, o aumento dos empregos públicos de

saúde, sendo necessário um número expressivo de trabalhadores para a operacionalização do sistema. Entretanto, esse período foi paradoxo, pois ao mesmo tempo em que se presenciava um avanço na regulamentação do SUS, uma vitória e conquista do movimento sanitário, ocorria nos pais à reforma do Estado com influência do modelo neoliberal que ampliava as dificuldades para a efetivação do sistema, desvalorização do trabalhador, sem elaboração de uma efetiva política de RH compatível com a sua concepção universalista e também não buscou elevar o tema gestão do trabalho como estratégia institucional. Portanto, as autoras afirmam que essa década foi perdida para os trabalhadores da saúde.

Nogueira (2003) afirma que a década de 90 permitiu que os trabalhadores não tivessem perspectiva alguma de carreira profissional, renovação e expansão de novos profissionais, precarização dos vínculos, condições precárias de execução das atividades essenciais, ausência de incentivos, de qualificação e de infraestrutura adequada.

Apesar da década de 90 ter sido considerada perdida para os trabalhadores, em 2003 surge uma esperança para a gestão do trabalho com a criação da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES) pelo Ministério da Saúde (MS) em 2003. A partir da SGTES, o MS assume efetivamente seu papel de gestor federal do SUS, no que se refere à gestão e regulação da força de trabalho em saúde e possui a intenção de carrear, disseminar e assim materializar a compreensão do conceito de gestão do trabalho em saúde (MACHADO, 2005).

Após várias análises da capacidade gestora da área de recursos humanos em instâncias locais de saúde, a SGTES em parceria com outros setores do MS institui diversas políticas públicas estruturantes para Gestão do Trabalho e Educação em Saúde, como mencionadas no Quadro 2.

Apesar, do período de 2016 até os dias atuais está confluindo com os acontecimentos da década de 90 e apresentando diversos desafios, desse modo, para que faz-se necessário que a pauta da gestão do trabalho em saúde entre na agenda dos três níveis de governo, pois a produtividade e a qualidade do serviço oferecido aos usuários do SUS equivalem-se na mesma medida ao resultado da forma e das condições como os trabalhadores são tratados.

2.3 GESTÃO DO TRABALHO EM SAÚDE NA ATENÇÃO BÁSICA

A Atenção Básica à Saúde foi oficialmente implantada no Brasil a partir da década de 90 com a implantação do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e o Programa

de Saúde da Família (PSF), que posteriormente foi reformulado para Estratégia Saúde da Família (ESF). Apesar de todos os retrocessos dessa década para o trabalhador da saúde, esse período foi o marco inicial da ABS no Brasil, com a institucionalização da Norma Operacional Básica de 1996 (NOB 96), que garantia a transferência de recursos financeiros para os municípios que fizessem a implantação de seus programas. Posterior a NOB 96, a ABS ganhou mais força com a instituição da Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS) em 2001/2002 e regulamentações da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) em 2006 (BRASIL, 2006) e revisões em 2011 (BRASIL, 2011) e 2017 (BRASIL, 2017).

Para além desses dispositivos legais, a expansão da ABS foi favorecida com implantação de outros programas estratégicos que contemplam outras categorias profissionais da saúde, dentre elas estava a inserção da Equipe de Saúde Bucal (ESB), que prevê a atuação integrada do cirurgião dentista, Técnico de Saúde Bucal (TSB) e Auxiliar de Saúde Bucal (ASB), instituição do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), com a inserção de novos profissionais de diferentes áreas de conhecimento, Programa Academia da Saúde, Programa Mais Médicos, incentivos aos processos de educação permanente, formação profissional e dentre outros (AQUINO, et al. 2014).

Apesar da implantação dos programas estratégicos da ABS no Brasil ter favorecido o aumento da força de trabalho de saúde, Martins e Molinaro (2013), afirmam que a ESF ao se expandir para os grandes centros urbanos, enfrentou o desafio de combinar diversos modelos de contratação de trabalho, que incluíam contratos temporários, com cooperativas, prestação serviços, contrato com instituições filantrópicas, bolsas de pesquisa através de fundações de apoio e OSCIP. Essa diversidade de contratação se caracterizou, em alguns casos, pela informalidade ou precariedade do vínculo empregatício que implicou numa relação jurídica que eliminou os direitos sociais garantidos pela CLT.

Na revisão do estado da arte foi observada que além das dificuldades enfrentadas na gestão do trabalho na ABS relacionados aos contratos, estava à baixa qualidade formação profissional, alta rotatividade, remuneração e precarização do trabalho, provimento e fixação, péssimas condições de trabalho e infraestrutura (MAGNAGO, 2012; JUNQUEIRA et al. 2011; SILVEIRA et al. 2010; MAGNAGO; PIERANTONI, 2015; MARSIGLIA. 2011; SEILD et al. 2014; BOMFIM et al. 2015; KOSTER, 2010; FRIGOTTO, 2018; ANDRADE, 2009; PIERANTONI ET et al. 2015; ANDRADE et al. 2019).

O estudo de Andrade (2009), ao analisar a gestão do trabalho na Estratégia de Saúde da Família no estado da Bahia, apontou que o processo de expansão de cobertura da ABS do estado além de ser tardio, iniciou com uma alta rotatividade e falta de muitos profissionais nas

unidades de saúde, na qual a maioria dos profissionais de saúde possuíam contratos precários sem garantia dos direitos trabalhistas e previdenciários.

Em 2007, foi realizado um diagnóstico situacional da gestão do trabalho na ABS no estado da Bahia e foi identificado que os desafios relacionados à gestão do trabalho naquele período eram a insuficiência de infraestrutura e insumos, dificuldade de contratação de alguns profissionais, em especial a categoria médica, alta rotatividade de profissionais e instabilidade das equipes, precarização das relações de trabalho imposta pela ausência de uma carreira que garantisse os direitos trabalhistas, baixo investimento em educação permanente e qualidade da atenção à saúde, gerando inadequação do processo de trabalho, insatisfação dos usuários e resolutividade do cuidado (BAHIA, 2007).

Desse modo, a DAB tomou como base as dificuldades referidas no diagnóstico e definiu como uma das ações prioritárias no planejamento estratégico dos anos de 2007-2012, a expansão da ESF com qualidade e valorização do trabalho. Diante disso, foi elaborado uma alternativa jurídico-administrativa inter federada, vinculada à administração indireta dos municípios e foi apresentado e pactuado na Comissão Intergestores Bipartite (CIB) a destinação de parte dos recursos das Compensações das Especificidades Regionais (CER) para a instituição da Fundação Estatal Saúde da Família (FESF) (FILHO; FRANCO, 2016).

A FESF foi criada como uma proposta de solução jurídico-administrativa para resolver uma das problemáticas da gestão do trabalho relacionada ao provimento e fixação de trabalhadores da ESF no estado baiano. O principal objetivo era prover e fixar trabalhadores na ESF, desprecarizar as relações trabalhistas, promover planejamento e regulação do concurso, distribuir os trabalhadores nos municípios do estado, prover educação permanente, avaliar os trabalhadores no alcance de metas, remunerar de forma variável os trabalhadores a depender do município em que trabalhem, além de qualificar a gestão e o trabalhador para o cuidado em saúde (ANDRADE, 2009; FILHO; FRANCO, 2016).

Após resistências entre membros do Conselho Estadual de Saúde (CES) que visualizavam a proposta da FEFS como terceirização e apoio de outra parte do Conselho de Secretarias Municipais de Saúde (COSEMS), a proposta da FESF foi aprovada na CIB e no CES e foi instituída em 2009, de forma intermunicipal em 69 municípios (ANDRADE et al. 2019).

Apesar da proposta da FESF visar à construção de uma carreira para o SUS, por meio da provisão e fixação de profissionais com base em uma carreira intermunicipal, ocorreram diversas polêmicas, debates e tensões no campo jurídico, legislativo e executivo, tanto na esfera municipal quanto no âmbito estadual. Andrade et al. (2019), relataram que a

operacionalização da FESF nos municípios baianos deparou-se com diversos desafios relacionados a rígida cultura de gestão de trabalhadores, baixa qualificação de gestores e trabalhadores para condução de novas estratégias de provimento e fixação, questões em aberto no campo jurídico, limitações financeiras e implantação dos programas de valorização da atenção básica (PROVAB) e do PMM.

Diante disso, atualmente, não há mais nenhum contrato da FESF referente à carreira no SUS para a ESF nos moldes propostos na criação da fundação entre os municípios da Bahia, porém a fundação possui diversos contratos relacionados com a estratégia de formação e provimento em parceria com o Ministério da Saúde, como exemplo a Residência Multiprofissional em Saúde da Família (RMSF) e Residência Médica em Medicina de Família e Comunitária (RMMFC), além disso, operacionaliza os contratos do apoio institucional e Telessaúde da DAB/SESAB (BAHIA, 2014; ANDRADE, 2009; FILHO; FRANCO, 2016).

Apesar da proposta da FESF ter sido uma boa alternativa para superar uma das problemáticas da gestão do trabalho na Bahia, não houve continuidade e nem surgiu outra política para superar os problemas antigos e tão atuais da gestão do trabalho da ABS na Bahia e no Brasil.

3 ESTRATÉGIAS METODOLÓGICAS

3.1 TIPO DE ESTUDO

Trata-se de um estudo descritivo exploratório referente aos resultados da avaliação externa do 3º ciclo do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) realizada nos municípios do estado da Bahia.

Segundo Lakatos; Marconi (2006), a pesquisa exploratória fundamenta-se em investigações empíricas, objetivando a formulação de questões, a fim de desenvolver novas hipóteses, modificação de conceitos e aproximação do pesquisador com uma realidade.

3.2 CAMPO DE ESTUDO

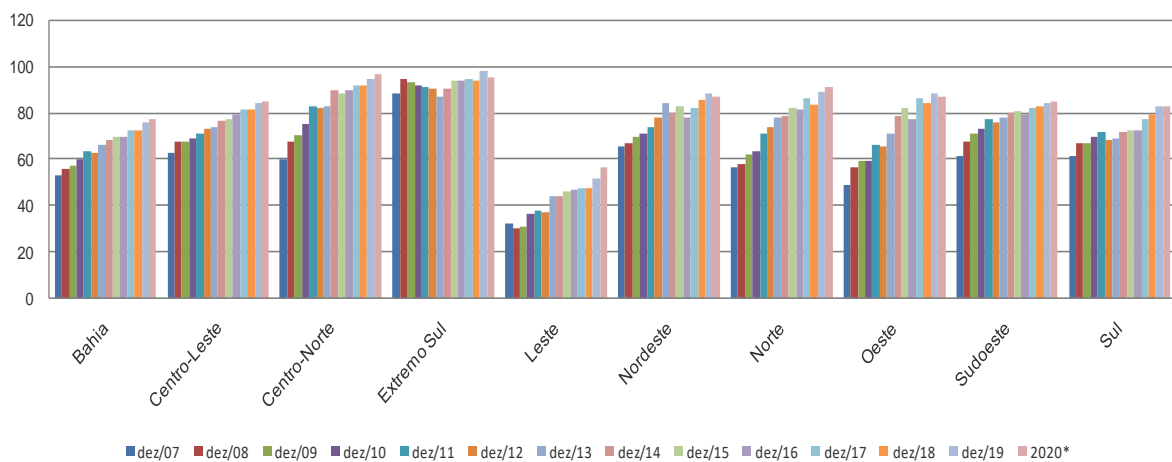
O campo do estudo compreendeu os municípios que estão localizados nas macrorregiões de saúde do estado da Bahia. O estado está localizado na região Nordeste do Brasil, sendo o quinto em extensão territorial, com 564.692,669 km², possui uma população total de 14.812.617 habitantes, segundo estimativas do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) para o ano de 2018.

No que se refere à divisão territorial, o estado é formado por 417 municípios, distribuídos em 9 macrorregiões de saúde e 28 Regiões de Saúde, conforme o Plano Diretor de Regionalização (PDR), aprovado pela Resolução 132/2007 da Comissão Intergestores Bipartite da Bahia/CIB- BA (BAHIA, 2007) e reconhecida como Regiões de Saúde com a aprovação da Resolução CIB- BA nº 275, 15 de agosto de 2012 (BAHIA, 2012).

De acordo com a organização política das macrorregiões de saúde, a macro Centro Leste é composta por 72 municípios, a Centro Norte 38 municípios, a Extremo Sul 21 municípios, a Leste 47 municípios, a Nordeste 33 municípios, a Norte 28 municípios, a Oeste 36 municípios, a Sudoeste 75 municípios e a Sul 68 municípios. No que se refere ao aspecto demográfico das macrorregiões, segundo as estimativas do IBGE para 2018, a macro Leste é a mais populosa, com 4.718.301 habitantes e a Centro-Norte é a de menor porte populacional, com 803.975 habitantes.

A cobertura estimada da Estratégia de Saúde da Família entre as macrorregiões do estado no período de 2007 a 2019, conforme a Figura 1, apontou um aumento na expansão das equipes da Atenção Básica e, portanto, na disponibilização da força de trabalho. Os dados do Caderno de Monitoramento da Atenção Básica (CAMAB) evidenciam que as macrorregiões com maior crescimento no período (2007-2020) foram: Oeste (81,93%), Leste (60,29%) e Centro-Norte (56,57%) (BAHIA, 2020). A Extremo Sul apresentou o menor crescimento (10,63%), no entanto, vale ressaltar que é a macrorregião que sempre apresentou a maior cobertura de Saúde da Família no Estado. A macrorregião Centro-Leste apresentou o segundo menor crescimento no período (34,03%). A Macrorregião que apresentou a menor cobertura em dezembro de 2019 foi a Leste com 54,14%.

Gráfico 1 - Proporção de cobertura populacional estimada de Saúde da Família, por Macrorregião de saúde. Bahia. Dez/2007- 2020*



Fonte: e-Gestor Atenção Básica/Histórico de Pagamento da Saúde da Família SESAB/DAB/Caderno de Monitoramento da Atenção Básica (CAMAB) – 2020.

*Dados de dezembro de 2020.

Para este estudo, foram definidos como critério de inclusão aqueles municípios que participaram da avaliação externa do 3º ciclo do PMAQ-AB entre o período de 2016-2017, sendo identificados, após levantamento no microdado da avaliação externa no módulo II, 408 municípios.

3.3 PRODUÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS

Para a identificação e coleta dos dados dos municípios e equipes de Saúde da família aderida ao PMAQ, foi realizado o levantamento das informações no site do Portal do Departamento de Atenção Básica <https://aps.saude.gov.br/ape/pmaq>, por meio do acesso aos microdados do módulo II da avaliação externa do 3º ciclo do PMAQ.

Os microdados foram gerados a partir da aplicação do questionário estruturado pelos entrevistadores do PMAQ aos profissionais de saúde do nível superior que atuavam na ESF e que no momento da avaliação externa identificaram-se como o responsável da Equipe de Saúde da Família (EqSF), podendo ser da categoria profissional da enfermagem, medicina ou outra categoria da saúde.

Na tabulação dos dados foi acrescentada a variável macrorregião de saúde, estratificando-se entre as 09 macros da Bahia para apresentação da análise das variáveis da gestão do trabalho e educação em saúde. As informações analisadas compreenderam as entrevistas com o profissional responsável pela EqSF, segundo a macrorregião de saúde da Bahia, totalizando 3.117 entrevistas.

Para procedimento de análise dos dados, foram eleitas três dimensões de análise: Valorização do Trabalhador, Plano de Carreira e Remuneração Variável e Educação Permanente, conforme apresentado no Quadro 3.

Quadro 3 – Caracterização das variáveis eleitas para análise da gestão do trabalho na Atenção Básica consideradas na entrevista aos profissionais* das equipes participantes do PMAQ-AB (Módulo II).

DIMENSÕES DE ANÁLISE	VARIÁVEIS
Valorização do Trabalhador	1.Forma de contratação 2.Modalidade de vínculo 3.Forma de ingresso
Plano de carreira e remuneração variável	1.Há no município plano de carreira para os profissionais da atenção básica? 2.No plano, tem progressão por antiguidade? 3.No plano, tem progressão segundo avaliação de desempenho e/ou desenvolvimento (mérito)? 4.No plano, tem progressão por titulação e formação profissional?

Educação Permanente	1.Existe uma Política/Plano/Programa de Educação Permanente em Saúde no âmbito municipal que contemple a atenção básica? 2.Quais linhas de ação relacionadas a modalidades educativas tem sido desenvolvidas/estimuladas pelo município no último ano? 3.As ações de Educação Permanente contemplam as necessidades da equipe?
---------------------	--

Fonte: Banco de dados PMAQ AB, 3º ciclo, 2017.

* Profissionais da equipe: médico, enfermeiro ou outro profissional do nível superior.

Para organização e tratamento dos dados foi utilizado o programa do *Microsoft Excel* 2007 para tabular as variáveis, sendo os dados das entrevistas analisadas segundo perfil da categoria profissional participante, forma de contratos de trabalho, tipo de vínculo, forma de ingresso, plano de carreira e remuneração variável e ação de educação permanente por macrorregião de saúde. Todas essas informações foram quantificadas e calculadas por porcentagem e os resultados foram apresentados em forma de tabelas e gráficos com complementação das discussões respaldadas pela revisão de literatura que trata da temática do estudo.

3.4 ASPECTOS ÉTICOS

Este estudo foi realizado com dados de domínio público via site do Portal do Departamento de Atenção Básica do Ministério da Saúde, nas quais foram inseridos os microdados sem a nomeação formal das unidades de saúde e dos seres humanos, o projeto não foi submetido à apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa.

4 RESULTADOS

Neste capítulo estão apresentados os resultados da estruturação da gestão do trabalho nas macrorregiões de saúde do estado da Bahia a partir dos dados do 3º ciclo do PMAQ-AB, por meio da consolidação e tabulação dos dados. Para melhor entendimento das variáveis eleitas, optou-se por apresentá-las em seções, sendo a primeira referente à Valorização do Trabalho: Formas de contratação, modalidade de vínculo dos profissionais e forma de ingresso e as seções seguintes, sobre: o Plano de Cargo e Carreiras; e, Educação Permanente em Saúde.

O estado da Bahia é composto por 417 municípios, sendo que 408 (97,8%) aderiram ao 3º ciclo do PMAQ. A quantidade de equipes de Saúde da Família implantadas e avaliadas no programa entre as macrorregiões de saúde correspondeu a 70%, totalizando 3117 equipes avaliadas. Sendo as macrorregiões Centro Leste, Nordeste e Centro Norte com mais de 95% de EqSF avaliadas, conforme Tabela 1 a seguir.

Tabela 1 - Quantitativo e percentual de Equipes de Saúde da Família avaliadas no 3º ciclo do PMAQ-AB, por Macrorregião de saúde, Bahia, 2017/2018.

Macrorregião	Municípios*	Nº equipes ESF implantadas (dez/2017)**	Nº de equipes avaliadas no PMAQ***	% de equipes avaliadas
Centro Leste	72	600	587	98
Centro Norte	38	248	232	94
Extremo Sul	21	259	252	97
Leste	47	688	480	70
Nordeste	33	236	226	96
Norte	28	298	265	89
Oeste	36	272	217	80
Sudoeste	74	505	469	93
Sul	68	440	389	88
Bahia	417	3546	3117	88

Fonte: * (IBGE – Estimativas da População – 2018)

** Nota Técnica da Atenção Básica – MS – Competência em dez.2017

***Banco de dados PMAQ-AB, terceiro ciclo, 2017

Participaram das entrevistas do PMAQ 3117 profissionais, que estavam representando 88% das EqSF que atuam na Atenção Básica do estado da Bahia. Dentre os profissionais respondentes, 97,4% são enfermeiros, 2,18% médicos e 0,4% outros profissionais. Conforme o instrutivo da avaliação externa do 3º ciclo do PMAQ, a entrevista deverá ter o profissional enfermeiro ou médico, desde que agregue o maior conhecimento sobre o processo de trabalho da equipe (BRASIL, 2017). Assim, os enfermeiros foram escolhidos majoritariamente como informantes-chave em todo estado e macrorregiões para responder o questionário que contemplava questões referentes ao seu trabalho e ao da equipe.

4.1 VALORIZAÇÃO DO TRABALHADOR

Os achados consolidados por macrorregião do estado da Bahia quanto às formas de ingresso e os principais tipos de agentes contratantes seguem apresentados na Tabela 2.

Tabela 2. Forma de ingresso e agente contratante dos profissionais participantes* do PMAQ-AB, por Macrorregião de saúde, Bahia.

	Bahia		Centro Leste		Centro Norte		Extremo Sul		Leste		Nordeste		Norte		Oeste		Sudoeste		Sul	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Formas de Ingresso																				
Concurso público	850	27,3	118	20,1	44	19,0	79	31,3	177	36,9	42	18,6	85	32,1	89	41,0	126	26,9	90	23,1
Seleção pública	470	15,1	56	9,5	62	26,7	58	23	89	18,5	49	21,7	49	18,5	30	13,8	48	10,2	29	7,5
Outro(s)	1797	57,7	413	70,4	126	54,3	115	45,6	214	44,6	135	59,7	131	49,9	98	45,2	295	62,9	270	69,4
Agente Contratante																				
Administração Pública direta	2442	78,3	336	57,2	182	78,4	240	95,2	379	79,0	185	81,9	226	85,3	169	77,9	389	82,9	336	86,4
Administração Pública Indireta	84	2,8	6	1,0	16	6,9	9	3,6	13	2,7	2	0,9	7	2,6	8	3,7	189	4,1	4	1
Iniciativa privada	591	18,9	245	41,8	34	14,7	34	1,2	88	18,3	39	17,2	32	12,1	40	18,4	61	13	49	12,6

Fonte: Banco de dados PMAQ-AB, terceiro ciclo, 2017

* Número de profissionais participantes do PMAQ-AB: 3117

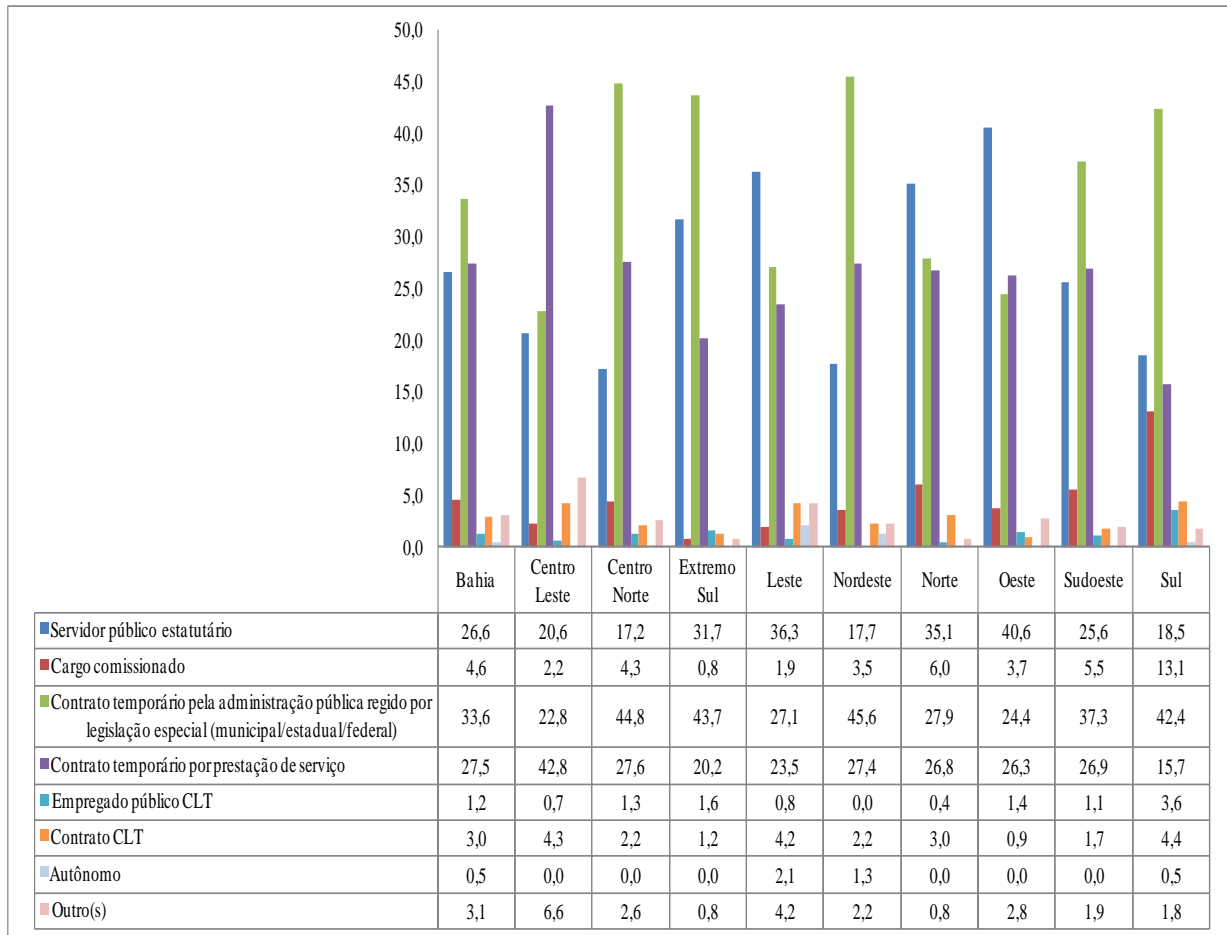
As formas de ingresso na ESF elencadas pelo PMAQ apontavam as seguintes vias: concurso público, seleção pública e outro(s), portanto, foi revelado que a principal forma de

ingresso na Bahia (57,7%) e em todas as macrorregiões é representada por outras formas, as quais podem estar relacionadas aos vínculos desprotegidos e contratos temporários. Por outro lado, a segunda forma de ingresso na Bahia é por concurso público (27,3%) e, por conseguinte, por seleção pública (15,1%). Observa-se que 7 macrorregiões seguem a mesma tendência da Bahia, apenas a Centro Norte e a Nordeste estão na contramão das demais, havendo a seleção pública como a segunda principal forma de ingresso.

No que se refere à tipificação do agente contratante, a grande maioria dos profissionais na Bahia, equivalente a 78,3%, foi contratada pela administração direta, ou seja, estavam vinculados a administração pública da esfera municipal, sendo também esta forma de contratação mais evidente entre as macrorregiões, de modo destacado na macro Extremo Sul com 95,3 % e menos aparente na macro Centro Leste com 57,2%, mas ainda assim é superior aos outros tipos contrato. O segundo tipo de contrato mais utilizado é pela via da iniciativa privada ou terceirizada, correspondendo na Bahia a 18,9% e entre as macrorregiões, a Centro Leste ultrapassa todas as macrorregiões e ao estado, tendo 41,8% dos contratos por terceirizadas. Quanto à administração pública indireta, que são contratos por fundações e autarquias, no estado não ultrapassa 3 % e, entre as macrorregiões, não ultrapassam 5%, ou seja, este é o tipo de contrato menos praticado entre os municípios.

Quanto à proporção da modalidade de vínculo dos profissionais por macrorregião do estado, o Gráfico 2 mostra que a principal modalidade no estado e nas macrorregiões Centro Norte, Extremo Sul, Sudoeste e Sul é por contrato temporário pela administração pública, no entanto, a macro Centro Leste apresentou que 42,8% dos profissionais possuem contrato temporário por prestação de serviço. Apesar da fragilidade do vínculo, instabilidade e garantia da permanência ao longo prazo desses profissionais nos serviços da Atenção Básica serem superiores no estado e na maioria das macros, as macrorregiões Oeste (40,6%), Leste (36,3%), Norte (35,1%) demonstraram uma maior inserção do vínculo estatutário.

Gráfico 2. Proporção da modalidade de vínculo dos profissionais por Macrorregião de Saúde, Bahia.



Fonte: Banco de dados PMAQ-AB, terceiro ciclo, 2017

*Número de profissionais participantes do PMAQ-AB= 3117

4.2 PLANO DE CARREIRA E REMUNERAÇÃO

Conforme a Tabela 3, do universo de 3117 participantes, apenas 13 % (406) possuem PCCS no estado, entretanto as macrorregiões Norte (24,9%), Leste (23,3%) e Oeste (15,7%) superaram a realidade da Bahia e das outras macros, havendo um destaque para macro Centro Norte (4,3%) que apresentou a incorporação do PCCS ainda mais frágil.

Para além da informação do PCCS, o PMAQ incorporou na entrevista as tipificações das progressões, como Antiguidade, Avaliação de Desempenho e Titulação e formação profissional. Portanto, os resultados apresentados sobre as diferentes progressões puderam ser escolhidos mais de uma vez pelos participantes, uma vez que o município poderá garantir múltiplas progressões. Desse modo, na Bahia, os profissionais que afirmaram ter plano de carreira, admitindo-se múltiplas respostas, 82,3% possuem progressão por antiguidade, 80,3%

por titulação e formação profissional e 57,1% por avaliação de desempenho. A realidade das progressões entre as macrorregiões segue a mesma tendência da Bahia, entretanto, chama atenção que mais de 70% dos profissionais das macros Centro Leste, Nordeste, Oeste, Sudoeste e Sul tem o predomínio da promoção por titulação e formação profissional, ou seja, os profissionais dessas localidades recebem um incentivo mediante o incremento de qualificações.

Tabela 3. Plano de Carreira e remuneração variável dos profissionais participantes* do PMAQ-AB, por Macrorregião de saúde, Bahia.

	Bahia		Centro Leste		Centro Norte		Extremo Sul		Leste		Nordeste		Norte		Oeste		Sudoeste		Sul	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Profissionais possuem plano de carreira	406	13	46	7,8	10	4,3	26	10,3	112	23	15	6,6	66	24,9	34	15,7	60	12	37	9,5
Profissionais possuem no plano de carreira**																				
Progressão por antiguidade	334	82	30	65,2	6	60,0	22	84,0	104	92,9	9	60	65	98,5	29	85,3	45	75	24	64,9
Progressão segundo avaliação de desempenho e/ou desenvolvimento (mérito)	232	57	24	52,2	6	60	19	73,1	61	54,5	5	33,3	45	68,2	22	64,7	28	46,7	22	59,5
Progressão por titulação e formação profissional	326	80	35	76,1	5	50	18	69,2	87	77,7	14	93,3	60	90,9	30	88,2	47	78,3	30	81,1

Fonte: Banco de dados PMAQ-AB, terceiro ciclo, 2017

* Número de profissionais participantes do PMAQ-AB: 3117

** Na variável, admitiram-se múltiplas respostas

**Número de profissionais com plano de carreira: 406. Nessa variável admitiram-se múltiplas respostas.

4.3 EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE

Os dados da Tabela 4 apresentam que 80% a 98% dos participantes afirmam existir ações de Educação Permanente na ABS na Bahia e nas macrorregiões de saúde, além disso, \geq 96% dos entrevistados afirmaram que as ações contemplam as necessidades do processo de trabalho das equipes e formação/qualificação dos profissionais.

Tabela 4. Educação Permanente dos Profissionais participantes* do PMAQ-AB, por Macrorregião de Saúde, Bahia.

	Bahia		Centro Leste		Centro Norte		Extremo Sul		Leste		Nordeste		Norte		Oeste		Sudoeste		Sul	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Profissionais afirmam que no município há ações de educação permanente	2853	92	559	95	210	91	246	98	455	95	191	85	239	90	195	90	408	87	350	90
Profissionais afirmam que essas ações contemplam as necessidades de saúde da equipe	2443	99	575	99	225	100	250	100	470	99	210	98	251	99	208	99	446	100	399	96
Equipes que participam ou participaram das ações de educação permanente no último ano**																				
Telessaúde	2407	26	435	26	192	24	210	25	374	24	182	28	194	24	160	26	330	26	330	28
EAD/UNASUS	1321	14	208	12	131	16	125	15	220	14	94	14	130	16	96	15	175	14	142	12
RUTE – Rede Universitária de Telemedicina	252	3	41	2	29	4	11	1	49	3	15	2	27	3	16	3	31	2	33	3
Cursos presenciais	2281	24	439	26	184	23	204	25	396	25	147	22	187	24	144	23	301	24	279	24
Troca de experiência	2503	27	471	28	202	25	221	27	376	24	178	27	201	25	182	29	367	29	305	26
Tutoria/preceptorial	658	7	110	6	61	8	53	6	151	10	41	6	54	7	24	4	75	6	89	8

Fonte: Banco de dados PMAQ-AB, terceiro ciclo, 2017

* Número de profissionais participantes do PMAQ-AB: 3117

** Na variável, admitiram-se múltiplas respostas

** Na variável, admitiram-se múltiplas respostas.

Em relação às modalidades de atividades de Educação Permanente em Saúde, os resultados mostraram que a troca de experiências obteve o maior percentual de respostas positivas, com 2503 profissionais, equivalente a 27% do total na Bahia. Nas macrorregiões houve variação entre 24% a 29%. A segunda modalidade mais frequente foi o Telessaúde, com 2407 (26%) dos participantes no estado afirmando utilizar suas ferramentas para ações de qualificação e entre as macros houve uma oscilação entre 24% a 28%. A terceira modalidade mais frequente foi a de cursos presenciais, com 2281 (24%) das equipes afirmando terem acesso aos mesmos na Bahia, com uma variação macrorregional entre 22% a 26%. Quanto à modalidade menos utilizada, notou-se que a Rede Universitária de Telemedicina (RUTE) foi a menos acessada no estado e nas macrorregiões, com o percentual de utilização entre 3% a 1% nas equipes.

5 DISCUSSÃO

Os resultados apontam a predominância do enfermeiro como o principal respondente do PMAQ em todo o estado da Bahia e macrorregiões de saúde, o que pode estar relacionado com a sugestão do instrutivo do PMAQ que indica a categoria como uma das principais respondentes da pesquisa, uma vez que esta tem assumido a organização dos processos de trabalho da ESF (BRASIL, 2017), como também, o gerenciamento e a avaliação dos serviços de saúde na USF (GALAVOTE et al, 2016; BARRETO, SOUZA, 2016). Esses dados convergem com os estudos realizados por Seild et al. (2012) no Brasil, Rizzotto et al. (2014) e Frigotto (2018) no estado do Paraná, que apontam a categoria da enfermagem como a principal respondente do PMAQ. Diante do maior universo de participantes ser a enfermagem, os dados do estudo refletem a situação da gestão do trabalho na ABS, mas também possibilitam compreender esse cenário na enfermagem.

Ao analisar a forma de ingresso dos trabalhadores na Bahia e nas macrorregiões, percebeu-se que o ingresso por outras vias que não seja concurso ou processo seletivo foi predominante, gerando grandes desafios para o fortalecimento e sustentabilidade da ABS no estado. Ainda que o estado disponha de uma Política Estadual de Humanização e Gestão do Trabalho (BAHIA, 2017) e uma Política Estadual de Atenção Básica (BAHIA, 2013) ainda são incipientes as ações que tratam sobre a defesa da forma de ingresso no serviço público via concurso, ou de outro modo, tais ações não estão publicizadas. Tal suposição fundamenta-se que ao pesquisar nos sites de busca ² por concurso público foram encontrados poucos editais para ingresso via concurso público, notando-se que a grande maioria dos municípios da Bahia e no estado tem optado pelo ingresso via processo seletivo simplificado e contratos precários com tempo determinado, gerando uma alta demanda para o ingresso, e pouca continuidade no processo de trabalho diante do tempo de validade dos contratos de trabalhos.

Apesar da Bahia e suas macrorregiões apresentarem como principal ingresso "outras formas", foram encontrados outros estudos realizados no Brasil (SEIDL ET AL, 2014) e nos municípios do Paraná (RIZZOTTO et al. 2014; NUNES et al. 2015), Duque de Caxias (RJ) (MAGNAGO, 2012), Recife (PE) (OLIVEIRA, 2013), Minas Gerais (JUNQUEIRA ET AL, 2010), e São Paulo (LACAZ et al. 2010) apontando que a principal forma de ingresso na ESF tem sido via concurso público.

² Sites de busca para concurso público: Edital Concursos Brasil - <http://editalconcursosbrasil.com.br/>, Concursos no Brasil - <http://concursosnobrasil.com.br/>, JC Concursos - <http://jcconcursos.uol.com.br/portal/index.html>, Correio Web Concursos - <http://concursos.correioweb.com.br/>.

Oliveira (2013) coloca que no intuito de desprecarizar os vínculos dos profissionais que ingressaram na ABS no município de Recife, foram realizados concursos públicos que inverteram a lógica de contratação, passando a ser a maioria dos trabalhadores da saúde concursados, seguindo as diretrizes do DesprecarizaSUS (BRASIL, 2006). Para Junqueira et al. (2011) o ingresso no serviço público via estatutário é desejo de quase todo trabalhador, pois é garantido o vínculo e estabilidade, os quais os celetistas não vislumbram essa possibilidade, já que neste regime podem ser demitidos a qualquer momento.

O crescimento da forma de ingresso por concurso público foi atribuído, segundo Martins e Molinaro (2013), pela Constituição Federal de 1988 e a adoção de novo arcabouço jurídico institucional para o serviço público, o Regime Jurídico Único (RJU) que possibilitou a normatização dos contratos no setor público, e determinou que no início da década de 90, os vínculos celetistas fossem convertidos em vínculos estatutários.

Entretanto, ainda na década de 90, a terceira Reforma Administrativa ocorrida no Brasil e a influência do modelo neoliberal, provocaram mudanças na Constituição Federal, agregadas pela Emenda Constitucional nº 19/1998, com a quebra do RJU, havendo redução e regulação do estatuto da estabilidade do servidor público, criação de outros dispositivos de contrato de gestão, alteração do regime da administração pública com mais de 100 modificações legislativas, entre elas, redução do quadro de servidores públicos, contenção dos gastos públicos em virtude da crise fiscal, aprovação de medidas para demissão voluntária, limita despesas com pessoal e amplia condições para contratação temporária (LACAZ et al. 2010; MARTINS, MOLINARO, 2013).

Machado e Koster (2011) apontam que o segundo momento da gestão do trabalho no SUS (1990-2000), foi consagrado pela perda de direitos dos trabalhadores diante da ilicitude do trabalho na Administração Pública alicerçado pela EC de 98. Reiterando que mesmo sendo possível de forma legal a admissão por outras vias, o trabalho é considerado precário quando o trabalhador é absorvido de forma irregular, sem concurso público, cujo vínculo com o Estado não tem base legal e não lhe oferece garantia de proteção social.

Apesar da legalidade que a EC possibilitou aos gestores, Pinto et al. (2014) acrescentam que ainda foi instituída a LRF que limita os gastos com pessoal a 60% da receita corrente líquida para estados e municípios, o que levou os governantes a buscarem outras alternativas via terceirização dos contratos para expansão do ingresso no serviços de saúde. No entanto, no Seminário de Construção de Consensos realizado pelo CONASS em 2004, os gestores apontaram que apesar do tema da Lei de Responsabilidade Fiscal gerar grande polêmica, a mesma não é um fator limitante para a regularização da situação atual dos

recursos humanos, mas se configura em um problema mais agudo no âmbito dos municípios (BRASIL, 2011).

No estudo realizado por Silveira (2010), os argumentos utilizados pelos gestores em optar por outras formas de ingresso no serviço público, era a possibilidade de selecionar profissionais com perfil para atuar na ABS, oferta de salários maiores, quando comparado os salários da folha do pessoal estatutário, além disso, esta era uma alternativa imediata de complementação do quadro de pessoal até a realização de concursos públicos. No entanto, ao observar a redução da proporção de profissionais com ingresso por concurso público e a escassa garantia do PCCS notou-se a elevada rotatividade desses profissionais na ESF.

Apesar de todos os obstáculos ocasionados pela escolha de outras formas de ingresso no serviço público e em específico na ABS, faz-se necessário que os governantes e gestores elaborem o planejamento da força de trabalho, definindo o "quantitativo, o perfil e a composição dos recursos humanos, levando em consideração as alterações que vêm ocorrendo nos processos de trabalho e as restrições orçamentárias" (MARCONI, 2002, p. 2). Valendo dizer, que a elaboração do planejamento deve definir parâmetros sobre o conjunto da força de trabalho, modalidades de incorporação de pessoal a serem adotadas, funções que serão consideradas típicas de Estado e as atividades que podem ser terceirizadas em determinadas áreas e ocasiões (BRASIL, 2011).

Em relação ao principal agente contratante, os resultados apontaram que na Bahia e na maioria das macrorregiões do estado os trabalhadores são contratados via administração pública direta, seguido por contratos pela iniciativa privada e administração pública indireta. No entanto, chama atenção os resultados da macro Centro Leste, por haver pouca diferença entre os contratos via município e terceirizada. Essa macro possui 72 municípios, sendo caracterizada por ter a segunda maior população da Bahia no município de Feira de Santana e possui 83% de cobertura da Estratégia de Saúde da Família (BRASIL, 2020). Apesar da limitação de estudos que descrevam a realidade da gestão do trabalho nesta macrorregião, Silva (2007) realizou um estudo sobre as relações trabalhistas em um município da Centro Leste, apontando que os contratos em sua maioria são terceirizados, os vínculos são precários e os trabalhadores da ESF sentem-se inseguros, impossibilitados de realizar projetos de vida devido à fragilidade do contrato. Embora haja uma limitação no estudo em mencionar pela qual motivo esta macro concentra como a segunda principal escolha os contratos pela iniciativa privada, pode-se dizer que uma das escolhas esteja relacionada aos limites impostos pelo teto com recursos humanos nos municípios e vinculado aos parâmetros estabelecidos pela LRF.

Pierantoni et al. (2008) afirmam que alguns gestores alegam escolher a contratação pela iniciativa privada, por ser uma alternativa mais fácil para reposição dos trabalhadores. Ressaltando-se que embora essas formas de contratos sejam precárias, possibilitam a oferta de remunerações mais atrativas e uma resposta mais imediata à necessidade de complementação dos trabalhadores.

Pinto et al. (2014) apresentam que os modelos jurídicos institucionais no Brasil podem ocorrer via administração pública direta e indireta e, bem como, estabelecer contratos de gestão ou termo de parceria com as Organizações Sociais (OS), as Organizações de Sociedade Civil do interesse Público (OSCIP), as fundações privadas de direito privado (fundações de apoio), Santas Casas e serviços privados. Os autores ressaltam que é complexo descrever um melhor modelo, considerando as vantagens, desvantagens e implicações, pois a mera mudança no modelo jurídico não garante resultados efetivos e perenes. Contudo, os contratos com as organizações e iniciativas privadas não são os mais adequados para execução dos serviços públicos gratuitos, diante das mudanças conjunturais e fortes reações dos dirigentes de entidades sindicais de trabalhadores e conselheiros, que se colocam a favor do agente contratante ser a administração pública direta.

Os estudos realizados nos outros estados e municípios do Brasil revelaram que o principal agente contratante tem sido a administração pública direta (ANDRADE et al. 2019; GIRARDI et al. 2010; NUNES et al. 2015; SEIDL et al. 2014; FRIGGOTTO, 2018; MAGNAGO, 2012), convergindo com a realidade da Bahia e macros. No entanto, apenas, o município do Rio de Janeiro divergiu dos demais, apresentando como principal agente contratante as OS, para Magnago (2012) os contratos no município foram realizados por meio de diferentes modalidades, especialmente mediante publicização de processos seletivos com tempo determinado.

Corroborando com os resultados desse estudo, Andrade et al. (2019) realizaram um estudo em alguns municípios da Bahia para analisar as modalidades de fixação dos médicos na ESF e foi identificado que, embora a maioria dos municípios contratavam os médicos via administração direta, a contratação temporária correspondia a 97%, gerando insegurança dos trabalhadores e insatisfação dos usuários.

Os resultados deste estudo possui a mesma similaridade apresentada por Andrade et al. (2019), apontado que apesar de muitos municípios ter como agente contratante a gestão municipal, a realidade da Bahia e da macro Centro Leste demonstra que não só os contratos de médicos, mas a grande maioria dos contratos dos profissionais de saúde são temporários,

com predominância da terceirização dos contratos por empresas privadas, os quais são temporários por prestação de serviço.

A regulação do contrato temporário foi fundamentada no Decreto 2.271 de 1977, o qual foi revogado pelo Decreto nº 9.507 de 2018 que permite a contratação temporária em algumas situações. Nesse sentido, Girardi et al. (2010), ressaltam que os tipos de vínculos precários incluem qualquer tipo de contrato temporário, ou seja, são identificados como contratos regidos por legislação especial, cujo o vínculo são por prestação de serviços, e que na maioria das vezes não possuem proteção no âmbito do direito do trabalho e favorecem a precarização do trabalho.

A precarização do trabalho faz parte da reestruturação produtiva do capital que foi operada a partir da década de 1970, segundo os padrões taylorista-fordista que estimulavam a adoção de diversos vínculos de trabalho (ANTUNES, 1995). No Brasil, uma das causas da precarização foi a omissão dos profissionais permanecerem à mercê da instabilidade político-partidária e das diferenças entre governos que se sucedem no poder, não tendo o profissional a opção de mobilizar-se enquanto sujeitos do trabalho diante das ameaças e vulnerabilidades que se encontram (JUNQUEIRA et al. 2010).

Embora a maioria das macrorregiões do estado apresentarem fragilidade no vínculo de trabalho, o estudo mostrou que grande parte dos trabalhadores das macrorregiões Oeste, Leste e Norte possuem um vínculo mais protegido como servidor público estatutário quando comparado às outras macros e a Bahia, conseguindo, portanto, garantir minimamente uma proteção social ao trabalhador. Utiliza-se termo mínimo, porque ser servidor estatutário não significa dizer que a administração pública fornece boas condições sanitárias de saúde, estabilidade e um bom plano de cargo e carreira, além do que existem legislações que regulamentam a demissão do servidor estatutário em algumas situações.

Do ponto de vista do contrato protegido, seja como servidor público na administração pública direta e indireta (ocupantes de cargos públicos) com vínculo estatutário, seja por via regime de Consolidação das Leis do Trabalho (CLT), próprio aos empregados públicos e aos empregados na empresa privada, ambas as formas, segundo Girardi et al (2010) caracterizam-se pela cobertura legal e proteção social que garante os direitos trabalhistas e previdenciários e a indeterminação temporal dos contratos, com regras de terminação dos vínculos estatutariamente definidos.

Na Bahia, a Política Estadual de Humanização da Atenção e da Gestão do SUS defende a necessidade da realização do dimensionamento da força de trabalho para o planejamento da realização do concurso público e movimentação dos trabalhadores na rede, e

coloca como responsabilidade do gestor estadual, municipal e local a fomentação da elaboração de Políticas que valorizem o trabalhador da saúde, por meio da desprecarização dos vínculos, estruturação de carreiras, adequação das condições de trabalho e promoção à saúde do trabalhador. Embora, a política faça a defesa pela inserção no serviço público via contrato protegido, o cenário revela que as ações de operacionalização e monitoramento das diretrizes dessas Políticas, por meio de oficinas e/ou reuniões da Comissão Intergestora Bipartite (CIB) e Comissão Intergestora regional (CIR) ainda são muito incipiente.

Outro ponto que os resultados do estudo confrontam com as diretrizes desta Política, é a baixa implantação do Plano de Cargo e Carreiras e Salários no SUS (PCCS) na Bahia e macrorregiões, embora as macros Norte, Leste e Oeste apresentem implantação um pouco maior que o estado, ainda assim, não passa de 30%, ou seja mais da metade dos profissionais que atuam na ESF na Bahia, seja servidor estatutário, CLT e terceirizados, não usufruem de ações de políticas salariais.

Apesar da fragilidade da implantação do PCCS no estado e nas macrorregiões, estudos publicados (JUNQUEIRA, et al. 2011; PIERANTONI et al. 2008; NUNES et al. 2015; SORATTO et al. 2017; SILVEIRA et al. 2010; SEILD et al. 2014; SANTINI et al. 2017; MAGNAGO, 2013), apresentaram o mesmo cenário no Brasil e em alguns municípios, demonstrando que a política do PCCS ainda é um dos nós críticos na gestão do trabalho desde o nível local até o federal, embora haja uma política a nível nacional que institui os princípios, diretrizes e responsabilidades, a capilaridade dessas ações de valorização ainda é incipiente, pois é uma ação descentralizada que depende da administração pública municipal para executá-la. A proposta do PCCS foi pautada na Reforma Sanitária e inserida nas Leis Orgânicas da Saúde (BRASIL, 1990). As Normas Operacionais Básicas (NOB) de 1993 e 1996 (BRASIL, 1993 e 1996) também evidenciaram a necessidade da implantação do PCCS e a NOB/RHSUS (BRASIL, 2002), no entanto, a implementação da proposta só foi editada em 2004, com a criação das Diretrizes Nacionais para o PCCS-SUS (BRASIL, 2004) e como complementaridade, em 2006, a Mesa Nacional de Negociação Permanente do SUS, estabelece as Diretrizes Nacionais para a instituição do PCCS no âmbito do Sistema Único de Saúde (BRASIL, 2006).

A implantação do PCCS tem como perspectiva o desenvolvimento da carreira, do pessoal, dimensionamento, evolução e avaliação de desempenho (BRASIL, 2006). Essas perspectivas descritas nas Diretrizes têm como finalidade a promoção e progressão do trabalhador.

Para Soratto et al. (2017), a instituição de políticas de valorização é fundamental para um trabalho satisfatório, incluindo a necessidade de reconhecer o profissional como uma pessoa, com aptidões e contribuições singulares nas ações que desempenha. Entretanto, valorizar não consiste somente em enquadrar o profissional com base na sua produtividade, mas valorizar a qualidade e intensidade das suas ações.

O estado da Bahia formulou o Plano de Carreiras, Empregos e Salários (PECS), bem como a estruturação da carreira intermunicipal para a atenção básica, sendo esta uma das alternativas da FESF SUS na Bahia para resolver o problema da fixação dos profissionais médicos em áreas de difícil acesso (ANDRADE et al, 2019). Embora o PECS elencasse diversas diretrizes, os 69 municípios que fizeram adesão com a instituição não renovou o contrato e atualmente não tem uma continuidade dessa política nos municípios, mas a FESF tornou o PECS como uma política de valorização para os trabalhadores celetista da fundação.

Embora a implantação do PCCS ainda seja um desafio na Bahia e macros, o estudo mostrou que nos poucos municípios que possuem o PCCS, as progressões mais implementadas entre os municípios são por antiguidade e titulação/formação profissional. Segundo as Diretrizes do PCCS (BRASIL, 2006), os mecanismos para o desenvolvimento do trabalhador na carreira por progressão de antiguidade, possibilita a passagem do trabalhador de um padrão de vencimento ou de salário para outro, mediante o cumprimento de tempo efetivo para o exercício no cargo; enquanto a progressão por titulação e formação profissional é considerada uma promoção para mudança de classe por formação, qualificação ou experiência profissional.

Apesar da limitação do estudo na identificação do critério utilizado entre os municípios para definição das tipificações das progressões, pode-se dizer que o PMAQ-AB tem a capacidade de revelar pontos sobre a valorização dos profissionais, a partir da incorporação do PCCS, bem como outras formas de incentivo, gratificação ou prêmio financeiro por desempenho. Valendo ressaltar, que o incentivo do PMAQ poderia ser repassado para os profissionais de saúde mediante criação de Lei municipal, sendo uma alternativa utilizada por muitos gestores de saúde para valorizar os profissionais, no entanto, com a finalização do programa, surge a seguinte questão, quais políticas de valorização do trabalhador estão sendo implementadas entre os municípios da Bahia, já que a grande maioria dos profissionais da ABS não possui um PCCS?

No quesito da formação e qualificação dos profissionais de saúde, sendo este um dos pilares de consolidação do SUS, mas também considerado um nó crítico no sistema de saúde, em especial na ABS (RIZZOTTO et al. 2014), e apontado pelas Diretrizes do PCCS

(BRASIL, 2006) como uma das estratégias de valorização dos profissionais de saúde, o estudo revelou que a maioria dos municípios da Bahia promovem ações de Educação Permanente em Saúde (EPS) com os profissionais da ABS e estas ações contemplam as necessidades da equipe. Apesar de a grande maioria afirmar que participa das ações de EPS, vale dizer o entendimento dos profissionais sobre EPS ainda é muito subjetivo, pois o termo é polissêmico, mas é compreendido de forma generalizada como uma estratégia político pedagógica que toma como objeto os problemas e as necessidades do processo de trabalho em saúde (BRASIL, 2018).

A pauta da EPS foi mencionada desde o início da Reforma Sanitária em Saúde, tendo como respaldo a Constituição Federal de 1988, que refere no artigo 200 inciso III, a atribuição ao SUS em ordenar a formação na área de saúde. Posteriormente na década de 90, a Lei Orgânica de Saúde, 8.080/90 aponta a responsabilidade dos Ministérios da Educação e Saúde para a formulação de políticas de formação, desenvolvimento, distribuição, regulação e gestão dos trabalhadores da saúde. Após esse período, surge um longo percurso de construção da EPS, com diversas proposições teóricas e movimentos para institucionalização das práticas da educação na saúde.

Em 2004, a EPS foi institucionalizada como Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS) a partir da publicação da Portaria GM/MS nº 198, de 13 de fevereiro de 2004, que posteriormente foi editada a Portaria GM/MS 1.996/07, que dispõe sobre as diretrizes da PNEPS. Essa política propõe que os processos educativos dos profissionais se deem de modo descentralizado, ascendente e transdisciplinar e que os processos de educação dos trabalhadores da saúde se façam a partir da problematização, considerando que as necessidades de formação e desenvolvimento dos trabalhadores sejam pautados pelas necessidades de saúde do território e do processo de trabalho da equipe.

Vale dizer que nos anos 2000, precisamente a partir da implantação da Secretaria de Gestão do Trabalho e Educação em Saúde (SGTES) em 2003, e em específico após a publicação da PNEPS, até o momento, houve avanços e dificuldades constituídos nos diferentes momentos políticos do País, como processos de rupturas, mudanças de enfoque e questões de (sub) financiamento, que podem ser sentidos no seu processo de implementação (BEZERRA, MEDEIROS, 2018).

Os dados do PMAQ dão subsídio ao gestor para implementar as ações de EPS, uma vez que nas fases do programa de desenvolvimento e avaliação externa, os dados capilarizam as ações da EPS, dando pertinência a avaliação das ações no lócus de atuação dos atores ou sujeitos que operam a EPS em seu cotidiano do trabalho. No entanto, Bezerra e Medeiros

(2018) trazem como limite das informações do programa questões sobre a apropriação do conceito de EPS, pois a compreensão parte do protagonismo dos profissionais no processo de transformação do seu trabalho e na construção de soluções para os problemas a partir das realidades locais dos serviços de saúde.

Os estudos realizados por Friggotto (2018) em alguns municípios do estado do Paraná e por Almeida et al. (2019) em um município de pequeno porte da Bahia, tiveram como objeto comum o processo de educação permanente na ABS a partir dos dados do PMAQ, os quais apontaram que os gestores promovem ações de EPS para os profissionais e que essas partem das necessidades das equipes. Por outro lado, o estudo de Rizzotto et al. (2014) com o mesmo objeto de estudo realizado no estado do Paraná, revelou que, apesar de 80,4% dos entrevistados afirmarem existir ações de EPS, apenas 58,1% dos trabalhadores afirmavam que as ações atendiam às demandas da equipe, fazendo com que essa variável seja analisada de forma minuciosa, pois os pressupostos da própria Educação Permanente mencionam que sua formulação deve ser constituída a partir das necessidades dos trabalhadores, destacando que se o processo de implementação da EPS não atende a tais necessidades, a participação do profissional será convencional, verticalizada e sem protagonismo.

Segundo a PNEPS as necessidades são definidas a partir dos problemas cotidianos do território da ABS, da dinâmica do processo de trabalho, além das necessidades de atualização dos profissionais (BRASIL, 2007). Embora o estudo aponte que a maioria das ações parte das necessidades da equipe, geraram-se questionamentos sobre a forma como essas ações foram identificadas, qual a compreensão dos profissionais sobre EPS e o entendimento dos profissionais sobre as necessidades do processo de trabalho.

Ao analisar as diferentes estratégias de EPS utilizadas, verificou-se a troca de experiência como a ferramenta de EPS mais utilizada na ABS. Oliveira et al. (2020), mencionam que as atividades de EPS que promovem a troca de experiência revelam o protagonismo dos trabalhadores da saúde, onde pode ocorrer por meio das reuniões de equipe, construção de projetos terapêuticos, grupos educativos, interconsultas, oficinas e matriciamento, favorecendo uma riqueza para a produção do cuidado e conhecimento no âmbito do SUS.

Com relação às outras ofertas, observou-se na Bahia, bem como em todas as macrorregiões, que a Telessaúde tem sido a segunda modalidade de qualificação mais utilizada pelos profissionais da ABS, podendo estar relacionada com as funcionalidades disponíveis por esta ferramenta, tais como, teleconsultoria, segunda opinião formativa, Tele-Educação (Webpalestra, Webaula, *Podcast*, Plantão tira-dúvidas, cursos de atualização) e

telediagnóstico (BAHIA, 2019). Essa ampliação de ferramentas de educação à distância tem sido cada vez mais abrangente no mundo contemporâneo, o que permite o aumento na capacidade de diálogo com outros núcleos de profissionais da saúde e facilidade na utilização desse recurso no cotidiano do trabalho local.

Quanto à modalidade de curso presencial, foi identificada no estudo como uma opção também utilizada pelos profissionais de saúde na Bahia. Sobre este formato de EPS, Oliveira et al. (2020) apontam ser uma prática formativa hegemônica, com caráter pontual, transmissivo e transitório e diante da complexidade da compreensão da EPS, a opção por essa modalidade deve ser revista no planejamento das ações de educação permanente pelos gestores e trabalhadores da saúde.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Através das variáveis selecionadas do banco de dados do PMAQ, foi possível obter, de forma geral, como está configurada a gestão do trabalho na ABS na Bahia e macrorregiões de saúde, com a representação significativa de participantes da avaliação externa que, em sua maioria, foram profissionais de enfermagem.

Os achados do estudo demonstraram o quanto o estado e os municípios precisam avançar para fortalecer a gestão do trabalho na Atenção Básica, e em especial na valorização do trabalhador, sendo este eixo considerado um desafio para a Bahia. Assim, os mecanismos de valorização do trabalhador, bem como, a forma de ingresso, tipos de vínculos e agentes contratantes, em sua maioria, apontam para a precarização do trabalho na atenção básica e reproduzem novas e antigas formas de precarização e desregulamentação da força de trabalho.

Revelou-se, portanto, um predomínio do ingresso por outras formas, a administração pública da esfera municipal como principal agente contratante, apesar de haver um crescimento de contratos por empresas terceirizadas, e os vínculos estabelecidos em sua maioria por contrato temporário, ainda que haja exceção de macrorregiões de saúde em que predomina o vínculo estatutário.

Quanto à situação da efetivação do Plano de Carreira, Cargos e Salários no SUS no estado, na maioria das macros e municípios a implantação ainda é incipiente, apesar do que nos municípios que possuem o PCCS o incentivo financeiro é repassado aos profissionais com tempo de serviço e com titulação e formação profissional.

Sobre as ações de educação permanente, embora avaliadas positivamente pelos participantes/entrevistados do PMAQ, seu desenvolvimento na ESF poderia ser analisado de forma mais detalhada, a fim de identificar a concepção da educação ofertada, sua capacidade de transformar o processo de trabalho e gerar mudanças efetivas nos resultados dos indicadores de saúde.

A utilização do banco de dados do PMAQ, de acesso público, tornou possível utilizar uma amostra representativa do estado da Bahia, com mais de 70% das equipes de saúde da família, e, através da análise descritiva foi possível revelar sobre a gestão do trabalho na Bahia. No entanto, identificou-se como limitação do banco e também do estudo, que algumas variáveis como a valorização do trabalho poderiam ser mais aprofundadas se houvesse a participação de atores da política da gestão do trabalho e representantes dos trabalhadores de

saúde para fundamentar/argumentar o cenário da gestão do trabalho na atenção básica no estado.

Tomando por base os resultados encontrados e as discussões realizadas, sugerem-se algumas recomendações aos gestores de saúde, representantes de trabalhadores e pesquisadores, por exemplo: a instalação do Observatório de Recursos Humanos para o fortalecimento da pauta da gestão do trabalho no estado; fortalecimento do monitoramento das políticas do estado da Bahia que tem como eixo a gestão do trabalho em saúde; implantação/implementação do PCCS considerando as diretrizes emanadas do CNS; implementação da mesa de negociação dos trabalhadores a nível estadual e municipal; fortalecimento da sustentabilidade da ABS a partir da indução de vínculos protegidos, por meio do ingresso via concurso público; Implantação do planejamento da força de trabalho, definindo o quantitativo, o perfil e a composição dos recursos humanos por município; resgatar o concurso público como a forma de ingresso mais adequada para o SUS.

Portanto, este estudo possibilitou trazer à baila muitas discussões e reflexões acerca da temática da gestão do trabalho na ABS considerando a importância histórica das Políticas de Gestão do Trabalho em Saúde. Por fim, cabe ressaltar que a pauta da gestão do trabalho foi mantida em um determinado tempo e apresentada nas instâncias colegiadas e resolutivas, entretanto, questões e problemas antigos permanecem sem resolução ou enfrentamento até hoje, algumas destas sinalizadas neste estudo.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA et al. Planejamento e desenvolvimento de ações de Educação Permanente em Saúde na perspectiva do PMAQ-AB. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, 2019.

ANDRADE et al. Provimento e fixação de médicos na atenção primária à saúde no estado da Bahia. **Rev. Adm. Pública** . vol.53. no.3 Rio de Janeiro. May/June 2019.

ANDRADE, L. R. de. **A FE no SUS: Fundação Estatal como proposta de gestão do trabalho para a Estratégia Saúde da Família na Bahia**. 2009, 128 f. Dissertação (Mestrado). Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca. Rio de Janeiro, 2009.

ANTUNES, R. **Adeus ao trabalho?** São Paulo: Cortez, 1995.

ANTUNES, R. **Os sentidos do trabalho: ensaio sobre a afirmação e a negação do trabalho**. 2.ed.São Paulo: Boitempo, 2009.

AQUINO, R. et al. Estratégia Saúde da Família e o Reordenamento do Sistema de Serviços de Saúde. In: ALMEIDA, N. F.; PAIM, S. J. **Saúde Coletiva: Teoria e Prática**. 1 ed. Rio de Janeiro; Medbook , 2014. p. 353-371.

ARAÚJO et al. Para subsidiar a discussão sobre a Desprecarização do Trabalho no SUS. In: **Cadernos RH Saúde**. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Brasília: Ministério da Saúde. Vol. 03, nº1, 2006. p. 163 – 174.

BAHIA. **Decreto de Resolução CIB Nº283 de agosto de 2011**. Aprova a Política Estadual de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde do SUS Bahia.

BAHIA. **Decreto nº 14.457 de 03 de maio de 2013**. Aprova a Política Estadual de Atenção Básica.

BAHIA. **Diretoria de Atenção Básica: Breve histórico 2007-2014, principais realizações e os novos desafios para a Atenção Básica**. 2014.

BAHIA. **Política Estadual de Humanização da Atenção e da Gestão do SUS – Bahia**. 2017.

BRASIL. Cobertura de Atenção Básica. E-gestor AB. 2020.

BRASIL. **Programa Nacional de Desprecarização do Trabalho no SUS : DesprecarizaSUS : perguntas e respostas**. 2006.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução Nº 466, DE 12 de dezembro de 2012**. Dispõe sobre diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos.

BRASIL. **Gestão do Trabalho na Saúde. Conselho Nacional de Secretários de Saúde**. Brasília: CONASS, 2011.

BRASIL. **Princípios e diretrizes para a gestão do trabalho no SUS (NOB/RH-SUS)** / Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Saúde. – 3. ed. rev. atual. – Brasília: Ministério da Saúde, 2005. 98 p.

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): Instrumento de avaliação externa do saúde mais perto de você – acesso e qualidade.** Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2017.

BRASIL. **Medida Provisória nº 890, de 1º de agosto de 2019. Institui o Programa Médicos pelo Brasil.** 2019.

BRASIL. **Glossário temático: gestão do trabalho e da educação na saúde.** Brasília: 2. Ed. Editora do Ministério da Saúde, 2013. 56 p. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos).

BRASIL. **Portaria nº 2.979, de 12 de novembro de 2019.** Institui o Programa Previne Brasil, que estabelece novo modelo de financiamento de custeio da Atenção Primária à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde, por meio da alteração da Portaria de Consolidação nº 6/GM/MS, de 28 de setembro de 2017.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Banco de dados do Sistema Único de Saúde-DATASUS, Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Atenção à Saúde - CNES profissionais de saúde do nível superior. Disponível em** <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/defthtm.exe?cnes/cnv/prid02ba.def> . Acesso em 15 de jul. de 2020.

CAMPOS, Gastão Wagner de Souza. **Saúde Paidéia.** São Paulo: Hucitec, 2007.

CAMPOS, A.G. **Breve histórico das mudanças na regulação do trabalho no Brasil.** Texto para discussão / Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada.- Brasília : Rio de Janeiro : Ipea , 2015.

CORDEIRO, H. Descentralização, universalidade e equidade nas reformas da saúde. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, 6(2): 319-328, 2001.

DEDECCA, C. S. Flexibilidade e Regulação de um mercado de trabalho precário: a experiência brasileira. **In: Colóquio Internacional Novas Formas do Trabalho e do Desemprego: Brasil, Japão e França, numa perspectiva comparada.** São Paulo: USP; 2006.

DEJOURS, C. **A banalização da injustiça social.** Rio de Janeiro: Ed. FGV, 1999.

FILHO, J.B.C; FRANCO, T.B. O processo de construção da Fundação Estatal Saúde da Família da Bahia; **Revista Physis**, Rio de Janeiro ,v. 26,n. 1,p. 63-86, mar.2016 .

FONSECA, J. J. S. **Metodologia da pesquisa científica.** Fortaleza: UEC, 2002.

FRIGOTTO, V. **Gestão do trabalho em saúde: uma análise a partir do PMAQ-AB na Macrorregião Oeste do Paraná.** Dissertação de Mestrado.Universidade Estadual do Oeste do Paraná – UNIOESTE. 2018.

GIOVANNELLA et al. Médicos pelo Brasil: caminho para a privatização da atenção primária à saúde no Sistema Único de Saúde? **Cad. Saúde Pública**, 35 (10), 28 Out, 2019.

GIRARDI, S; et al. O Trabalho Precário em Saúde: Tendências e Perspectivas na Estratégia da Saúde da Família. In: **Divulgação em Saúde para Debate**, Rio de Janeiro, n. 45, p. 11-23, maio 2010.

GIRARDI, S; et al. Impacto do Programa Mais Médicos na redução da escassez de médicos em Atenção Primária à Saúde. **Ciênc. saúde colet.** 21 (09) Set 2016.

JAEGER, M.L; CECCIM, R; MACHADO, M.H. Gestão do Trabalho e da Educação. **Revista Brasileira de Saúde da Família**. Edição Especial: 86-103, 2004.

JUNQUEIRA et al. As relações laborais no âmbito da municipalização da gestão em saúde e os dilemas da relação expansão/precarização no trabalho no contexto do SUS. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 5, p. 918-929, maio 2010.

JUNQUEIRA, V. et al. O Pacto pela Saúde e a gestão da força de trabalho na Atenção Básica do SUS: um retrato da situação de alguns municípios no Estado de São Paulo. **Physis: Rev. Saúde Colet.**, Rio de Janeiro, v.21, n. 2, p. 675-693, 2011.

KALLEBERG, A.L. O Crescimento Do Trabalho Precário:Um desafio global. **Revista Brasileira de Ciências Sociais**, - Vol. 24 Nº69. Fev/2009 p.21-30.

KOSTER, I. A. **Gestão do Trabalho e o Contexto da Flexibilização no Sistema Único de Saúde**. Dissertação de Mestrado. ENSP. 2008.

LAKATOS, E.M.; MARCONI, M.A. **Metodologia do trabalho científico**. 6. ed. São Paulo: Atlas, 2006.

MACHADO, M. H; NETO, F. R. G. X. Gestão da Educação e do Trabalho em Saúde no SUS: trinta anos de avanços e desafios. **Ciência & Saúde Coletiva**, 23(6):1971-1980, 2018.

MACHADO, M.H; KOSTER, I. Emprego e Trabalho em Saúde no Brasil:As políticas de desprecarização do Sistema Único Saúde. In: **ASSUNÇÃO, A.A. Trabalhar na Saúde: Experiências cotidianas e desafios para a gestão do trabalho e do emprego**. Editora Fio Cruz, 2011. p.195-213.

MACHADO, M.H. Trabalhadores de Saúde e sua trajetória na Reforma Sanitária. In: Lima, Nisia Trindade (coord.). **Saúde e Democracia: história e perspectivas do SUS**. Rio de Janeiro: Editora: FIOCRUZ, 2005. Cap. 08, p 257- 280.

MAGNAGO, C. **Gestão do trabalho na estratégia Saúde da Família em municípios do Estado do Rio de Janeiro com mais de 500 mil habitantes: o caso do Rio de Janeiro e Duque de Caxias**. Dissertação (Mestrado) – Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Instituto de Medicina Social. 2012. 175p.

MARCONI, Nelson. **Planejamento da Força de Trabalho no Governo Federal**. 2002.

- MARTINS, M.I.C.; MOLINARO, A. Reestruturação produtiva e seu impacto nas relações de trabalho nos serviços públicos de saúde no Brasil. In **Ciência & saúde coletiva**, vol.10, n.6, 2013 (1667-1676).
- MARX, K. Livro 1 - o processo de produção do capital. In: **O Capital – crítica da economia política** 12. ed. Rio de Janeiro, Bertrand Brasil, 1988.v.I.
- MARX, K. **O Capital**. 14.ed. São Paulo: Difel, 1994. v.1
- MERHY, E.E. Trabalho em saúde. In: PEREIRA, I.B. **Dicionário da educação profissional em saúde**. 2.ed. Rev. Ampl. - Rio de Janeiro: EPSJV 2009 p.382-392
- MINAYO, M. C. de S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 8ed. São Paulo: Hucitec; 2004. p. 269.
- MINAYO, M. C. de S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 9ed. São Paulo: Hucitec; 2006. p. 406.
- MINAYO, Maria C. de S; Assis S.G; Souza E.R Orgs). **Avaliação por Triangulação de Métodos: abordagem de programas sociais**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005.
- NETO, A. J.M; BARRETO, D.S. Programa Médicos pelo Brasil: inovação ou continuidade? **Revista Brasileira De Medicina De Família E Comunidade**, 14(41), 2162.
- NETTO, J.P; BRAZ, M. **Economia Política: uma introdução crítica**. 8.ed. São Paulo: Cortez, 2012.
- NEVES et al. Sentidos e Significado do trabalho: Uma análise dos artigos publicados em periódicos associados à Scientific Periodicals Electronic Library. **Cad. EBAPE.BR**, v. 16, nº 2, Rio de Janeiro, Abr./Jun. 2017.
- NOGUEIRA, M. L. **O processo histórico da Confederação Nacional dos Agentes Comunitários de Saúde: trabalho, educação e consciência política coletiva** [Tese de doutorado]. Rio de Janeiro: Programa de Pós-Graduação em Políticas Públicas e Formação Humana, Universidade do Estado do Rio de Janeiro; 2017. 541f.
- NOGUEIRA, R. P. Alternativas de Vinculação Institucional para os Trabalhadores do SUS. In: FALCÃO, A. et al(Org.). **Observatório de Recursos Humanos em Saúde no Brasil: estudos e análises**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2003. p. 45-58.
- NOGUEIRA, R.P. O Trabalho em Serviços de Saúde. In: Santana, J P (coord.) **GERUS - Especialização em gerencia de unidades básicas do SUS. Unidade II – Reorganização dos serviços de saúde**, p. 183 – 186.
- NOGUEIRA, R.P. Estabilidade e flexibilidade: tensão de base nas novas políticas de recursos humanos em saúde. **Revista Divulgação em Saúde para Debate**.Nº. 14, ago., 1996.
- NUNES, E.F.P.A et al. Força de trabalho em saúde na atenção básica em municípios de pequeno porte do Paraná. **Revista Saúde em debate**, v.39, n.104, p. 29-41, 2015.

OBSERVVRH - NESP/CEAM/UnB. **Despesa com Pessoal e Lei de Responsabilidade Fiscal: Uma Análise da Situação na União, nas Unidades Federadas e nos Municípios.** Brasília-DF, Brasil, Janeiro, 2006.

OVEJERO, A. B. O desemprego e suas consequências. In: OVEJERO, A. B. **Psicologia do trabalho em um mundo globalizado: como enfrentar o assédio psicológico e o stress no trabalho.** Porto Alegre: Artmed, 2010b. p. 77-106.

OLIVEIRA et al. Educação Permanente em Saúde e o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica: um estudo transversal e descritivo. **Saúde debate.** Rio de Janeiro, 2013.

PAIM, J. S. **Recursos humanos em saúde no Brasil: problemas crônicos e desafios agudos.** São Paulo: Faculdade de Saúde Pública/USP; 1994.

PAIM et al. O sistema de saúde brasileiro: história, avanços e desafios. **The Lancet.** 2011.

PEREIRA, L.D. A gestão da Força de Trabalho em Saúde na Década de 90. **Physis.** vol.14 no.2 Rio de Janeiro.July/.Dec.2004.

PIERANTONI et al. **Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde.** 1. ed.– Rio de Janeiro: CEPESC: IMS/UERJ: ObservaRH, 2012. 156 p.

PIERANTONI, C. R.; VARELLA; T. C.; FRANÇA, T. Recursos humanos e gestão do trabalho em saúde: da teoria para a prática. In: **Observatório de Recursos Humanos em Saúde no Brasil: estudos e análise.** Brasília, Ministério da Saúde/OPAS, 2004, v. 2, p. 51-70.

PIERANTONI et al. Gestão do trabalho e da educação na saúde. Relatório de pesquisa. Estação de Trabalho, Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro da **Rede de Observatório de Recursos Humanos em Saúde.** 2008. 277p.

PINTO et al. De Recursos Humanos a Trabalho e Educação na Saúde. O estado da arte no campo da saúde coletiva. In: Paim, J.S. e Almeida-Filho, N. de. **Saúde Coletiva: Teoria e Prática.** 2014. Rio de Janeiro: MedBook, 2014. p.611-624.

PIRES. D. Reestruturação produtiva e consequências para o trabalho em saúde. **Rev Bras Enfermagem,** 2000; 53:251-63.

RIZZOTTO, et al. Força de trabalho e gestão do trabalho em saúde: revelações da Avaliação Externa do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica no Paraná. **Saúde debate,** Rio de Janeiro, 2014.

SANTINI et al. Dos ‘recursos humanos’ à gestão do trabalho: uma análise da literatura sobre o trabalho no SUS. **Trab. Educ. Saúde,** Rio de Janeiro, v. 15 n. 2, p. 537-559, maio/ago. 2017.

SEIDL, H. et al. Gestão do trabalho na Atenção Básica em Saúde: uma análise a partir da perspectiva das equipes participantes do PMAQ-AB. **Saúde Debate.** Rio de Janeiro, v. 38, n. especial, p. 94-108, out 2014.

SILVEIRA et al. Gestão do trabalho, da educação, da informação e comunicação na atenção básica à saúde de municípios das regiões Sul e Nordeste do Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 26(9):1714-1726, set, 2010.

SILVA, E.A.L. **Relações de trabalho dos trabalhadores de saúde da atenção básica de Cruz das Almas BA: avanços e retrocessos**. Dissertação (Mestrado) – Universidade do Estadual de Feira de Santana. 2007. 126p.

SORATTO et al. Insatisfação no trabalho de profissionais da saúde na estratégia saúde da família. **Texto Contexto Enferm**, 2017; 26(3):e2500016.

SOUZA, L. E. P. F.; BAHIA, L. Componentes de um sistema de serviços de saúde: população, infra-estrutura, organização, prestação de serviços, financiamento e gestão. In: ALMEIDA, N. F.; PAIM, S. J. **Saúde Coletiva: Teoria e Prática**. 1 ed. Rio de Janeiro; Medbook , 2014, p. 49 – 68.

STANDING, G. **O precariado: a nova classe perigosa**. São Paulo: Autêntica, 2013.

TRIVIÑOS, A. N. S. **Introdução à Pesquisa em Ciências Sociais: a pesquisa qualitativa em educação**. São Paulo: Atlas, 1995.